

*Psychoterapia***Katatýmny symbol v liečbe psychotických pacientov**

M. Rust

Catathymic symbol in the therapy of psychotic patients**Súhrn**

Pri psychoterapii chorých na schizofréniu postupujeme skôr psycho-synteticky ako psycho-analyticky. V tejto práci autor navrhuje spôsob psychoterapeutickej práce cielene využívajúci terapeutovo otvorenie sa vlastným vnútorným katatýmny obrazom. Terapeut sa pritom snaží vyciťovať ich cez symboly. Potom sa môžeme pokúsiť sprostredkovať pacientovi svoje vnútorné katatýmne vnímanie v pozmenenej podobe, takže pre pacienta vznikne zrozumiteľné vyjadrenie. Takto vzniká dialóg využiteľný takpovediac psychosynteticky (lit. 8).

Kľúčové slová: schizofrénia, vulnerabilita, psychoterapia, katatýmny symbol, prenos-protiprenos, terapeutický zrkadlový obraz, psycho-syntéza

Summary

In the psychotherapy of schizophrenic patients we proceed more psycho-synthetic than psycho-analytic. This paper suggest a psychotherapeutic method using a therapist's opening to his internal catathymic projections. The therapist tries to feel them through symbols. After that we can try to mediate our internal catathymic perception to the patient in changed form, so it becomes a clear statement. In this way, a psycho-synthetic dialog develops (Ref. 8).

Key words: schizophrenia, vulnerability, psychotherapy, catathymic symbol, transference-countertransference, therapeutic mirror projection, psycho-synthesis

V tejto práci chceme ukázať, ako sa dá psychoterapeuticky pracovať s psychoticky regredovanými pacientmi, keď sa terapeut vo svojich vnútorných procesoch pri vzťahu k svojim psychotickým pacientom otvorí svojim vlastným vnútorným obrazom a tieto obrazy – sám pre seba ich ďalej sledujúc – sa snaží vyciťiť cez ich symboliku. Potom sa môže pokúsiť sprostredkovať pacientovi svoje vlastné vnútorné katatýmne vnímanie v pozmenenej podobe, takže vznikne pre pacienta zrozumiteľné vyjadrenie. Takto vzniká dialóg, ktorý môže terapeut využiť psychosynteticky.

Najprv musíme povedať niekoľko všeobecných poznámok k psychoterapii ťažkých štruktúrnych porúch na psychotickej úrovni.

Podľa koncepcie vulnerability, nadradeného modelu pre všetky etiologické modely (Zubin, 1989), ide u psychoticky reagujúcich o obzvlášť zraniteľných ľudí s funkčnými poruchami ega a obmedzených pri spracúvaní rôznych informácií. Podľa Ciompiho (1989) vedie mnohovrstvové pôsobenie organických a psychosociálnych faktorov k tomu, že určitý človek je obzvlášť vulnerabilný. Psychotická reakcia znamená potom dekompenzáciu vulnerabilného človeka pri záťažoch. Podľa predstáv psychológie objektných vzťahov nedošlo u psychoticky reagujúcich ľudí k dostatočnej diferenciácii medzi imágami seba a objektu (Selbst- und Objekt-imagines). Syntetizujúce procesy, ktoré vedú k postupnej de-

Evangelische Stiftung Tannenhof, Remscheid, Nemecko
Adresa: M. Rust, MD, Evangelische Stiftung Tannenhof, Remscheider Str. 76, D-428 99 Remscheid, Nemecko

personifikácii, abstrakcii a integrácii zvnútornených objektných vzťahov, nie sú v dostatočnej miere vydarené (Kernberg, 1978). Schizofrénny autizmus sa potom vyznačuje privátnym svetom, neschopnosťou prejavu a ukrytím sa (Benedetti, 1983 b). Chápe sa ako archaická obrana voči zaplavovaniu svetom, s ktorým má dočinenia rozštiepené ego. Autistický svet je určite psychopatologickou reakciou na psychotický rozpad sveta, a teda sekundárny symptóm v zmysle E. Bleulera (1943). Tento autizmus má potom veľmi osobný privátny charakter, znamená vývoj symbolicky súvisiaceho zážitkového sveta chorého bez živého, emočne podmieneného vzťahu k druhým.

Podľa teoretických predstáv Edith Jacobsonovej (1973), Margret Mahlerovej (1978) a Otta Kernberga (1988) musí človek vo svojom ranom vývoji prejsť a zvládnuť diferenciáciu sebareprezentácií a objektných reprezentácií a okrem toho sa musí naučiť integrovať libidinózne a agresívne obsadené sebareprezentácie a objektné reprezentácie. Znamená to, že človek buduje v sebe obrazové predstavy o sebe a druhých. Pod integráciou libidinózných a agresívne obsadených sebareprezentácií a objektných reprezentácií chápeme, že človek sa musí učiť vzájomne spájať pôvodne oddelené obrazové predstavy s milujúcimi a agresívnymi hľadiskami jednak z hľadiska vzťahu k sebe, jednak z hľadiska vzťahu k druhým, takže jeho vlastná predstava o sebe samom má láskyplné, ako aj agresívne zafarbené rysy a aj obrazy o druhých majú láskyplné, ako aj agresívne rysy. U psychoticky reagujúcich ľudí je tento intrapsychický vývojový proces narušený. Schizofrenici prejavujú prevalu patologicky zvnútornených objektných vzťahov a v spojení s príslušnými sebaobrazmi nedokážu na pozadí nedostatku diferenciálnej schopnosti vykonávať ohraničenie medzi sebou a objektom (Selbst und Objekt), dochádza k strate hraníc seba (Selbst-Grenzen) a hrozí splynutie s druhými. Kernberg (1978) tu hovorí o osudoch obrazov o sebe a objektoch (Selbst- und Objektimages), „od ktorých závisí schopnosť rozlišovať medzi sebou a nie-sebou, od ktorej zase závisia iné schopnosti, ako napr. rozlišovanie medzi vnemami a fantáziami, ako aj medzi intrapsychickými vnemami a vnemami vonkajšieho sveta a vciťovanie do sociálnych kritérií reality“.

Pri psychoterapeutickom zaobchádzaní s týmito chorými vychádzame z toho, že mnohé psychopatologické fenomény sa dajú chápať na úrovni primárneho procesu. K tomu Benedetti hovorí (1983): „Psychoterapeutické štúdie ukázali za schizofrénne-nezrozumiteľnými zrozumiteľné zážitkové vzorce, motivovali psychiatra k intenzívnejšiemu záujmu o pacienta a psychologicky liečenému pacientovi poskytlí zážitok duality, ako aj určitý kľúč k istej racionalizácii psychózy a k určitému integratívnemu seba porozumeniu. Keď chorý na to reaguje produktívnymi symbolmi, na ktoré sa mu dostáva psychoterapeutickej odpovede a dostáva sa do chodu komunikatívny vývoj, ukazuje sa, že pravda takéhoto poznania síce nie je prirodovedná a nevylučuje parciálne biologickú genézu, predsa ale je to operačná pravda v terapeutickom zmysle“. Ísť touto psychoterapeutickou cestou v zmysle Benedettiho si vyžaduje, aby sa v terapeutovi rozvinulo porozumenie symbolom a aby poznal vlastné formy

myslenia na úrovni primárneho procesu, aby takto vôbec mohol vyciťovať pacientove vyjadrenia z nevedomia, ktoré sú často roztrieštené, deformované, bizarné. V protiprenose vnímané emócie, ktoré nie zriedka zodpovedajú vlastným hraničným zážitkom, sa potom stávajú „vlastnými seba vyjadreniami, konštruktívnymi predstavami, tvorivými fantáziami. Tieto sú pacienti zrkadlené naspäť takým spôsobom, že v tomto terapeutickom zrkadle zažíva určité nové možnosti utvárania svojej psychopatológie, otvorené aj pre možnosti svojho vývoja“ (Benedetti, 1983 b). Ďalej hovorí Benedetti aj o dualizácii psychózy medzi pacientom a terapeutom. Táto dualizácia sa javí ako potrebná, aby sa dal interpretovať svojský svet symbolov schizofrenika, ktorý je založený „na zhŕšťovaní heterogénnych pojmových fragmentov k novým kategóriám predstáv“ (Benedetti, 1983 b).

Zdá sa mi dôležité ohraničiť tu schizofrénnu symbolizáciu od normálnej symbolizácie, ktorá sa predsa tiež vyznačuje tým, že rôzne predstavy sa zhŕšťujú do určitého obrazu, pričom tento psychický proces je kedykoľvek prístupný reflexii a pôvodným asociáciám. Schizofrenik však nemôže disponovať symbolom, „pretože symbol sa stal jeho spôsobom bytia“, hovorí Benedetti (1983 b) a ďalej: „Pre schizofrénnu psychózu charakteristická strata štruktúry má za následok, že všetkým jej procesom chýba precízna kontúra. Ego teraz už nedokáže navzájom odlišovať bezpočet objektov svojho sveta. V tomto bode dochádza teraz k tým hlboko zasahujúcim symbolizačným procesom, v priebehu ktorých každá vec sa môže stať symbolom nejakej druhej, kde ale rovnako často môže byť všetko zamieňané s čímkoľvek“. A keď schizofrenik sám seba vníma predovšetkým negatívne, tak zjavne – inak ako neurotický človek – odštípi svoje pozitívne komponenty a v procese symbolizácie sú pre neho odcudzené, takže napr. z vlastnej senzibility sa v blude stáva prežívanie ovplyvňovania zvonka alebo z vlastných agresívnych komponentov sa stávajú cudzie vplyvy prežívané ako deštruktívne.

Takže v psychoterapeutickej práci s psychoticky reagujúcim sa terapeut pokúša vyciťovať vo svojom vlastnom nevedomí sa črtajúce komponenty (obrazy), aby sa tak mohol priblížiť odštiepeniu a symbolizovaným komponentom (obrazom) pacienta, aby ich súčasne rozpoznával ako v nejakom zrkadle, aby ich potom mohol pacientovi zrkadliť späť. V tomto spojení medzi pacientom a terapeutom predstavuje zrkadlový obraz podstatný agens pre ďalší vývoj a novú orientáciu pacienta. Benedetti (1989) hovorí o „katatýmnom zrkadlovom obraze“ alebo o „progresívnom terapeutickom zrkadlovom obraze“.

Chcem sa pokúsiť načrtnúť tento proces pomocou príkladu na pacientovi.

Kazuistika

Na začiatku ochorenia 33-ročný vyučený zámočník prišiel na kliniku po tom, ako stratil zamestnanie a opustila ho priateľka. Pri príjme mal všetky symptómy akútnej psychotickej dekompenzácie s roztriešteným myslením, veľkou úzkosťou a nepokojom, cítil sa mŕtvym, špinavým, svoje telo prežíval ako hubovité, pórovité, mal pocit zhršenia kvôli perverzným se-

xuálnym fantáziám, súčasne bol vyvolený bohom, aby pri niesol ľuďom pravú vieru.

Zabarikádoval sa vo svojej izbe, mohla ho tam navštevovať len jeho o 4 roky mladšia sestra, ktorá zápasila s úzkosťou, keď jej predvádzal, ako by od vagíny rozpáral svoju bývajú priateľku. Nakoniec sa postarala o hospitalizáciu.

Zoznámil som sa s pacientom týždeň po prijíme na hospitalizáciu a po počiatkovej neuroleptickej liečbe na uzatvorenom oddelení kliniky a preložení na otvorené oddelenie. Pokúšal som sa päť dní v týždni dvakrát denne byť s ním v kontakte desať až dvadsať minút. Snažil som sa pritom, aby pri všetkých verbálnych a neverbálnych prejavoch pacienta vo mne mohli vzniknúť obrazy, potom som niekedy priamo na sedení s pacientom hovoril o tomto vnútornom obraze, inokedy som po sedení ďalej osamote sledoval svoje obrazy, hovoril som v meditatívnom pohrúžení a natáčal som to na magnetofón. Z prežívaných vlastných katatýmnych obrazov som sa potom pokúšal formulovať „históriu“, príbeh, o ktorom som pacientovi v nasledujúcom sedení povedal.

Terapeutický postoj sa pritom neodlišuje od postoja psychoanalytika, zodpovedá na úrovni katatýmnych obrazov tomu, čo Kernberg (1988) uvádza takto: „Terapeut transformuje pomocou interpretácie prevládajúcu nezmyselnosť a prázdnotu v prenose – ktorý doslova dehumanizuje terapeutický vzťah – do emocionálne signifikantného, aj keď silne deformovaného a fantastického prenosového vzťahu. V praxi využíva terapeut svoje vlastné fantázie, svoju intuíciu a svoje existujúce poznatky o pacientovi, aby navodil elementárnu ľudskú interakciu – akokoľvek zvláštnou alebo bizarnou alebo nerealistickou by sa mohla zdať, ktorá je najbližšia centrálnej organizujúcej, v prítomnej terapeutickej situácii aktivovanej fantázii“.

Môj pacient na mňa najprv nakričal, že mám zmiznúť, mám mu dať pokoj, že som zločinec; v mojom katatýmnom obraze som sa videl s mäsiarskym nožom, ako ním pacientovi rozrezávam lebku, pričom hádam nemusím zdôrazňovať, že som sa na kognitívnej úrovni v tomto obraze videl ako fragmentovaný zlý parciálny objekt, ktorý v blízkosti k pacientovi ho ohrozuje splynutím (*Verschmelzung*), pričom ho ohrozovala úzkosť z jeho vlastných fragmentovaných, zlých častí seba, úzkosť že bude nimi zaplavený.

Zamerajúc sa na tento môj vnútorný hrozny obraz, nechal som ho, aby sa vyvíjal ďalej, a (myslím si, že na podklade mojich stabilnejších ego-funkcií, ako aj môjho fungujúceho superega) vynorila sa polícia, naložili mi putá a ocitol som sa za mrežami. Toto státie za mrežami som chápal hlavne ako signál, že sa musím držať v odstupe od môjho pacienta, že ho nesmiem ohrozovať splynutím. Moja intervencia na jeho útoky, že som zločinec, potom znela: „Cítim, že skutočne musím byť zdržanlivejší, aby som sa k vám príliš nepriblížil“.

Tomuto môjmu katatýmnemu obrazu som sa po sedení s pacientom ďalej venoval osamote. Bol som pritom vytrhnutý z mojej cely, predvedený k namosúrenému, nespravodlivému sudcovi, ktorý ma nepripustil k slovu a ktorý mi nakoniec len opakovane zavrčal „doživotie“. Z tohto môjho denného sna som usudzoval na ťažký pocit viny môjho pacienta, ktorý ho ťažil, ktorému sa cítil byť vystavený na celý

život a ktorý dokázal zmierniť len prostredníctvom svojej projekcie v svojich psychotických stavoch. Táto predstava potom definuje jeho paranoidne-projektívne myslenie ako obranný dej proti svojmu primitívnemu, pravdepodobne otcovskému superegu a ako obranu voči svojmu fragmentovnému komponentu seba.

V ďalšom sedení som použil obraz zločincina, rozprával som, že zločinec bude predvedený vlastne pred sudcu a musí byť vyslovený rozsudok. Potom som ďalej hovoril, že môžu byť aj nespravodliví sudcovia, ktorí by mohli niekoho hrozne odsúdiť bez toho, že by bol skutočne vinný, a potom by sa mohlo iste stať, že takto odsúdený by sa celý svoj život cítil vinný.

Pacient ma dokázal počúvať, mal som dojem, že moje rozprávanie vyvolalo v ňom obraz, s ktorým súhlasil. Tu potom nadväzovala moja vlastná intervencia, pričom som k tomuto, teraz spoločnému obrazu, povedal, že sudca by mohol byť vlastne zlý, ktorý tu niekomu vytýka vinu, a tú si dotýčný vôbec nezaslúži. „Pozrime sa predsa ešte raz spolu, čo tento údajný zločinec vlastne mal urobiť, možno by sme mohli pochopiť, prečo je sudca taký zlomyseľný a chce nespravodlivo súdiť.“

Z pacientovej biografie som vedel, že jeho otec sa zabil, keď syn mal 5 rokov. Pacient rozprával, že svojho otca, dôstojníka, našiel on, 5-ročný chlapec, obeseného na povale. Deformovaná tvár otca sa mu vpečatila ako trestajúca, odsudzujúca, kričiaci tvár. Odtiaľto zrejme pochádzala jeho predstava o celoživotnom odsúdení, ktorá sa vštepila ako jeho vlastná zlá časť seba, stala sa introjektom.

Náš spoločný obraz, pri ktorom sme späť objektu vrátili jeho zlú časť, umožnil novú formu prenosu voči mne, v ktorom už nebola potrebná projekcia zločincina, pretože bol zmiernený vlastný domnele zločinecký komponent.

V ďalšom priebehu liečby došlo opäť k fáze veľkej nedôvery voči mne, spolu s pohrdaním, odmietaním, nadávaním, nič preňho nerobím, nie je mu vôbec lepšie. V afektívnom prežívaní pacienta prevažovalo v tomto období hlboko depresívne základné ladenie, hovoril často o „skoncovaní so sebou“, o svojej bezcennosti, svojej nezmyselnosti a svojej sebanenávisťi.

Keď v jednom sedení povedal, že ho chcem predsa „vyraziť“, že budem len rád, keď „zmizne“, vznikol vo mne obraz nadávajúcej, zúrivostou peniacej matky, ktorá brutálne schmatne svoje dieťa a vyhodí ho z dverí, takže ešte niekoľko metrov sa šúcha po podlahe.

Po tomto sedení som sám pokračoval v dennom sne a bol som ja sám tou matkou, predstavil som si, že som v kuchyni pri lopári a režem tam nedefinovateľnú krvavú masu mäsa rovnakým mäsiarskym nožom, ktorý som už poznal z opísaného skoršieho denného sna. Potom som sa pokúšal umyť si z prstov krv, nešlo to ale, prsty zostali krvavé. Cítil som zhrozenie, hnus a odpor voči mojím krvavým prstom, pripadal som si pritom však aj veľmi biedne a osamotene a hlboko smutný.

Kognitívne som sa pokúšal pochopiť tento môj denný sen ako protiprenosové prežívanie so sadistickými a depresívnymi impulzmi, ktoré umožnili porozumieť prenosovej po-

nuke pacienta ako parciálnemu, fragmentovanému mater-skému prenosu (t.j. prenosu z matky).

V ďalšom sedení som pacientovi hovoril o mojej bezmocnosti a smútku, keď by som mal pocit, že by som ho nechápal tak, ako je to pre neho potrebné a správne. Vedel by som si potom dobre predstaviť, že by mal pocit, že nechcem od neho nič vedieť. Potom som z môjho prežívania urobil príbeh, ktorý viedol k spoločnému dennému sne: Hovoril som, že sme akoby v nejakej cudzej zemi, bola tam púšť alebo nejaká step, niečo úplne osamotené, bežal som tam spolu s ním, išli sme trochu dopredu, trochu nabok, potom opäť trochu späť, veľká bezradnosť, neistota, pocit nezmyselnosti a prázdnoty. Známkou, že sa nechal pozvať do tohto spoločného denného sna, bola, že povedal: „Nemali by sme hádam chodiť sem a tam, ale mali by sme sa pustiť nejakým smerom a zostať pri ňom“. Zosilnil som tento návrh a konštoval som jeho kreatívnu silu, pričom v mojom neskoršom vlastnom dennom sne sa k tomu objavil pocit, že som ako matka úplne bezmocný a nie dosť dobrý pre dieťa.

Tieto sekvencie denného sna nedokázali však vysvetliť moje sadistické katatýmne impulzy, ukázali len parciálny objekt matky v jej bezmocnej, depresívnej podobe.

To, že sa v mojich katatýmnych fantáziách prejavila určitá zmiešanina otcovských a materských častí prenosu, sa ujasnilo, keď si pacient spomenul, že jeho matka v období otcovej samovraždy už mala vzťah s istým alkoholikom. Pacient niekoľko dní pred otcovou samovraždou pristihol matku s milencom pri koite, pričom mu v pamäti zostal obraz krvavo natrhutej vagíny jeho matky. Matkin milenec ho chytil, zbil ho, v spomienkach mu zostal krvavý penis tohto muža, ktorý ho pri bití udieral do tváre.

Pri ďalších fázach terapie som prežíval pacienta opätovne s jeho ťažkými úzkosťami, v niektorých sedeniach sa zabalil do hrubej zimnej vetrovky, nezrozumiteľne hovoril do tejto vetrovky, alebo veľmi rýchlo čítal z papierov, ktoré mal husto popísané. Keď sa raz pri čítaní nedal prerušiť, čupol som si vedľa jeho kresla, položil som prst na list jeho papiera a vbral som jedno slovo z jeho textu. Zdalo sa mi, že v ťažko čitateľnom texte je napísané: „Matka vetraj sviňu.“ („Mutter sonne Sau“). Vyšiel som zo zvláštneho dvojakeho významu slova „sonne“ (sonnen = slniť, vetrať) a nechal som v sebe rozvinúť katatýmnu panorámu, cítil som sa byť v jesennom lese zaliatom slnkom, stromy boli husto okolo mňa a slnečné lúče prenikali cez listie. Hovoril som mu o tomto dennom sne, on prestal nezrozumiteľne čítať. Z toho som rozvinul príbeh, ako dieťa beží takýmto lesom iste plné úzkosti, progresívny, že by sa tam mohlo stratiť, ale že toto dieťa tiež vie, že na konci lesa žijú ľudia, že tam už nebude musieť byť samo, že sa tam isto bude niekto o toto dieťa starať. Tu nadviazal na tento príbeh, pýtal si tam od nejakej ženy pohár mlieka, potom sa stratí aj úzkosť.

V tejto fáze terapie bolo pomocou katatýmnych obrazov možné rozvinúť medzi terapeutom a pacientom liečivý symbiotický vzťah, v ktorom terapeut mohol nechať prejsť na pacienta dobré parciálne objekty. Takto sa mohol dať do pohybu vývoj u pacienta, dodatočné dozrievanie.

Katatýmne terapeutické zrkadlové obrazy sa dali podľa môjho názoru chápať ako nevedomé, odštiepené, fragmentované, negatívne, ale aj pozitívne skúsenosti so sebou a objektom u pacienta. A keď si terapeut nechá v sebe evokovať tieto rané introjekty, ktoré sú často spojené so starými afektmi nenávisť, zlosti, bolesti, vrúcnosti, túžby, potom môže tieto svoje vnútorné obrazy – často opäť v symbolickej forme napr. ako príbehy – zrkadliť späť pacientovi. Benedetti (1989) označuje toto terapeutické zrkadlenie ako prenosový subjekt a myslí tým „fantazmatický subjekt, ktorý vzniká z prenosu a protiprenosu, identifikácie a protiidentifikácie, apersonalizácie a tranzitivizmu, introjekcie a projekcie v priebehu psychoterapie psychózy, a teda vykazuje ako rysy pacienta, tak aj rysy terapeuta“.

Terapeut, ktorý je v tomto procese neochvejným spojencom svojho pacienta, vykonáva potom psychoterapiu menej ako psychoanalýzu a skôr ako psycho-syntézu. A z hľadiska úvodom spomenutého konceptu vulnerability, podľa ktorého trvalou charakteristikou schizofrenie nie je sama schizofrenná epizóda, ale vulnerabilita pre vývoj takýchto chorobných epizód (Zubin, 1989), je táto syntetická práca potom vlastnou liečbou, ktorá prostredníctvom zníženia vulnerability otvára šance pre trvalé zlepšenie.*

*Dr. med. Manfred Rust vedie špeciálne semináre v KIP aj na Slovensku. So súhlasom autora preložil a zaslal na publikovanie pôvodnú prácu M. Rusta prim. MUDr. J. Hašto.

Literatúra

- Benedetti, G.:** Psychosentherapie. Stuttgart, Hippokrates 1983 a.
- Benedetti, G.:** Todeslandschaften der Seele. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1983 b.
- Benedetti, G.:** Das katathyme Spiegelbild. In: **Bartl, G., Pesendorfer, F. (Hrsg.):** Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Wien, Literas 1989.
- Bleuler, E.:** Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg, Springer 1943/1983.
- Ciampi, L.:** Zur Dynamik komplexer biologisch-psycho-sozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Bern-Stuttgart-Toronto, Huber 1989.
- Jacobson, E.:** Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1973.
- Kernberg, O.F.:** Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1978.
- Kernberg, O.F.:** Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta 1988.

9. Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/Main, S. Fischer 1978.

10. Zubin, J.: Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Bern–Stuttgart–Toronto, Huber 1989.

Poznámka prekladateľa:

Čitateľov zaujímajúcich sa o psychodynamické aspekty schizofrenického ochorenia a o psychodynamické prístupy v ich komplexnej terapii odkazujeme na zdroje v slovenskom jazyku.

11. Bleuler E., Bleuler, M.: Učebnice psychiatrie. Trenčín, Vydavateľstvo F 1988.

Hlavné kapitoly: A. O vývoji osobnosti v súvislosti so životnou skúsenosťou ako o jednom zo základov psychiatrie, B. Schizofrénie

12. Bleuler, M.: Klinika schizofrenných duševných porúch. In: J. Hašto (Ed.): Schizofrénie I. (aspekty kliniky, diagnostiky a farmakoterapie), ODZ, Ročník I/č. 2, Trenčín, 1989. Xerox tejto knihy možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

13. Scharfetter, Ch.: Ja – vedomie. In: Hašto, J. (Ed.): Schizofrénie I. (aspekty kliniky, diagnostiky a farmakoterapie), ODZ, Ročník I/ č.2, Trenčín, 1989.

Xerox tejto knihy možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

14. Hašto, J. (ed.): Psychoterapia – súčasť komplexnej terapie chorých na schizofréniu. S príspevkom od G. Benedettiho a M. Peccia. Betlehem, Rimavská Sobota, Trenčín, 1997.

Xerox tejto knihy možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

15. Hašto, J., Haštová, M.: Psychotramatizácia v genéze schizofrénie a schizofrenná psychóza ako psychotrauma. Psychiatria, 6, 1999, č. 4, s. 211–213.

16. Gabbard, G.O.: Psychodynamická psychiatria v klinickej praxi. Excerptum. Trenčín, Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín 2002. Xerox tohto textu možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

17. Novalis, P.N. et al.: Klinická príručka podpornej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F 1999. Hlavné časť Princípy a kapitola 7 Schizofrénie.

18. Ernst, K.: Praktická klinická psychiatria. Excerptum. Trenčín, Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín 1993. Záujemca tu nájde odporúčanie k utváraní rozhovoru s pacientmi s exacerbovanými schizofréniami.

Xerox tohto textu možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

19. Hašto, J. (Ed.): Interpretácia symbolov s prihliadnutím k archetypovým významom. Trenčín, Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín, 1994, 47 s.

Xerox tohto textu možno získať prostredníctvom Sekretariátu SPS, P.O. Box 21, 912 50 Trenčín.

Do redakcie došlo 29.5.2003.