

Kognitivně behaviorální terapie chronických halucinací

MUDr. Kristýna Vrbová^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2}, Mgr. Marie Ocisková^{1,3}, Mgr. Lucie Šmejkalová¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

³Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje podle epidemiologických studií mezi 1–1,5 %. I když moderní farmakoterapie vedla k významnému snížení utrpení nemocných, kolem 25 % schizofrenních pacientů je označováno za „farmakologicky rezistentní“ a 20–60 % přeruší užívání doporučené medikace. Kromě příznaků odolávajících léčbě bývá průběh nemoci negativně ovlivňován dalšími faktory, jako je premorbidní osobnost, kognitivní deficit, rodinné a interpersonální problémy, abúzus návykových látek a stigmatizace. Všechny tyto okolnosti poukazují na potřebu doplnit biologickou léčbu systematickými psychoterapeutickými intervencemi. Halucinace jsou projevem poruchy vnímání. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují halucinace sluchové, při kterých nemocný slyší domnělé hlasy. Pacient si obsah halucinatorních prožitků interpretuje, často bludně, což následně vede k negativním emočním reakcím a zjevnému maladaptivnímu chování. Cílem KBT je pomoci nemocnému zaujmout k halucinacím kritičtější postoj a mít je tak více pod kontrolou. Příspěvek předkládá přehled dosud známých kognitivně behaviorálních postupů k terapeutickému ovlivnění chronických halucinací.

Klíčová slova: schizofrenie, halucinace, Sokratický dialog, behaviorální experiment, narativní přístup.

Cognitive behavioral therapy of chronic hallucinations

The lifetime prevalence of schizophrenia varies according to epidemiological studies between 1–1.5 %. Although modern pharmacotherapy led to a significant reduction of patient's suffering, about 25 % of schizophrenic patients are described as “pharmacologically resistant” and 20–60 % stop taking recommended medication. Except the symptoms that are resistant to the treatment, progression of the disease is negatively influenced by other factors, such as premorbid personality, cognitive deficit, family and interpersonal problems, drug and alcohol abuse, stigmatization. All these factors are pointing to the need to add systematic psychotherapeutic interventions to the biological treatment. Hallucinations are the manifestation of perception disorder. The most frequent hallucinations in schizophrenia are the auditory hallucinations, in which the patient hears voices. The patient often interprets the content of hallucinatory experiences as delusions, which leads to negative emotional reactions and obvious maladaptive behavior. The aim of CBT is to help the patient to use more critical approach to hallucinations and have them more like under control. The paper presents an overview of CBT approaches for therapeutic influence on chronic hallucinations.

Key words: schizophrenia, hallucination, Socratic dialogue, behavioral experiment, narrative approach.

Psychiatr. praxi 2014; 15(3): 117–124

Úvod

Celoživotní prevalence pro schizofrenní poruchu je podle epidemiologických studií mezi 1–1,5 %. Nedávný reprezentativní celoevropský průzkum zkoumající bříme onemocnění mozku ukázal, že s prevalencí 1,2 % schizofrenie postihuje přibližně 5 milionů Evropanů (1). Léčba schizofrenie je komplexní, je založena na kombinaci psychosociálních a farmakologických intervencí (2). Plné symptomatické remise dosáhne po léčbě kolem 60 % postižených, ale kolem 50 % zažije recidivu nemoci v průběhu dalších pěti let po indexové epizodě. I když moderní farmakoterapie vedla k významnému snížení utrpení, kolem 25 % schizofrenních pacientů je označováno za „farmakologicky rezistentní“ a 20–60 % přeruší užívání doporučené medikace (3–5). Kromě příznaků odolávajících léčbě bývá průběh nemoci negativně ovlivňován takovými faktory, jako je premorbidní osobnost,

kognitivní deficit, postoj k užívání léků, rodinné a interpersonální problémy, neočekávané životní události, abúzus návykových látek a negativní reakce na diagnózu schizofrenie jak u pacienta, tak u jeho okolí (6, 7). Všechny tyto okolnosti poukazují na potřebu systematické psychoterapeutické intervence k doplnění biologických léčebných postupů (8, 9). Na konci osmdesátých let 20. století se objevily první snahy ovlivnit psychoterapeuticky i floridní příznaky schizofrenie, tj. bludy a halucinace, o nichž se do té doby předpokládalo, že je lze léčit pouze pomocí psychofarmak (10–18). Vedly k tomu následující důvody: perzistence bludů a halucinací u některých pacientů navzdory dlouhodobé psychofarmakologické léčbě, odmítavý postoj a častá neochota k dlouhodobému užívání léků, časté relapsy akutních psychotických příznaků i u spolupracujících pacientů. Chronické halucinace jsou jedním z těchto významných problémů.

Halucinace jsou projevem poruchy vnímání. Můžeme je definovat jako klamné smyslové vjemy, vzniklé bez reálného podnětu v bdělém stavu. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují halucinace sluchové, při kterých nemocný slyší domnělé hlasy. Pacienti někdy s těmito hlasy dlouze rozmlouvají. Hlasy jim mohou dávat různé příkazy nebo komentují povahu či skutky osoby trpící schizofrenií (19). Mezi méně časté typy patří halucinace zrakové, hmatové, chuťové nebo čichové.

Chronické halucinace jsou často rezistentní na farmakoterapii či jiné biologické intervence, jako je ECT. Krátkodobě dochází ke zlepšení po rTMS zaměřené na stimulaci levého temporoparietálního kortexu (20, 21).

Účinnost KBT u chronických halucinací

Účinnost kognitivně-behaviorálních přístupů k ovlivnění halucinací byla zkoumána

v několika studiích. Výzkumníci Drury et al. (22) srovnávali u skupiny 117 mladých schizofrenních hospitalizovaných pacientů trpících floridní psychotickou symptomatologií komplexní KBT program s kontrolní skupinou. Terapeutický program trval 12 týdnů. Obě skupiny pacientů byly po celou dobu léčeny i psychofarmaky. Pacienti ve skupině s KBT programem absolvovali 4 typy terapeutických aktivit: (a) Individuální kognitivní terapii, zaměřenou na prozkoumání a zpochybnění platnosti bludných přesvědčení; (b) Skupinovou kognitivní terapii, zaměřenou na diskuzi o bludných přesvědčeních mezi pacienty s hledáním alternativních vysvětlení. Terapeut vedl pacienty k tomu, aby se naučili rozpoznávat příznaky psychózy a aby je přijali jako součást své životní zkušenosti. (c) Rodinná sezení – jedno až dvě sezení s blízkými osobami, zaměřené na vysvětlení terapeutického přístupu, poskytnutí informací o psychóze a rad, jak reagovat na bludná tvrzení pacienta a jeho případné nepřiléhavé chování. (d) Činnosti terapii, zaměřenou na zlepšení schopností sebeobsluhy, sociálních dovedností a na rekreační činnosti. Terapii (a) a (b) byly věnovány průměrně 3 hodiny týdně, (d) bylo věnováno průměrně 5 hodin týdně. Kontrolní skupina pacientů podstoupila stejný počet hodin terapie zaměřené na aktivní činnosti – od poslechu hudby po společné vycházky do města a společná posezení s podpůrnou psychoterapií, zaměřenou na vyslechnutí starostí a problémů. U všech sledovaných pacientů došlo k výraznému ústupu floridních příznaků. U pacientů z KBT skupiny byl tento ústup floridních příznaků výrazně rychlejší než u pacientů z kontrolní skupiny a tento rozdíl byl zjistitelný již po 7 týdnech a přetrvával i po 12 týdnech. U pacientů z KBT skupiny došlo k výraznějšímu zmírnění frekvence halucinací a zmírnění intenzity bludných přesvědčení než u pacientů v kontrolní skupině. Při přešetření po 9 měsících od ukončení terapie se prokázalo, že přetrvává významný rozdíl mezi oběma skupinami pacientů – daleko více pacientů z léčebné skupiny bylo zcela bez psychotických příznaků a jen u jednoho nedošlo k žádnému zlepšení. Autoři dospěli k závěru, že KBT zaměřená na zvládnutí akutních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, je účinná i u nechronických psychotických pacientů, ústup floridních příznaků je rychlejší a dosažené zlepšení přetrvává řadu měsíců po ukončení terapie.

V jiné studii Garety et al. (23) zkoumali 60 pacientů s floridními psychotickými příznaky, kteří nereagovali na antipsychotickou medikaci. Pacienti byli náhodně rozděleni na skupinu léč-

nou po dobu 9 měsíců individuální KBT a kontrolní skupinu se standardní psychiatrickou péčí. Terapie byla poskytována ambulantně, většinou na klinice, ale někdy i u pacientů doma. KBT byla prováděna první 3 měsíce jednou týdně, poté jednou za 14 dnů, sezení trvalo hodinu. Zpočátku se terapeuti zaměřili na vytvoření vztahu důvěry a na prozkoumání problémů pacienta. Poté s ním vytvořili individuální léčebný plán, zaměřený zvládnutí problematických oblastí. Terapeuti vedli pacienty k systematickému uplatňování různých behaviorálních a kognitivních postupů – např. relaxace ke snížení napětí, nácvik sociálních dovedností ke zvládnutí sociálních problémů, plánování denních činností, odvádění pozornosti od halucinací, zpochybňování bludných přesvědčení, zkoumání významu halucinací a bludů, zkoumání důsledků, když se pacient bude chovat jinak, než k čemu jej halucinace vybízejí apod. Na základě podrobného probrání životopisu pacienta se terapeut snažil zjistit klíčová dysfunkční kognitivní schémata pacienta, např. negativní sebehodnocení, a zaměřil se na jejich zpochybnění. Po 9 měsících dosáhli pacienti v KBT skupině významně většího zmírnění akutních psychotických příznaků než pacienti v kontrolní skupině. Šest pacientů z KBT skupiny se během terapie výrazně zlepšilo, dalších osm se zjevně zlepšilo, tj. polovina pacientů dosáhla klinicky významného zlepšení stavu. U jednoho pacienta došlo ke zhoršení stavu. V kontrolní skupině se výrazně zlepšil jeden pacient a zjevně zlepšilo devět pacientů, tj. třetina pacientů se zlepšila. U tří pacientů kontrolní skupiny došlo ke zhoršení stavu, jeden spáchal sebevraždu. Při zkoumání účinku terapie po 9 měsících od jejího ukončení se ukázalo, že dosažené zlepšení se u pacientů z KBT skupiny nejen udrželo, ale došlo ještě k mírnému, statisticky nevýznamnému zlepšení stavu. Nejvíce se zmírnila nepohoda, vyvolaná bludným přesvědčením, a frekvence halucinací. Rozdíl v dosaženém zlepšení stavu mezi skupinou KBT pacientů a kontrolní skupinou pacientů během 9 měsíců po ukončení léčby narostl. Ekonomická analýza nákladů na léčbu během 18 měsíců ukázala, že vyšší náklady, vynaložené v prvních 9 měsících na intenzivní léčbu u skupiny KBT pacientů vedly ke snížení nákladů na jejich léčbu v následujících 9 měsících, takže celkově byly ekonomické náklady na léčbu obou skupin pacientů během 9 měsíců srovnatelné.

Zanello et al. (24) se ve své práci zabývali účinností krátké skupinové KBT u pacientů trpících chronickými auditivně verbálními

halucinacemi. 41 pacientů s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy bylo zařazeno do skupinové kognitivně behaviorální terapie, která sestávala ze 7 tematických sezení. Subjektivní prožitky hlasů byly hodnoceny před a hájením KBT pomocí semi-strukturovaného rozhovoru MAVIA (Maastricht Voices Interview for Adults). Celková účinnost léčby byla hodnocena pomocí baterie dotazníků. Výzkumníci vyhodnocovali celkovou závažnost psychopatologie (BPRS), přesvědčení o významu hlasů (Beliefs About Voices Questionnaire Revised; BAVQ-R), kvalitu života, sebevědomí, globální klinický dojem a celkové fungování v běžném životě (Global Assessment Functioning; GAF) vždy před léčbou, ihned po léčbě a následně po 6 měsících od ukončení KBT intervence. Autoři zjistili statisticky významný pokles závažnosti auditivně verbálních halucinací po skončení léčby, který přetrvával i po 6 měsících sledování po ukončení léčby. 18 pacientů však léčbu nedokončili. Autoři zjistili jisté odlišnosti v subjektivním hodnocení halucinatorních prožitků u pacientů, kteří ukončili léčbu předčasně, oproti pacientům, kteří absolvovali všech 7 sezení. Pacienti, kteří studii dokončili, nikdy nevnímali halucinované hlasy jako přátelské, předkládali více variant pro vysvětlení jejich původu a také častěji uvažovali, že se jedná o projev duševního onemocnění. Tito pacienti rovněž častěji halucovali pouze jeden hlas. Autoři celkově dospěli k závěru, že krátká skupinová KBT intervence může mít pozitivní přínos pro pacienty s auditivně verbálními halucinacemi, který přetrvává i 6 měsíců po skončení KBT intervence. Tato naturalistická studie zkoumala hypotézu, že krátká skupinová KBT intervence bude mít pozitivní vliv nejen na zmírnění auditivně verbálních halucinací, ale rovněž ovlivní další problematické oblasti v životě pacientů s psychotickým onemocněním. Získané nálezy však potvrdily tuto hypotézu pouze částečně.

Cílem výzkumné práce Krákvika et al. (25) bylo ověřit, zda pozitivní výsledky randomizovaných kontrolovaných studií, dokazující účinnost KBT u psychotických pacientů prováděných vyškolenými experty v akademickém prostředí, lze dosáhnout i v podmínkách běžné klinické praxe. KBT byla poskytována heterogennímu vzorku pacientů s psychotickou poruchou lékaři běžné psychiatrické péče. Práce lékařů byla supervidována vycvičenými odborníky. Do studie bylo zařazeno 45 pacientů, kteří byli randomizováni do dvou skupin. První skupině (n = 23) byla poskytnuta KBT v kom-

binaci s běžnou psychiatrickou péčí. Druhou, kontrolní skupinu (n = 22), představovali pacienti na čekací listině, kteří konzumovali běžnou psychiatrickou péčí. Individuální KBT sestávala z 20 sezení s cílem snížit utrpení provázející bludy a halucinace. Bludná přesvědčení o halucinacích byla testována, přehodnocována a nahrazována adaptivnějšími postoji pomocí kognitivní restrukturalizace. Výsledky ukázaly, že pacienti experimentální skupiny (po absolvování 20 sezení KBT) dosáhli významného zlepšení v porovnání s kontrolní skupinou; dosáhli významného snížení celkového skóre BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), dále dosáhli nižších skóre v subškále pro bludy v rámci PSYRATS (Psychotic Symptoms Rating Scale). Zároveň dosáhli signifikantně vyššího skóre v celkovém fungování v životě hodnoceném GAF (Global Assessment Functioning). Toto zlepšení přetrvávalo i po 12 měsících po skončení léčby. Autoři dospěli k závěru, že KBT poskytovaná v podmínkách rutinní klinické praxe může snížit závažnost pozitivních psychotických příznaků a určitá zlepšení mohou přetrvávat i po 12 měsících po ukončení léčby.

Kognitivně behaviorální terapie sluchových halucinací

Cílem kognitivně behaviorální terapie je v prvé řadě zmírnit negativní dopad halucinací na život pacienta (12). Nejdůležitějším krokem v dosažení tohoto cíle je pomoci mu změnit postoj k halucinacím – přestat jim věřit, zjistit, že mu nemohou nijak ublížit, naučit ho mít je více pod kontrolou. Změna postoje umožňuje zmírnit nebo odstranit negativní emoční reakce a následně i konsekvence v chování (26).

Zatímco bludy jsou v rámci kognitivně behaviorální analýzy považovány za kognitivní procesy, sluchové halucinace – „hlasy“ – jsou považovány zpravidla za spouštěče (27). I halucinace mohou mít své spouštěče, např. nudu, kritiku, vzpomínky, nicméně jejich zachycení dělá většinu pacientů obtíže. Pokud označíme halucinaci jako spouštěč dalších procesů, následuje její kognitivní interpretace vedoucí k odpovídající emoční reakci a chování. Pacient hlasy hodnotí (např. „Vědí o mně!“, „Jsou nesnesitelné!“, „Jdou po mně!“, „Nikdy mi nedají pokoj!“, „Ublíží mi!“), uvažuje o nich („Jakým způsobem to do mě vysílají?“, „Proč mi to dělají?!“, „Když je neposlechnu, zabijou mě!“), zaujímá vůči nim nějaký postoj („Kašlu na ně, ať mi dají pokoj!“, „Mají pravdu, jsem k ničemu!“). Kognitivní interpretace má za následek emoční reakci (např. úzkost, smutek, lítost) a zjevné chování (např. zacpávání

si uší, hádání se s hlasy, užití drogy, telefonování na policii).

Pacienti, kteří slyší hlasy, jsou ohroženi zvýšenou úzkostností (28, 29). Pro emocionální reakci je důležité, jakým způsobem pacient halucinace hodnotí, jaký jim přikládá význam. Mawson et al. (28) ve svém systematickém přehledu studií o halucinacích zjistili, že některá hodnocení zvyšují distress, který je s halucinacemi spojen. S vyšší hladinou stresu jsou spojeny zlomyslné, vyhrožující, vysoce nadřazeně působící hlasy, pak hlasy, ze kterých je patrné, že velmi dobře osobně jedince znají, je proti nim bezmocný, protože jej mají prohlédnutého. Úzkost dále roste s mírou odmítavého postoje k halucinacím i s odmítáním sebe sama kvůli hlasům (28). Podle autorů jednoduché KBT strategie, zaměřené na změnu toho, co si o hlasech pacient říká, používané u časnějších studií KBT terapie, nemusí být vždy dostatečně účinné. Je to proto, že hodnocení halucinací je zakotveno v kognitivních schématech, podle kterých pacient své zážitky hodnotí, tedy v hlubších kognitivních strukturách než je automatické hodnocení halucinací v myšlenkách. Z tohoto důvodu se novější přístupy zaměřují na změnu kognitivních schémat souvisejících s halucinacemi, které se týkají jak sebe sama, tak postojů a očekávání od druhých lidí (30, 31). To, zda zkušenost s halucinacemi má souvislost s interpersonálními vlivy, bylo předmětem zkoumání několika studií zabývajících se sociálním schématy, jimiž se řídí mezilidské interakce (32). Tyto studie naznačují, že zkušenost sluchových halucinací může být chápána v rámci mezilidských interakcí, a vztahy, které halucinující rozvíjejí ke svým halucinacím, sdílejí mnoho podobností s jejich mezilidskými vztahy v sociálním světě. Systematický přehled literatury 13 těchto studií provedl Paulik (30). Z těchto studií vyplynulo, že halucinující jedinci cítí svoje sociální postavení jako nižší ve vztahu k ostatním lidem, podobně jako se cítí méněcenní ve vztahu k halucinovaným hlasům, a to ovlivňuje jejich emoční prožívání a následné chování. Druhým opakovaně potvrzeným nálezem bylo zjištění, že hlasy prožívané jako z pozice blízkosti nebo závislosti vyvolávají nejmenší stres. To vedlo k úvahám o rozšíření původního modelu halucinací Chadwicka a Birchwooda (8) o zprostředkující roli sociálních schémat a jejich vlivu na afektivní a behaviorální reakce na hlasy. Zdá se tedy, že sociální procesy, kterými se řídí vztahy pacienta v reálném světě a jejich internalizace, jsou také ve hře ve vztahu mezi halucinujícím a jeho halucinacemi. Tato schémata

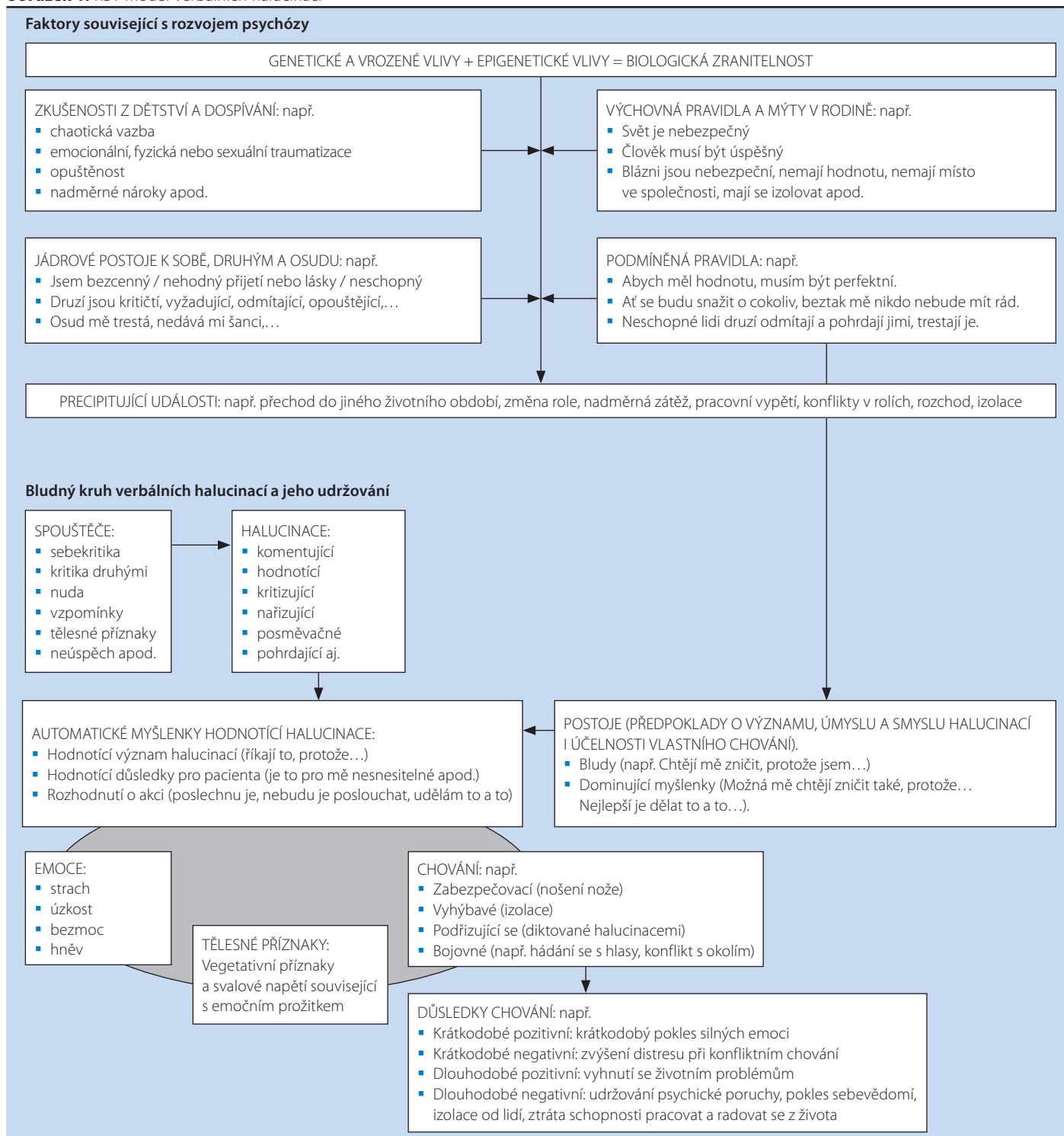
také ovlivňují charakter postoje k halucinacím i behaviorální reakci.

Mawson et al. (33) zkoumali vztahové kvality moci a intimity v interakci halucinující osoby – hlasy. Tato kvalitativní fenomenologicky zaměřená studie 10 halucinujících pacientů se zaměřila na hledání hlubšího pochopení interpersonálního kontextu vnímaných sluchových halucinací v souvislosti se vztahy s druhými lidmi v reálném životě. Z analýzy vyplynulo pět základních témat. V prvním tématu, nazvaném „člověk a hlas“, se ukázalo, že hlasy účastníků často odráží jejich identitu, ne vždy však kvalitu sociálních vztahů. To, jak si sami své vztahy s lidmi interpretovali, bylo pro jejich vztah k halucinacím důležitější, než jak jejich sociální vztahy fungovaly objektivně. Druhé téma, „hlasy související s postojem k sobě“, ukázalo, že halucinace potvrzují nižší sebevědomí halucinujících. Třetí téma, nazvané „bitva o kontrolu“, souviselo s tendencí pacientů bojovat se závislostí na blízkých vztazích a docílit tak větší autonomie. Čtvrté téma „přátelství“ ukázalo na lepší schopnost se s hlasy vyrovnat při dobré sociální podpoře. Páté téma, „hlasy vytvářejí distanci“, ukázalo, že sociální izolace je spojená s menší odolností vůči hlasům. Podle výsledků této studie se zdá, že intervence zvyšující sebedůvěru a sebevědomí, intervence vedoucí k rozšíření podpůrné sociální sítě, by mohly snížit distress z halucinací, a tím přerušit i bludný kruh jejich udržování.

Pokud je možné pomoci halucinujícímu vytvořit hodnotnější vnímání sebe sama v sociálních vztazích, pomáhá mu to také vytvořit méně stresující vztah ke svým halucinacím. Toho je možné dosáhnout pomocí strategií zvyšujících sebedůvěru a sebevědomí, snižujících sebestigmatizaci a pomocí nácviku komunikačních dovedností. Pokud hrají roli v sebedůvěře traumatické události z dětství, má význam zpracovat tyto události pomocí narativních nebo reskripčních přístupů (30, 33, 34). Tento model nebyl dosud testován v kontrolovaných studiích, nicméně zkušenosti z individuální psychoterapeutické práce s pacienty naznačují, že může jít o smysluplný konstrukt.

Vyšetření a monitorování halucinací

U halucinací je potřebné zjistit, jak často se objevují, kontext, ve kterém se objevují, zmapovat jejich typický obsah, intenzitu, faktory, které zvyšují jejich frekvenci, zesilují je nebo

Obrázek 1. KBT model verbálních halucinací**Tabulka 1.** Základní dimenze halucinací (podle Scott et al. 2004)

- frekvence
- trvání
- lokalizace
- hlasitost
- přesvědčení o původu
- množství halucinací s negativním obsahem
- stupeň negativního obsahu
- množství distresu
- narušení života
- kontrolovatelnost

oslabují, jaké emoce vyvolávají a k jakému chování vedou (9) (tabulka 1).

Terapeut pacienta učí, jak tyto údaje jednoduše monitorovat a zaznamenávat do formuláře (tabulka 2).

Intervence ke kontrole halucinací

Zde budou probrány terapeutické intervence používané ke kontrole především verbálně auditivních halucinací, nicméně přístupy k jiným typům halucinací jsou podobné (18, 27, 35):

a) Odvádění pozornosti od halucinací

Nejjednodušší přístup, který řada pacientů používá spontánně (bohužel ne systematicky), je odvádění pozornosti od halucinací (9). Tento postup bývá někdy více, jindy méně úspěšný, nicméně může pacientovi pomoci získat pocit alespoň částečné kontroly nad hlasy, a tak připravit podmínky pro další práci s halucinacemi.

K odvádění pozornosti pomáhají zpravidla zevní podněty, které jsou natolik zajímavé ne-

Tabulka 2. Příklad záznamu sluchových halucinací

Čas	Co se dělo předtím?	Kdo mluvil? Kolik jich bylo? Jak to bylo hlasité?	O čem mluvili?	Jaké emoce to ve mně vyvolalo? Síla emocí 0–100 %	Co jsem udělal?	Nakolik mě to celé stresovalo? Intenzita stresu 0–100 %	Jak to celé dlouho trvalo?
Dvě hodiny odpoledne	Ležel jsem celý den v posteli a nic nedělal.	Tři hlasy, dva mužské a jeden ženský. Středně silně, jako když lidé mluví mezi sebou.	Ten ženský a jeden mužský hlas mluvily o mně, jaká jsem hnida, k ničemu a debil. Ten druhý mužský mi to říkal přímou, že jsem idiot, který si nezaslouží takovou mámu.	Lítost 60 % Zlost 50 % Bezmoc 90 % Vztek na sebe 70 %	Zacpával jsem si uši, ale nepomohlo to. Pak jsem mlátil pěstí do zdi, to pomohlo a hlasy zeslábly. Jen ten jeden mi stále říkal, že jsem idiot.	Velký stres 70 %	Asi 25 minut

Tabulka 3. Příklad záznamu odvádění pozornosti od sluchových halucinací

Čas	Jaké halucinace se objevily?	Jaké emoce to ve mně vyvolalo? Síla emocí 0–100 %	Jak jsem to řešil?	Jaký byl výsledek?	Jak jsem se pak cítil?	Jak to celé dlouho trvalo?
Těsně po dvanácté	Dva hlasy, zase se o mně ošklivě bavily mezi sebou a jeden mi vyčítal a nadával.	Zlost 70 % Bezmoc 50 % Vztek na sebe 40 %	Začal jsem si zpívat „We Are the Champions“ hodně nahlas. Pak jsem si k tomu pustil ještě CD.	Úplně jsem je zahnal. Představoval jsem si, že jsem Champion of the World. Pak jsem si ustlal, vynesl koš a uklidil bordel v pokoji. Máma měla radost.	Výborně	Hlasy asi 5 minut, pak jsem je asi za 3 minuty přemohl a zahnal.

Tabulka 4. Behaviorální experiment s novou reakcí na halucinace

Problém	Co si obvykle myslím?	Jak se na to mohu dívat jinak?	Mohl bych něco ve své reakci změnit?	Jaké mohou nastat potíže?	Co mohu udělat, abych potíže překonal?	Jak to dopadlo?
Silné, příjemné hlasy Boha, který mi říká, že jsem vyvolený. Mně je pak dobře a nic nedělám. Pak začne mluvit Satan a nadává mi, že jsem líné hovado. Objevuje se to 1–3x za týden.	Že jsem vyvolený. Potom si říkám, že to nemluvil Bůh, ale Satan, aby mě přelstil, a pak mi mohl nadávat.	Že všechno to jsou hlasy, příznaky mé nemoci a já s nimi zbytečně ztrácím spoustu času, protože několik hodin pak jen sedím a poslouchám to.	Zkusím neposlušat ani toho, co se vydává za Boha, ani toho druhého, Satana. Místo toho si zacvičím, to mi více prospěje.	Že mě Bůh nebo Satan potrestají, že je neposlouchám, pokud jsou to oni. Že nedokážu cvičit, protože mi to zakážou.	Pustím si hlasitě rock, to je přehluší. I když mi to zakážou, půjdu do toho a uvidí se.	Dokázal jsem jít cvičit, kecali mi do toho, ale nakonec jsem je přehlušil rockem. Cvičil jsem hodinu, až mě teď z toho bolí celé tělo, ale to nevadí. Hlavně, že jsem nad nimi vyhrál.

bo intenzivní, že upoutají soustředění pacienta. Pacient je požádán, aby si vedl záznamy, jak se mu daří odvést pozornost, na jak dlouho, jak se potom cítí a co následně dělá (tabulka 3). Mezi nejčastější tyto přístupy patří (34):

- *spíše pasivní přístupy*: poslech hudby, čtení, luštění sudoku nebo křížovek;
- *aktivnější přístupy*: čtení nahlas, rozhovor s druhým člověkem, věnování se oblíbené činnosti (cvičení, vaření, sport, zpívání, hra na hudební nástroj).

b) Zaměření pozornosti na halucinace

Pacient je terapeutem veden k monitorování a podrobnějšímu zkoumání dimenzí halucinací, jako je četnost jejich výskytu, počet hlasů, hlasitost, tón, přízvuk, lokalizace (36). V dalším kroku si potom zapisuje jejich přesný obsah. V následující fázi si zaznamenává automatické myšlenky, které jsou s halucinacemi spojeny. Jde jednak o myšlenky, které hlasům předcházely (např. „Ležím celý den. Až máma přijde z práce, vynadá mě!“), ty však pacient není vždy schopen zachytit. Po zácvičení se to však daří lépe. Hlavně je však potřebné zachytit

myšlenky, kterými na halucinace reaguje (např. „Chtěl jsem tě zničit!“ nebo „Chtěl jsem přinutit, abych se zabíval“). Dále si všimá emocí doprovázejících halucinatorní prožitky (strach, úzkost, smutek, zlost, bezmoc).

c) Zkoumání a hodnocení halucinací

Při hodnocení významu halucinací bylo zjištěno, že to, co pacienty nejvíce zahlučuje a vede k negativním důsledkům, nejsou halucinace samotné, ale jejich interpretace (zpravidla bludné) a negativní emoce, které jsou s halucinacemi spojené. Proto je třeba s pacientem prodiskutovat možné varianty pro vysvětlení halucinací s následným testováním, která interpretace je nejpřiměřenější. To pomáhá vytvořit od halucinací odstup a postupně zmírnit emoční reakce na ně i následné maladaptivní chování. Verbální zpochybňování je vedeno typicky Sokratovským stylem, kdy pacient sám postupně objevuje jiné možné interpretace halucinací. Sokratovský dialog je zpravidla doplněn „behaviorálními experimenty“. Pacient si předem v terapeutickém sezení naplánuje, jak by mohl jednat jinak než dosud jednal v reakci na halucinace

a následně ověřuje, jaké důsledky mu alternativní chování přináší (tabulka 4).

d) Zkoumání smyslu halucinací

Nejtěžším krokem je nalézání smyslu halucinací v životě člověka, tj. jaký význam jim pacient přisuzuje („Hlasy, které mě kritizují, jsou takovou ozvěnou mého vlastního nadměrně kritického postoje k sobě; vlastně říkají to, co si říkám i sám, jen hlasitou formou!“). K tomuto kroku však terapie může dospět až po řadě sezení a pouze u některých pacientů. Zpravidla u pacientů s vyšší inteligencí a bez hlubšího kognitivního deficitu.

e) Zkoumání kognitivních schémat souvisejících s halucinacemi

Chronické verbálně auditivní halucinace často souvisí s hlubokými pocity méněcennosti, vyřazenosti, nepřijetí, které pacienta v nějaké míře doprovázely od dětství. Proto často pacient považuje zdroje hlasů za dominantní, nadřazené, odmítající, kritizující a mocné bytosti, podobně jako vnímal důležité lidi v průběhu života (29–32). Práce s kognitivními schématy je podobná jako

u jiných poruch, jen pomalejší a pacient potřebuje více pomoci terapeuta, aby zmapoval, jak schéma vzniklo, a našel argumenty, které svědčí proti němu. Terapeut rovněž pomáhá s formulací reálnějšího postoje. Práce se schématy nebyla zatím u pacientů s chronickými halucinacemi studována v kontrolovaných experimentech, takže je obtížné říci, u jakého procenta pacientů je možná a jak z ní profitují. Akomodace kognitivních schémat napomáhá většímu sebezpřijetí pacienta. Podle zkušenosti jsou jí však schopni pouze pacienti bez většího kognitivního deficitu. Její vliv na chronické halucinace je zatím nejasný.

f) Narativní přístupy při práci s halucinacemi

Pacient si konstruuje realitu originálním způsobem, jeho příběh je ryze subjektivní a prožívání může být pro okolí málo srozumitelné. Zároveň však jsme schopni přinejmenším zčásti odhalit, jakým způsobem je subjektivní utváření příběhu a prožívání naučeno a proč dochází ke konkrétnímu prožívání a následnému chování. Použití narativní metaforu vede k pohledu na příběhy lidí trpících psychózou jako na smysluplné, utvářené a tvořící se osudy (35). Sociální a interpersonální zkušenosti mají silný dopad na to, jak se pacienti se schizofrenií sami vnímají (postoje k sobě), jak vnímají druhé (postoje k druhým) a svět (postoje ke světu a osudu) i na charakter jejich psychopatie i jejich silné stránky. Toto vnímání však není pro jednu dotvořené a rigidní, ale proměňuje se do různé míry stále. Problémem psychotického prožívání bývá, že tyto proměny mohou probíhat stereotypně, nezávisle na potřebách jedince

a okolí, nebo jsou pro okolí nepochopitelné. Přesto je možné v nich najít souvislosti s životním příběhem a aktuálním kontextem. To, co se přihodilo v dětství, ve škole a co se děje v současné situaci, neustále ovlivňuje pacientovy postoje a následně i chování (34). Metafora sociální konstrukce upozorňuje na to, že se sociální, interpersonální i intrapsychický svět každého člověka utvářel v interakci s ostatními lidmi, zejména s lidmi nejbližšího okolí, a také v interakcích s institucemi a je neustále v těchto interakcích dotvářen. Z pohledu sociálního konstruktivismu existuje prožitek vlastního já v neustálé interakci s ostatními a vlastní já formuje samo sebe prostřednictvím vyprávění, v nichž vystupují druhí lidé, kteří jsou do těchto vyprávění zapojeni. Když pracujeme s pacienty, přemýšlíme o interakcích mezi příběhy, jež oni prožívají ve svém osobním životě a příbězích, které kolují v kontextu jejich místní kultury i v souvislosti a postoji a pohledy celého společenského systému.

Na rozdíl od klasického kognitivně behaviorálního přístupu, který pracuje s pacienty krok za krokem podle daného vyzkoušeného postupu a vyžaduje vytvoření hypotéz a jejich testování v průběhu terapie, narativní přístup nevytváří předem žádnou terapeutickou strukturu či jasný postup, zůstává otevřený k příběhu a jeho proměnám a snaží se proměnit příběh jeho novým převyprávěním. Narativní terapie mluví o „dekonstrukci příběhu“. Narativní kognitivně behaviorální přístup využívá předností obojího. Vlastní tematizace jednotlivých terapeutických sezení, ať skupinových nebo individuálních, je ponechána na pacientově vyprávění nebo na vyprávění skupiny, ke kterému je terapeut plně otevřený. Metody, které bychom

v klasické KBT označili jako kognitivní restrukturalizaci nebo práci se schématy, probíhají pomocí nového převyprávění pacientova příběhu, který na základě Sokratického dialogu provádí pacient sám (34). Původní příběh je dekonstruován pomocí induktivních otázek a postupně dochází k změně (restrukturalizaci) příběhu tak, že pacient v něm vidí jak souvislosti, na kterých bylo postaveno původní pojetí, tak nový pohled, který umožňuje nové prožívání sebe, světa a budoucnosti. Dekonstrukce a rekonstrukce však nezůstává pouhým zážitkem v terapeutickém sezení, ale je následována domácími cvičeními, které alternativní pohled dále rozšiřuje nebo upevňuje.

Příklad narativního přístupu: Roman si na skupině stěžuje, že má stále nepříjemné hlasy, které mu hnusně nadávají. K jeho zkušenosti se hlásí několik dalších členů skupiny. Zdá se jim, že hlasy nejsou skutečnost, je to projev onemocnění. Roman je ale přesvědčen, že jeho hlasy jsou skutečnost, protože mu říkají úplnou pravdu, komentují jeho chování, říkají, že je blázen, nadávají mu, když se mu něco nedaří nebo když je líný. Terapeut se ptá, zda si někdy taky sám nadává nebo vyčítá, když se mu něco nepodaří nebo je „líný“. Ano, sám si také nadává. Na dotaz, jakým způsobem, sděluje, že si říká „Ty blbečku! Hni sebou! Jsí úplně k ničemu! Jsí líný jako prase...! Terapeut se ptá, zda jsou tyto kritické věty podobné, jako když to říkají hlasy. Podle Romana to zní úplně stejně. Uvědomuje si překvapeně, že jeho hlasy říkají úplně to samé, co si říká sám. Terapeut se dále ptá, zda si vzpomíná, že by mu někdo někdy v minulosti říkal podobně kritické věci. Ano, dělala to od dětství matka a dělá to dodnes. Ale méně, než on sám sobě. Další člen

Tabulka 5. Práce s jádrovým schématem, které souvisí se sluchovými halucinacemi

Spouštěč:	Ležel jsem celý den v posteli a nic nedělal.
Hlasy:	Tři hlasy, dva mužské a jeden ženský. Ten ženský a jeden mužský hlas mluvily o mně, jaká jsem hnida, k ničemu a debil. Ten druhý mužský mi to říkal přímo, že jsem idiot, který si nezaslouží takovou mámu.
Automatická myšlenka:	Mají pravdu, jsem neschopný idiot a zasloužím si, aby mě máma vyhnala z domu. Patřím do blázince.
Induktivní otázka: Co to pro mě znamená?	Nepatřím mezi normální lidi a nezasloužím si mezi nimi žít.
Co to ještě o mně znamená?	Jsem jen přítěž. (Jádrové schéma)
Byl jsem o tom přesvědčen i dříve?	Od základní školy.
Jak tento postoj vznikl?	Máma mi musela pomáhat s učením od začátku školy, nešlo mi to. Děti se mi smály, neuměl jsem mezi ně zapadnout už ve školce, často jsem brečel a byl nemocný, máma musela se mnou zůstat doma. Pak mi často říkala a taky i teď říká, že se pro mě obětovala a já jsem blázen.
Mám nějaké argumenty, které svědčí proti tomuto postoji? (od dětství do současnosti)	I když mě to stálo hodně úsilí, měl jsem docela dobré známky na základní škole. Bratrance a sestřenice mě měli rádi. A mají pořádek, i když jsem nemocný. Měl jsem vždy 1 nebo 2 dobré kamarády, kteří o mě stáli. Pomáhal jsem jim a oni mně, nebyl jsem přítěž. Stále se snažím pomáhat, když to jde. I přídůchodu jsem pracoval a vydělával. Pomáhám druhým pacientům v denním stacionáři, když mi je líp. Umím je pochopit a povzbudit je. Chci být do budoucna platný a budu se snažit, abych zase získal práci. Snažím se doma mámě pomáhat a jen někdy to nezvládnu, většinou to zvládám. Strejda i teta věří, že se z toho jednou dostanu, říkají to.
O čem svědčí tyto argumenty? (reálnější postoj)	RÁD POMÁHÁM A ČASTO SE MI TO DAŘÍ, PŘÍTĚŽÍ MOHU BÝT, JEN KDYŽ JE MI HUŘE, ALE JINDY JSEM UŽITEČNÝ.
Jak se mohu nyní podívat na původní automatickou myšlenku novým pohledem?	I když nejsem zdravý, snažím se být užitečný, jen někdy to nedokážu. Na psychiatrii jsem ležel sice opakovaně a je možné, že se tam ještě dostanu, ale vždy mi to pomohlo a dostal jsem se z toho tak, že mohu být doma. Nejsem neschopný idiot, to si křivdím, protože jsem na chvíli uvěřil těm hlasům. Ale oni nejsou nic než to, jak si sám nadávám, když nic nedělám. Nemusím jim proto věřit, protože je to přehnané.

skupiny se přidává, že on taky má někdy hlasy, které říkají podobné věci, jako mu říkala matka nebo otec. Terapeut nabízí skupině otázku: Co si myslíte, je to pravda, že Roman je blbeček, líný jako prase, že je úplně k ničemu? Nebo ho vidíte nějak jinak? Dva pacienti, kteří si s Romanem často povídají, říkají, že ho vidí opačně. Je to fajn chlap, který je zajímavý. Terapeut se ptá Romana. Co myslíte, je něco ve vašem životě, nějaké zážitky a příhody, které ukazují, že to může být jinak, než že jste líný jako prase, k ničemu a blbeček? Je něco, co ukazuje, že tak moc líný nejste a že i něco umíte? Ano, doma jsem vždy mámě pomáhal, i tátovi, na učilišti jsem byl moc šikovný, mistr to říkal, akorát jsem pak onemocněl. Takže jste byl moc šikovný na učilišti, šlo vám to, i mistr to viděl a od malička jste byl pracovitý a pomáhal jste? Je to tak? Ano, je to tak, říká Roman potěšeně. Můžeme si teď na tabuli napsat, v čem jste šikovný a podle čeho se dá poznat, že nejste až tak líný? Terapeut píše na tabuli důkazy, Roman nachází další věci: lepil modely letadel, sportoval, pomáhá na zahradě, sám se nabízí, že mámě půjde nakoupit atd. Také spolupacienti nabízejí, v čem si myslí, že je Roman chytrý, např. dobře se s ním povídá, má znalosti o hudbě, jde se mu svěřit, říká svůj názor apod., a v čem je usilovný (opak líného): pomáhá ostatním, snaží se číst si, chodí na pracovní terapii, kde se velmi snaží apod. Terapeut se nyní ptá, zda ho taky někdy v rodině pochválili a ocenili. Roman přikyvuje, že ano, například máma ho chválí, když uklidí dvůr nebo dojde na nákup, táta vždy obdivoval, jak dělá pěkné modely letadel. Za domácí úkol dostává Roman, ale i ostatní ve skupině sepsat, kdy byli chváleni nebo oceňováni rodinou, za které věci to bylo a jakým způsobem jim to blízci sdělovali.

Závěr

I když moderní farmakoterapie vede k významnému snížení utrpení nemocných se schizofrenií, u části z nich přesto přetrvávají chronické halucinace. Řada randomizovaných kontrolovaných studií prokázala účinnost KBT u pacientů s psychotickým onemocněním, pokud se tato terapie prováděla jako doplňující prvek k antipsychotické medikaci. Vybrané techniky mohou nemocnému pomoci zaujmout k halucinacím kritičtější postoj a mít je tak více pod kontrolou. Úspěšná psychoterapeutická práce pomáhá pacientům snížit stres, zvýšit kvalitu života a zlepšit spolupráci při dlouhodobé farmakologické léčbě.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT11047-4.

Literatura

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C,

Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–679.

2. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, „just the facts“ 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res* 2010; 122: 1–23.

3. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull* 2004; 30: 193–217.

4. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209–1223.

5. NICE: Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. NICE Clinical Guideline 82. National Institute for Clinical Excellence: London 2009.

6. Hofer A, Baumgartner S, Bodner T, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA, Fleischacker WW: Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 395–402.

7. Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Harris A, Brennan J: Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 487–492.

8. Chadwick P, Birchwood M, Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley 1996.

9. Scott J, Kingdon D, Turkington D. Cognitive-behavior therapy for schizophrenia. In: Wright JH (ed): Cognitive-behavior therapy. Review of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington 2004: 1–24.

10. Kingdom D, Turkington D, Carolyn J. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *Br J Psychiatr* 1994; 164: 581–587.

11. Wykes T, Parr AM, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 180–185.

12. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 278–287.

13. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Metaanalysis of family intervention and cognitive behavioral therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763–782.

14. Pinkham AE, Gloege AT, Flanagan S, Penn DL: Group cognitive behavioral therapy for auditory hallucinations: a pilot study. *Cognit Behav Pract* 2004; 11: 93–98.

15. Newton E, Landau S, Smith P, Monks P, Shergill S, Wykes T. Early psychological intervention for auditory hallucinations: an exploratory study of young people's voices groups. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(1): 58–61.

16. Roder V, Muelle DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia bulletin* 2006; 32(S1): 81–93.

17. Farhall J, Greenwood KM, Jackson HJ. Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 476–493.

18. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res* 2005; 77: 201–210.

19. Látalová K, Praško J, Sigmundová Z. Schizofrenie a přibuzná onemocnění. In: Praško J, Látalová K, Ticháčeková A (eds): *Klinická psychiatrie*. Tigris, Praha 2012: 203–234.

20. Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R, Boutros NN, Rachid F, Carroll K, Krystal JH: Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(1): 49–56.

21. Klírova M, Horáček J, Novák T, Cermák J, Španiel F, Skrdlantová L, Mohr P, Höschl C. Individualized rTMS neuronavigated accor-

ding to regional brain metabolism ((18)FGD PET) has better treatment effects on auditory hallucinations than standard positioning of rTMS: a double-blind, sham-controlled study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263(6): 475–484.

22. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 1: impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 593–601.

23. Garety P, Fowler D, Kuipers E, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, Hadley C, Jones S. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 420–426.

24. Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguélet P, Rey-Bellet P. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202(2): 144–153.

25. Krákvik B, Gråwe RW, Hagen R, Stiles TC. Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial. *Behav Cogn Psychother* 2013; 41(5): 511–524.

26. Freeman D, Dunn G, Garety P, Weinman J, Kuipers E, Fowler D, Jolley S, Bebbington P. Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychol Med*. 2013; 43(2): 269–277.

27. Kahraman B, Kraemer S. Cognitive behavioral psychotherapy of a schizophrenic patient with persistent auditory hallucinations. *Verhaltenstherapie* 2002; 12: 54–62.

28. Mawson A, Cohen K, Berry K. Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(2): 248–258.

29. Badcock JC, Chhabra S. Voices to reckon with: perceptions of voice identity in clinical and non-clinical voice hearers. *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 114. doi: 10.3389/fnhum.2013.00114.eCollection 2013.

30. Paulik G. The role of social schema in the experience of auditory hallucinations: a systematic review and a proposal for the inclusion of social schema in a cognitive behavioural model of voice hearing. *Clin Psychol Psychother* 2012; 19(6): 459–472.

31. Bell V. A community of one: social cognition and auditory verbal hallucinations. *PLoS Biol* 2013; 11(12): e1001723. doi: 10.1371/journal.pbio.1001723.

32. Hayward M, Berry K, Ashton A. Applying interpersonal theories to the understanding of and therapy for auditory hallucinations: a review of the literature and directions for further research. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(8): 1313–1323.

33. Mawson A, Berry K, Murray C, Hayward M. Voice hearing within the context of hearers' social worlds: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Psychother* 2011; 84(3): 256–272.

34. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Latalova K, Mainerova B, Vrbova K, Trcova A: Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. *Act Nerv Super Rediviva* 2010; 52(1): 135–146.

35. Rhodes J, Jakes S. Narrative CBT for Psychosis. Routledge. Taylor and Francis Group. New York 2009.

36. Možný P, Španiel F, Rodriques M, Horáček J, Praško J. KBT schizofrenie. In: Praško J, Možný P, Šlepecký M (eds): *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton, Praha 2007: 764–801.

Článek doručen redakci: 18. 6. 2014

Článek přijat k publikaci: 15. 8. 2014

MUDr. Kristýna Vrbová

*Klinika psychiatrie FN Olomouc a LF UP v Olomouci
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
krist@atlas.cz*