

*Psychoterapia***Kognitívno-behaviorálna terapia reziduálnych bludov a halucinácií pri schizofrénii**

D. Štrocholcová, M. Dvorecká

**Cognitive behavioral therapy of residual delusions and hallucinations
for schizophrenic patients****Súhrn**

Práca prináša základný prehľad šiestich štádií kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT) pri schizofrénii. Kognitívno-behaviorálny prístup je založený na individuálnej formulácii problémov a uskutočňuje sa v kontexte modelu vulnerabilita – stres. Podrobnejšie sa analyzuje kognitívno-behaviorálna stratégia zvládania reziduálnych bludov a halucinácií (tab. 4, lit. 23).

Kľúčové slová: kognitívno-behaviorálna stratégia, reziduálne bludy, halucinácie, schizofrénia, model vulnerabilita – stres

Summary

This article reviews six stages of cognitive behavioral therapy in schizophrenic patients. Cognitive behavioral approach is based on individual formulation of problems and it is realized in context with vulnerability – stress model. Cognitive behavioral strategie of handling delusions and hallucinations is described in details (Tab. 4, Ref. 23).

Key words: cognitive behavioral strategy, residual delusions, hallucinations, schizophrenia, vulnerability – stress

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) je aplikovaná v širokom okruhu problémov a populácie a rastúci výskum podporuje jej účinnosť. Napriek tomu sa len zriedkavo využíva u chorých so schizofréniou (4, 20). Bellack (2) ju označil za „zabudnuté dieťa“ KBT a poukázal, že toto prehládanie môže byť zapríčinené biologickými pohľadmi na schizofrénii, dôrazom na farmakologické intervencie, presvedčením, že schizofrénia je „príliš ťažká“ pre behaviorálnu terapiu. Ďalší vývoj však nepotvrdil tieto predpoklady a hlavne v 90. rokoch 20. storočia skupina psychológov z Veľkej Británie začala uplatňovať kognitívno-behaviorálne (KB) intervencie v liečbe reziduálnych bludov a halucinácií.

Psychiatrické oddelenie Bytčica, NsP, Žilina, a Psychiatrická ambulancia, ŽILPO, s.r.o., Žilina

Adresa: MUDr. D. Štrocholcová, Psychiatrické oddelenie Bytčica, NsP, 010 09 Žilina, Slovakia

e-mail: strocholec@gsm.eurotel.sk

Základné predpoklady pre uplatnenie KBT v liečbe schizofrénie (18):

- úspešnosť KB techník v liečbe depresívnych a úzkostných porúch,
- zistenia, že 67–100 % pacientov si vytvára vlastné stratégie zvládania na redukovanie frekvencie a závažnosti reziduálnych symptómov,
- narastajúci podiel vplyvu sociálnych environmentálnych faktorov na priebeh psychóz, vývoj modelu vulnerabilita – stres,
- zistenia, že takmer u 30–50 % pacientov so psychózami pretrvávajú aj napriek pravidelnému užívaniu liekov reziduálne bludy a halucinácie,
- poznanie, že farmakologické a psychologické prístupy nestoja proti sebe, ale vhodne sa dopĺňajú.

KBT poskytuje štruktúrovaný, časovo ohraničený prístup k zvládaniu problémov chorých so psychózami. Počet a dĺžka sedení varíruje podľa komplexnosti a závažnosti problémov, zriedkavo ide o menej ako 10 sedení, zvyčajne to je 20–25 sedení. Berúc do úvahy heterogenitu problémov ľudí trpiacich psychózami nezahŕňa aplikáciu jednej metódy, ale súboru viacerých techník „šitých na mieru“ pacienta podľa jeho potrieb a aktuálnych problémov (3, 14, 18).

Ciele KBT pri schizofrénii (11, 17):

1. redukovať distress a zneschopnenie spojené s reziduálnymi symptómami,
2. redukovať emočné poruchy,
3. podporiť aktívnu účasť pacienta v procese regulácie rizika relapsu a sociálneho zneschopnenia,

Fowler a spol. (11) rozdelili terapeutický proces KBT schizofrénii do 6 štádií.

1. štádium: Nadviazanie terapeutického vzťahu a KB vyšetrenie (assessment)

Základnými cieľmi úvodnej fázy je nadviazať terapeutický vzťah založený na spolupráci a získať dostatok informácií, ktoré umožnia terapeutovi a pacientovi definovať problém a určiť ciele.

V neštruktúrovanom rozhovore pacient opisuje svoje aktuálne problémy. Dôležitý je neutrálny postoj terapeuta, starostlivé počúvanie a podpora otvorenia pacienta. Postupne sa KB vyšetrenia stáva štruktúrované. Otázky zameriavame na jednotlivé klinické prejavy, ktoré súvisia so symptómom. V tabuľke 1 sú typické otázky, ktoré môžeme použiť pri analýze pacientovho symptómu (1, 11, 14).

2. štádium: Vytvorenie nového modelu psychotickej poruchy v spolupráci s pacientom

Rozhodujúcim krokom pre získanie pacienta je jeho zaangažovanie do spoločnej tvorby modelu choroby s normalizujúcim vysvetlením vzniku psychotických symptómov, a tým odkatastrofizovanie diagnózy schizofrénie. Väčšinou nenáležité a hrozivé predstavy o liečbe a dôsledkoch schizofrénie spôsobujú úzkosť, negatívne hodnotenie a nedodržanie liečby. Model vulnerabilita – stres je „šitý na mieru“. Na základe informácií získaných počas fázy assessmentu môžeme do neho vložiť osobné informácie o pacientových faktoroch vulnerability, ako aj závažných životných udalostiach a strezoroch, ktoré predchádzali vzniku psychózy eventuálne relapsu. Model vulnerabilita – stres umožňuje pacientovi pochopiť „záhadnú skúsenosť“ a redukuje stigmatizáciu (10, 14, 16).

3. štádium: KB stratégie zvládania reziduálnych bludov a halucinácií

Zážitok pretrvávajúcich psychotických symptómov je často spojený s výrazným distressom, úzkosťou a depresiou. V po-

Tabuľka 1. Kognitívno-behaviorálny rozhovor – príklady otázok

Spúšťače (antecedenty)

Kedy naposledy ste sa cítili ohrozený? Kedy naposledy ste počuli hlasy? Čo ste robili? Na čo ste mysleli? Kde ste boli? Bol tam aj niekto iný?

Popis symptómov, problémov (frekvencia, intenzita, doba trvania, kvalita)

Počutie hlasov: Ako často sa hlasy objavujú? Ako dlho trvajú? Akú majú hlasitosť? Sú hlasy vo vašej hlave alebo ich počujete ušami? Sú zreteľné? Počujete jeden alebo viac hlasov? Koho počujete? Čo presne hlasy hovoria? Komentuje hlas to, čo robíte? Rozprávajú sa hlasy navzájom? Čo vám prikazujú? Hovoria o zlých alebo niekedy aj o dobrých veciach?

Optické halucinácie: Videli ste nejaké "zjavenia" alebo veci, ktoré nemohli vidieť iní?

Perzekučný blud: Máte pocit, že ste prenasledovaný? Máte pocit, že vám chce niekto zámerne sťažiť život? Bol to pocit, že niekto ide za vami, alebo to boli konkrétni ľudia? Jeden človek alebo viac ľudí? Viete ich opísať? Ako často vás sledovali? Používali techniku?

Blud ovplyvňovania: Máte pocit, že ste kontrolovaný silami alebo mocnosťami, ktoré vás kontroľujú proti vašej vôli? Šírenie, odoberanie, vkladanie myšlienok: Počujete niekedy svoje vlastné myšlienky? Veríte, že vám vaše myšlienky odoberajú iní ľudia alebo nejaké sily? Myslíte si, že sú vám vkladane do hlavy myšlienky, ktoré nie sú vaše vlastné?

Kognície

Čo vám prechádzalo hlavou, keď ste cítili strach? Čo si myslíte, kto má záujem vás sledovať? Ako si vysvetľujete, že počujete rozhovor, aj keď v miestnosti nikto nie je? Čo si myslíte, keď to prejde?

Emočná reakcia

Ako ste sa cítili? Prežívali ste strach? Smútok? Zlosť? Zmätkotok? Bezradnosť?

Telesná a fyziologická reakcia

Čo ste cítili telesne? Čo sa dialo vo vašom tele? Súviseli tieto pocity s hlasmi?

Správanie

Čo ste robili, keď ste zistili, že vás prenasledujú? Aká bola vaša reakcia? Žiadali ste niekoho o pomoc?

História problému a predchádzajúceho liečenia

Ako dlho problém trvá? Kedy sa začal? Stalo sa niečo významné? Sú ťažkosti rovnaké, alebo sa menia? Bolo obdobie, keď ste vôbec nepočuli hlasy? Za akých okolností? Ako vnímate svoje problémy? Myslíte, že môže ísť o chorobu? Liečili ste sa niekedy na psychiatrii? Aký názor máte na užívanie liekov?

Určenie vlastných stratégií zvládania

Ako ste si s tým problémom poradili? Ako ste reagovali na hlasy? Je niečo, čo odolávalo hlasom? Robíte niečo, aby ste sa cítili menej napätý? Pomáha vám niečo zastaviť nepríjemné myšlienky? Pomáha vám nejaká činnosť?

slednom desaťročí sa berie do úvahy možnosť, že pacienti nemusia byť úplne bezmocní vo vzťahu k svojim symptómom a mali by sa pokúsiť získať nad nimi kontrolu, alebo aspoň rozvíjať schopnosť odolávať im. Viaceré štúdie potvrdili, že väčšina pacientov (67–100 %) používa vlastné stratégie na zvládanie s rôznym stupňom úspešnosti (5, 9, 23).

Na základe týchto zistení Tarrrier (21) vytvoril program zameraný na zvládanie reziduálnych bludov a halucinácií nazvaný „Zdokonalenie stratégií zvládania“ (Coping strategy enhancement), ktoré rozdelil do štyroch skupín (tab. 2).

Tabuľka 2. Klasifikácia stratégií zvládania

<p>1. Kognitívne stratégie</p> <p>a) presun pozornosti – zameranie pozornosti na iné podnety</p> <p>b) zúženie pozornosti – napr. lúštenie krížovky</p> <p>c) sebaštruktúž – použitie vnútornej reči týkajúcej sa správania alebo reatribúcia príčin</p> <p>2. Behaviorálne stratégie</p> <p>a) zvyšovanie úrovne aktivity – napr. prechádzky, šport, záujmové aktivity</p> <p>b) zvyšovanie sociálnej aktivity – napr. rozhovor s rodinou, priateľmi</p> <p>c) testovanie reality – správanie zamerané na testovanie rôznych udalostí</p> <p>3. Zmyslové stratégie</p> <p>Modifikácia zmyslových vnemov, napr. počúvanie hudby, „štuple do uší“</p> <p>4. Fyziologické stratégie</p> <p>Modifikácia fyziologickej reaktivity, napr. relaxácia, kontrolované dýchanie, cvičenie</p>

Najlepším riešením je limitovať počet súčasne používaných stratégií a zamerať sa na 1–2 najúčinné s vytvorením uceleného postupu tzv. krízového plánu (fire drill). Tieto stratégie potom pacient nacvičuje priamo v situácii pri objavení sa symptómu alebo v imaginácii (1, 23). Dôležitý je záznam úspešnosti v škále 0–10, postupné stupňovanie náročnosti úloh. V prípade neúspechu účinnosti stratégií zvládania, hlavne keď symptómy prichádzajú bez varovania a vyvolávajú silné emočné reakcie, je užitočné budovať odolnosť pacienta – tzv. „bojového ducha“, „život navzdory symptómom“. Terapeut môže upriamiť pozornosť pacienta na to, že rozsah epizódy je limitovaný. Pomocná je sebaštruktúž prípadne aj vo forme kartičky (flash card): „Teraz je to zlé, ale bude to trvať asi hodinu, potom bude dobre. Musím vydržať a užiť lieky. Bude to dobre.“

4. štádium: KB intervencie pri reziduálnych bludoch

Viacerí autori (8, 11, 14, 21, 22) sa snažili vyvrátiť predpoklad klasického psychiatrického učenia, že diskusia s pacientom o bludnom presvedčení je v najhoršom prípade bezcenná

a v najhoršom škodlivá. Beck a Rector (1) prirovnávajú prácu so psychotickými bludmi k práci s nepsychotickými distorziami v myslení napr. pri depresii.

Morrison (17) rozdeľuje terapeutický postup pri práci s bludnými presvedčeniami na techniky verbálnej a behaviorálnej reatribúcie (tab. 3).

Tabuľka 3. Kognitívno-behaviorálne intervencie pri bludoch

<p>1. Verbálna reatribúcia</p> <p>a) identifikácia myšlienok a emócií</p> <p>b) periférne otázky</p> <p>c) alternatívne vysvetlenia</p> <p>d) hľadanie dôkazov</p> <p>2. Behaviorálna reatribúcia</p> <p>a) behaviorálne experimenty</p> <p>b) zabezpečovacie správanie</p>

Verbálna reatribúcia (verbal reattribution) je súborom viacerých techník, ktoré sa snažia pomôcť pacientovi „získať odstup“, učia ho, že jeho interpretácie nie sú nemenné fakty, ale iba jeden spôsob nazerania na udalosti. Cieľom je postupne dosiahnuť zmiernenie intenzity bludných presvedčení. Na začiatku terapie je dôležité, aby pacient identifikoval a určil škálu nepríjemných emócií (napr. strach, napätie), zaznamenal si problémové situácie a identifikoval sprievodné myšlienky. Významné je zaznamenať si mieru presvedčenia v tieto myšlienky od 0 % do 100 %. Pri práci s bludnými presvedčeniami sa terapeut nesmie dostať s pacientom do konfrontácie a presvedčovať ho o svojej pravde, ale trpezlivo oslabovať mieru bludného presvedčenia pomocou *periférnych otázok*. Pýtame sa najskôr na menej významné zložky bludného presvedčenia (napr. nespochybňovať, že je pacient sledovaný, ale pýtať sa, koľko ľudí je do toho zapojených, aké majú úmysly, aké má dôkazy o sledovaní, či si je istý, že niekoho nepodozrieva aj neoprávnene) a postupne sa prepracovať k jadrú bludu. Zámerom tohto prístupu je, že vedieme pacienta, aby začal pochybovať o platnosti svojich presvedčení a začal sa zaoberať *alternatívnymi vysvetleniami* (11, 15, 22). Ak pacient nie je schopný vytvárať alternatívy, potom môžu pomôcť *induktívne otázky*, ako napr. „Čo je dôkazom sprisahania? Čo svedčí pre? Čo proti? Neexistujú aj iné vysvetlenia? Čo si myslí vaša rodina? Čo by ste povedali niekomu inému, keby prišiel za vami s týmto problémom? Nepreceňujete mieru pravdepodobnosti, že nastane takáto situácia? Nepodceňujete svoje možnosti ako čeliť problémovej situácii?“

Ďalej sa odporúča sumarizovať *dôkazy*, na ktorých sa zakladá pacientovo bludné presvedčenie. Užitočný spôsob je rozobratie poslednej situácie, spísanie všetkých dôkazov, ktoré pacient udáva ako podporujúce pre bludné presvedčenia a prípadne, ak je prístupný otvorenej diskusii, hľadať aj alternatívne vysvetlenia.

Verbálnu reatribúciu by mala sprevádzať alebo nasledovať *behaviorálna reatribúcia (behavioral reattribution)*, ktorej cieľom je umožniť pacientovi testovať validitu bludných presvedčení a získať nepotvrdzujúce dôkazy (8). Podobne ako ľudia s úzkostnými poruchami používajú vyhýbavé správanie, snažia sa aj pacienti s distresujúcimi bludnými presvedčeniami odvrátiť negatívne dôsledky, ktoré spájajú s bludnými presvedčeniami. *Zabezpečovacie správanie (safety behaviour)*, ako napr. vyhýbanie očnému kontaktu, státie blízko dverí v autobuse, ukrývanie tváre do dlaní, slnečné okuliare neumožňujú pacientovi sledovať, čo sa v skutočnosti v situácii deje, bránia oslabovaniu bludných presvedčení. Tieto „manévry“ sa pacient učí odstraňovať pomocou *behaviorálnych experimentov*, keď plánovane vypúšťa zabezpečovacie správanie a zaznamenáva výsledky.

KB intervencia pri reziduálnych halucináciách

Sluchové halucinácie majú významný vplyv na život tých, ktorí ich prežívajú. Niektorí prežívajú halucinácie ako distresujúce, pre iných sú zábavné, upokojujúce (8, 9). Romme a Escher (19) sumarizovali rozdiely v schopnosti vyrovnáť sa s hlasmi podľa vzťahu jedinca k hlasom a obsahom hlasov. Tí, ktorí sa dokázali s hlasmi vyrovnáť, prežívali menej imperatívnych a viac pozitívnych hlasov. Viacerí autori (6, 7, 17, 22) potvrdili význam presvedčení o hlasoch, zvlášť vo vzťahu k pôvodu, významu a sile.

Haddock a spol. (12) delia KB intervencie pri sluchových halucináciách do dvoch kategórií: *odpútanie (distraction)* a *zameranie (focusing) pozornosti* na halucinácie (tab. 4).

Tabuľka 4. Kognitívno-behaviorálne intervencie pri sluchových halucináciách

<p>1. Odpútanie pozornosti</p> <p>a) použitie walkmana</p> <p>b) čítanie, počítanie v duchu, mentálne hry, lúštenie krížoviek</p> <p>c) plánovanie vhodnej aktivity</p> <p>2. Zameranie pozornosti</p> <p>a) vlastnosti halucinácií</p> <p>b) obsah halucinácií</p> <p>c) presvedčenie o halucináciách</p> <p>d) zmysel halucinácií</p>

Systematickým používaním metód odpútania pozornosti možno dosiahnuť redukciiu frekvencie a intenzity sluchových halucinácií. Pacient má za úlohu začať niektorú z vybraných aktivít vždy, keď sa objavia hlasy.

Pri prístupe zamerania pozornosti sú pacienti vedení, aby si pozorne všimli vlastnosti halucinácií. Najskôr sa zameriavajú na fyzikálne charakteristiky hlasov, ich počet, hlasitosť, tón, akcent, zdanlivé pohlavie, lokalizáciu. Následne si zapisujú obsah hlasov. Tento prístup sa spája s desenzibilizáciou,

keď sa pacienti vystavujú zvyšujúcemu emotívnemu aspektu halucinácie (13). Pri modifikácii presvedčení o hlasoch sa používajú tie isté postupy ako pri práci s bludmi, hľadanie dôkazov, testovanie reality, behaviorálne experimenty. Pacient sa učí nepodliehať bezvýhradne hlasom, ale reagovať na ne pokojnejšie, neriadiť sa nimi, nevšimáť si ich.

5. štádium: KB stratégie zvládania dysfunkčných predpokladov

Dôsledná analýza pocitov zúfalstva, sebazničujúcich vzorcov správania sa u ľudí so psychózami, často odhalí dysfunkčné predpoklady o sebe, svete, iných ľuďoch. Odhalenie dysfunkčných schém má význam aj z toho hľadiska, že môže byť faktorom vulnerability (11, 17). Neexistuje súbor dysfunkčných predpokladov, ktorý by bol špecifický pre ľudí so psychózami. Dysfunkčné presvedčenia u pacientov so psychózami sú vo všeobecnosti extrémnejšie ako u ľudí s depresívnymi poruchami (napr. som bezcenný, zlý, nehodný lásky).

6. štádium: KB stratégie zvládania sociálneho zneschopenia a rizika relapsu

Posledná etapa terapie pozostáva z aktualizácie a pevného zabudovania stratégií zvládania do pacientovho života. Cieľom tejto fázy terapie je podporovať nádej do budúcnosti a vyrovnávanie sa pacienta so svojou chorobou. Dôležitým komponentom liečby je identifikácia a monitorovanie prodromálnych príznakov. Pochopenie svojich ťažkostí ako choroby umožňuje povzbudiť pacientov, aby nazerali na svoj životný údel z pohľadu „ja som ten hrdina čeliaci nepríjemnostiam“, nie ako na svoje osobné zlyhanie. Užitočné je použiť analógiu s ľuďmi, ktorí majú iné typy postihnutia (napr. somatizózy, zmyslové postihnutia). S pacientom prediskutujeme jeho strednodobé a dlhodobé ciele, plánovanie špecifických úloh pomocou časového rozvrhu aktivít, rozvíjanie sociálnych kontaktov a záujmov.

Záver

KB intervencie u pacientov so schizofréniou sú vhodným doplnením neuroleptickej medicíny a ostatných psychosociálnych intervencií. KB prístup je založený na individuálnej formulácii problému, ktorá určuje plán intervencií, uskutočňuje sa v kontexte modelu vulnerability – stres, poskytuje alternatívne vysvetlenia pacientových ťažkostí, zameriava sa na prevenciu relapsu a minimalizovanie rizika budúcich epizód. Cieľom nie je vyliečenie schizofrénie, ale zmiernenie psychického utrpenia, negatívneho dopadu produktívnych príznakov na život pacienta, zlepšenie pacientových schopností zvládania a zvýšenie kvality života.

Literatúra

1. Beck, A.T., Rector, N.A.: Cognitive therapy for schizophrenic patients. *Harvard Mental Health Lett.*, 15, 1998, č. 6, s. 4–7.

2. **Bellack, A.:** Schizophrenia: behavior therapy's forgotten child. *Behavior Ther.*, 17, 1986, 4. 3, s. 192–213.
3. **Birchwood, M., Preston, M.:** Schizophrenia. S. 171–202. In: Dryden, W., Rentane, R. (Eds.): *Adult clinical problems: A cognitive-behavioral approach*. New York, Routledge 1996.
4. **Bradshaw, W.:** Evaluating cognitive-behavioural treatment of schizophrenia: Four single-case studies. *Res. Social Work Practice*, 7, 1997, č. 4, s. 419–444.
5. **Carr, B.:** Patient's techniques for coping with schizophrenia: An exploratory study. *Brit. J. Med. Psychol.*, 61, 1998, s. 339–352.
6. **Chadwick, P., Birchwood, M.:** The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Brit. J. Psychiat.*, 164, 1994, s. 190–201.
7. **Chadwick, P., Birchwood, M.:** Cognitive therapy for voices. S. 71–84. In: Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge 1996.
8. **Chadwick, P., Lowe, C.F.:** A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behav. Res. Ther.*, 32, 1994, č. 3, s. 355–367.
9. **Falloon, I.R., Talbot, R.E.:** Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychol. Med.*, 11, 1981, s. 329–339.
10. **Fowler, D., Garety, P.:** Cognitive therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications. *J. Mental Health*, 7, 1998, č. 2, s. 123–134.
11. **Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E.:** *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and Practice*. Chichester, John Wiley & Sons 1995, 185 s.
12. **Haddock, G., Slade, P.D., Bentall, R.P., Reid, D., Fargher, E.B.:** A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *Brit. J. Med. Psychol.*, 71, 1998, s. 339–349.
13. **Haddock, G., Tarrrier, N.:** Assessment and formulation in the cognitive behavioural treatment of psychosis. S. 155–175. In: Tarrrier, N., Wells, A., Haddock, G. (Eds.): *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester, John Wiley & Sons 1998.
14. **Halhweg, K., Dose, M.:** Schizofrénia. (Preklad: Hašto, J.). Trenčín, Vydavateľstvo F 2000, 122 s.
15. **Kingdon, D.G., Turkington, D., John, C.:** Cognitive behaviour therapy of psychosis: complexities in engagement and therapy. S. 176–194. In: Tarrrier, N., Wells, A., Haddock, G. (Eds.): *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester, John Wiley & Sons 1998.
16. **Kingdon, D.G., Turkington, D.:** *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. East Sussex, Erlbaum Taylor & Francis 1995, 209 s.
17. **Kingdon, D.G., Turkington, D., John, C.:** Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, 164, 1994, s. 581–587.
18. **Morrison, A.P.:** Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. S. 195–216. In: Tarrrier, N., Wells, A., Haddock, G. (Eds.): *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester, John Wiley & Sons 1998.
19. **Norman, R.M.G., Townsend, L.A.:** Cognitive-behavioural therapy for Psychosis: A Status report. *Canad. J. Psychiat.*, 44, 1999, č. 3, s. 245–252.
20. **Romme, M., Escher, S.:** Empowering people who hear voices. S. 137–150. In: Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge 1996.
21. **Slade, P.D., Haddock, G.:** A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. S. 28–39. In: Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge 1996.
22. **Tarrrier, N.:** Management and modification of residual positive psychotic symptoms. S. 109–131. In: Birchwood, M., Tarrrier, N. (Eds.): *Psychological management of schizophrenia*. Chichester, John Wiley & Sons 1994.
23. **Turkington, D., Kingdon, D.:** Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. S. 103–115. In: Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge 1996.
24. **Yusupoff, L., Tarrrier, N.:** Coping strategy enhancement for resistant hallucinations and delusions. S. 86–99. In: Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.): *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge 1996.

Do redakcie došlo 15.4.2004.