

# Psihoterapevtski proces pri psihotičnih pacientih

(Ettore Jogan)

## *Uvodne misli*

Ko se približamo psihotični patologiji pacientov s psihoanalitičnim psihoterapevtskim pristopom, je primerno da imamo v mislih nekaj splošnih smernic, kot jih n.pr. G. Gabbard (1994) zagovarja v svojem pojmu „psihodinamične psihiatrije“. Ta pristop, in sicer psihoanalitični pristop do raznih resnih psihičnih patologij, se istoveti z določenim načinom mišljenja, z določenim načinom opazovanja in gledanja na psihiatrično patologijo, preden bi sploh razmišljali o raznih teoretičnih in terapevtskih prijemih. Gabbard poudarja, da se pojem „psihodinamične psihiatrije“ ne istoveti s psihoanalitično psihoterapijo, ampak pomeni nekaj širšega.

V čem se odraža ta „določen način mišljenja“ po Gabbardu? Ta se razlikuje predvsem od tradicionalnega zdravniškega psihiatričnega pristopa, ki pacienta izrazito objektivizira, ga obravnava predvsem kot bolnika, kot nosilca patoloških pojavov in simptomov, ga spravi v pasivno pozicijo pri diagnostičnem obravnavanju in še bolj pri psihofarmakološkem terapevtskem programu. Takšen pristop je še posebno prisoten pri težkih patologijah in predvsem pri psihozah. Na ta način uklenemo pacienta v že naprej dograjene miselne sheme in kategorije, ki mu dopuščajo bolj malo aktivnega sodelovanja in soudeležbe pri terapevtskem procesu. Psihoanalitični način mišljenja in pristop skuša dojeti pacienta predvsem kot osebo v celoti in ne samo kot bolnika, oziroma nosilca patologije. Vsaka oseba ima svoje osebne naravne značilnosti, ima svojo posebno življenjsko zgodbo in izkušnjo, je enkratna in originalna v primerjavi z drugimi. S tem pristopom se ne osredotočimo le na simptome in vidne patološke fenomene, temveč poudarimo tudi pomen osebnih življenjskih izkušenj. Iz teh predpostavk se lahko navežemo na enega izmed bistvenih pojmov psihoanalize, to je na pojem nezavednega, kar nas neprestano opozarja na kompleksno večplastnost človeške psihe in torej nam ne dopusti, da bi se pri srečanju s pacientom zadovoljili samo z njegovim zunanjim videzom ali obnašanjem, temveč si bomo vedno zastavljali vprašanje, kaj se skriva za simptomi, kakšni so lahko globlji pomeni vsega tega, kar pacient doživlja na zavestnem in bolj površno na samoumevnem nivoju.

Če bomo nekoliko bolj psihoanalitično opremljeni bomo v pristopu do težkega pacienta, torej tudi do psihotične osebe, vnesli še nekaj psihoanalitičnih principov in sicer koncept psihičnega determinizma, ko postane preteklost zelo pomembna pri graditvi

sedanjosti, ko so izkušnje v zgodnjem otroštvu bistvenega pomena za poznejše oblikovanje osebnosti, in še posebno pozornost bomo posvetili pojmu transferja in kontratransferja. Ponavljanje določenih oblik objektivnih odnosov v sedanjosti, ki smo jih izoblikovali in ponotranjili v otroštvu, nam bo pacient pokazal od vsega začetka, ko pride v stik z nami, in bo to nenehno prisotno v terapevtskem odnosu, tudi če ni specifično psihoterapevtski. Z opazovanjem svojih lastnih doživljanj s pacienti (kontratransferna čustva) bomo dobili še dodatne informacije o notranjem svetu pacientov. Zelo pomemben je v psihoanalizi pojem obrambnih mehanizmov in odporov. S svojimi obrambnimi mehanizmi si vsaka oseba preskrbi neko notranje ravnovesje, ki je, pa čeprav patološko in nezadovoljivo, po svoje funkcionalno. Večina simptomov ima to obrambno funkcijo in torej ni primerno, v psihoanalitičnem pristopu, da te obrambne mehanizme direktno napademo, skušamo izničiti, denimo s prisilno farmakološko terapijo. Do obrambnih mehanizmov in notranjega ravnovesja se moramo ravnati zelo previdno in spoštljivo.

V pristopu do pacienta s težko patologijo, kot je psihotičen bolnik, bomo s psihoanalitično miselnostjo bili bolj spoštljivi do njega kot osebe, do njegove patologije in tudi do njegovih odporov, ki jih bo pokazal do zdravljenja (kar se pri tej patologiji zelo pogosto dogaja). Že v začetnih, diagnostičnih obravnavah bomo skušali biti do pacienta bolj razumevajoči in bolj empatični tudi do njegovih patoloških prepričanj, mu bomo dali več svobode in prostora, da se lahko prosto izraža, mu bomo dopustili bolj aktivno vlogo in večje osebno sodelovanje pri procesu zdravljenja. V tem bolj sproščenem izražanju bomo skušali razumeti, kateri so njegovi zdravi in bolj zreli deli, kateri bolj patološki in regresivni, kakšni so njegovi obrambni mehanizmi, kakšni so njegovi ponotranjeni objektivni odnosi, in ga bomo skušali potegniti v neko bolj aktivno sodelovanje pri zdravljenju. Ta pristop je popolnoma drugačen od tradicionalnega psihiatričnega, ker že v diagnostični proceduri skušamo z našim aktivnim poizvedovanjem usmeriti pacienta, da ga bomo čimbolje opredelili z našimi nozografskimi shemami, ga potem „pasivno“ farmakološko obravnavali v pasivnem pričakovanju izboljšanja kliničnega stanja, kjer je terapevtski mandat skoraj popolnoma izročen zdravilu.

Po mnenju Gabbarda moramo biti v tem psihoanalitičnem pristopu do pacienta s težko patologijo predvsem pozorni na sledeče elemente:

- 1) Raven strukturacije jaza: koliko je jaz sposoben, močan ali šibek, kakšne obrambne mehanizme vzpostavlja (bolj zrele ali bolj primitivne), kakšen je njegov odnos z realnostjo.
- 2) Objektivni odnosi: na kakšnem nivoju pacient razvija svoje objektivne odnose (na bolj zrelem, na bolj primitivnem, na bolj zdravem ali bolj patološkem)
- 3) Strukturacija selfa: je self dovolj trden in koheziven? Ali pa je ranljiv, fragilen in mu grozi fragmentacija, razcep in uničenje?

Poudariti moramo še posebej, da ima psihoanaliza čisto svoje gledanje do psihične patologije nasploh in sicer tako, da razporedi patologijo po nekem razvojnem kriteriju. V tem smislu spadajo lažje patologije, kot so n.pr. nevroze, v višjo in zrelejšo raven psihičnega razvoja. Težje patologije, kot so psihoze in hude osebnostne motnje pa v nižjo in bolj primitivno raven psihičnega delovanja. Ta teoretski model predstavlja čisto originalen koncept v primerjavi s tradicionalnim medicinskim konceptom. V tem konceptu sta tudi zelo pomembna pojma regresije in fiksacije.

Tak psihoanalitični bolj okvirni pristop do težkih patologij posreduje tudi neke etične vrednote, ki v tradicionalni psihiatriji niso tako samo po sebi umevne. In sicer da moramo posvetiti vedno veliko pozornosti in spoštovanja do pacienta, do njega kot osebe, kot posameznika, kot eno izmed možnih življenjskih usod. Temu morda daje še večji poudarek fenomenološka psihiatrija, od katere se lahko kaj pomembnega iz tega področja naučimo.

Iz svoje klinične izkušnje lahko trdim, da je že tak splošen psihoanalitični pristop do psihotičnega pacienta zelo pomemben in da že taka konstruktivna naklonjenost s strani terapevta poveča terapevtsko uspešnost.

### *Bežen pregled teoretičnega pristopa do psihoz*

Tu se bom na kratko zaustavil samo na dveh glavnih teorijah, ki so se sčasoma izoblikovale v psihoanalizi, kar se tiče psihoz in sicer teoretska smer M. Klein in njene šole na eni strani in pa teoretične struje, ki poudarjajo razvoj selfa in jaza v sklopu teorije objektnih odnosov na drugi strani.

M. Klein (1948) je poglobila prvotne faze psihološkega razvoja otroka in je te povezala z bolj primitivnim delovanjem psihe v primerih težkih patologij. Znanе so, v njeni teoriji psihološkega razvoja, shizoparanoidna pozicija in depresivna pozicija, ki predstavljata neke vrste fiziološko psihozo pri majhnem otroku in njegovo »ozdravitev«. Ta proces zorenja in premostitve fiziološke psihoze se lahko uresniči, ker je že po naravi prisotna v otroku ta maturacijska težnja, ni pa v Kleinovi teoriji toliko prisoten pomemben doprinos objekta v tem razvoju. Kar je pa danes za mnoge izmed nas težko razumljivo pri teoriji M. Klein je dejstvo, da ona daje velik pomen agresivnemu gonu (gon smrti, primarna zavist), ki naj bi bil v začetku otrokovega življenja zelo močan kot neka primarna destruktivna energija. Po tem mišljenju najdemo tudi v psihozah zelo močno agresivno komponento, ker je psihotična patologija izraz regresije na zelo primitivne, otroške nivoje delovanja psihe.

Pri poznejših predstavnikih objektnih odnosov kot so Winnicott, M. Mahler, Searles, Pao, Giovacchini (v ZDA) in Zapparoli v Italiji postane objekt (torej človeško okolje) bistveni element, ki je nujen za dober in zdrav psihološki razvoj otroka. Za Pao (1979) imajo bodoči kandidati za psihotične dekompenzacije že v zelo zgodnjem otroštvu, in sicer v simbiotični fazi razvoja, zelo negativne in travmatične izkušnje, kar bo porazno vplivalo na poznejši psihološki razvoj otroka. Tak otrok ne bo

ponotranjil dovolj dobrega primarnega objekta (empatične matere), ampak bo ponotranjil izkušnje čustvenega pomanjkanja, slabega razpoloženja ali celo vsiljevanje psihične bolečine. V takem primeru bo odnos z objektom vedno boleč in konflikten: potreba po objektu se bo vedno izmenjavala z odporom do objekta. To bo temelj za poznejšo ambivalenco psihotičnega bolnika do objekta, ko bo hrepenel po njem, a ga bo istočasno odbijal. Osebe s tako negativno izkušnjo v otroštvu bodo bolj ranljive in krhke pred notranjimi in zunanji pritiski in bodo zašle v psihotične dekompenzacije, ko se Jaz popolnoma fragmentira.

Take osebe bodo pod pritiskom notranjih in zunanjih izzivov lahko zašle v panične reakcije akutne psihoze, ko bo njihov Jaz popolnoma odpovedal, se sesul v disociacijo in fragmentacijo, ker nimajo v sebi dovolj trdne izkušnje dobrega holdinga in dobrega objekta (Winnicott 1965). Ta situacija je lahko ogrožujoča za Jaz in torej te osebe delujejo precej pogosto s pomočjo agresivnosti, kjer je malo prostora za libidno izkušnjo in izražanje. Ta agresivnost je za njih edina možna življenska sila v tako težkih pogojih in izraža boj za psihično preživetje. Ni torej neka primarna agresivnost, kot so jo pojmovali pripadniki kleinianske šole. Take osebe bodo seveda imele zelo velike težave pri nadaljnem razvoju, v smislu separacije in individuacije in seveda tudi v doseganju višjih faz zorenja, kot so ojdipska raven, procesi simbolizacije in višje psihološke funkcije.

Fragmentacija Jaza v akutni psihotični fazi doživlja pacient zelo pogosto kot notranjo katastrofo, kot konec sveta. Ko pacient doživi nekaj takih psihotičnih kriz, preide v subakutno in v kronično fazo psihoze, ko skuša vspostaviti neke obrambne mehanizme, da bi se pred takimi akutnimi fazami čimbolj obvaroval. Pao misli, da so produktivni simptomi, kot so blodnje in halucinacije, izraz neke avtomatične reparativne funkcije psihičnega sistema, ko si skuša psiha ustvariti neki alternativni notranji svet in istočasno doseči neko kontinuiteto (pa čeprav patološko) v lastnem Jazu.

### *Psihoza in psihična travma*

Vemo, da je pojem travme tesno povezan z začetkom psihoanalize. Travmatične izkušnje naj bi bile odgovorne za pojav nevroze. Freud (1893) je pojmoval psihično travmo predvsem kot ekonomski problem in sicer da se travma uresniči ko se pretirana količina dražljajev usmeri na psihični aparat in postane ta nesposoben da bi to pretirano stimulacijo nevtraliziral ali predelal z raznimi mehanizmi, ki jih ima sicer na razpolago: psihomotorično razbremenitev, razpršitev dražljajev s pomočjo asociativnih poti, predelavo dražljajev preko psihičnih in verbalnih predstav. V takem primeru zaznamo psihično nemoč ali psihično paralizo. V tem travmatičnem dogajanju sodelujejo notranji in zunanji faktorji, ker vsakdo izmed nas ima neko določeno odzivnost do travmatičnih situacij in sicer da vsakdo ima neko določeno občutljivost in ranljivost. Akutno psihotično krizo, ko se Jaz popolnoma disocira in fragmentira, lahko primerjamo z situacijo psihične travme, ko se je psiha nesposobna

zoperstaviti pretiranemu pritisku. Ravno tako se psihotična oseba ne uspe obvarovati pred psihotično dezorganizacijo, doživlja akutno krizo z veliko tesnobo in občutkom izničenja. Bion (1979) je govoril, ta je ta tesnoba "brez imena", torej da se je ne da prevesti v besedno predstavo.

Freud se je postopoma oddaljil od prvotnega koncepta travme in je bolj poudarjal idejo notranje travme, kot intrapsihični pojav, ko pretirana moč gonov in fantazij preplavi nezreli Jaz, ga zruši, ker ta ni še sposoben, da bi lahko psihično predelal tak pritisk. Lahko bi torej danes razmišljali, da travma lahko vdere v našo psiho bodisi od zunaj kot pa od znotraj. Včasih se pa te dve smernici lahko srečata in se vzajemno pogojujeta. Freud je sicer tudi upošteval, da naj bi otroku primarni objekt zagotovil primeren psihološki obrambni ščit pred pretiranimi dražljaji, sicer lahko otrok zapade v popoln občutek nemoči (Hilflosigkeit).

Kar se tiče psihične travme, moramo priznati Freudu (1895) še eno genialno odkritje in sicer pojem "retrospektivnega obnavljanja spomina" (Nachträglichkeit), kar nam še danes pomaga pri kliničnem delu, da lahko bolje razumemo določene psihične pojave. V tem primeru gre za travmo, ki se uresniči v dveh obdobjih: v prvem obdobju se pripeti določen dogodek ali pa več zaporednih situacij, ki jih oseba ne doživi kot pretirano travmatične. Poznejše izkušnje pa osvetlijo preteklost na drugačen način in dobijo pri tem nove pomene, kar lahko postane odločno travmatično.

Po Freudu je psihoanaliza šla v smer razvoja teorije objektnih odnosov in je poudarila pomembnost objekta pri psihološkem razvoju otroka. Na ta način je pokazala na veliko odgovornost objekta tudi pri travmatičnih izkušnjah in se je kritično opredelila do freudovega pojma travme kot ekonomsko intrapsihičnega pojava. Prvi, ki je opozoril na travmatično doživljanje otroka v sklopu svoje družine je bil Ferenczi (1949) z znanim člankom "Konfuzivna verbalna komunikacija med odraslimi in otroki", a je bil dolgo časa krivično diskriminiran v psihoanalitičnem svetu. Danes vemo, da je nešteto situacij, ki so lahko v psihološkem razvoju otroka zanj travmatične. Naj navedemo le nekaj takih situacij: pomanjkanje razumevanja in empatije s strani staršev, nasilno obnašanje s strani staršev in bratov (fizično in psihološko), visoka konfliktnost med starši, zanemarjanje čustvenih in psiholoških potreb otroka, pretirana spolna stimulacija otroka, in še materjalna in kulturna revščina. Take travmatične situacije se lahko ponavljajo v življenju otroka, kar pogosto pusti trajne negativne posledice v njegovi psihi.

Danes kot terapevti postajamo vse bolj pozorni na zelo zgodnje travme, ki jih kak avtor, n.pr. Tuttè (2004) označi kot arhaične ali predverbalne travme. Te travme so povezane z zelo zgodnjimi izkušnjami, ki se niso nikoli povzpele na raven psihične predstave, ker je bil takrat Jaz še zelo nezrel in nesposoben, da bi jih lahko zaznal in predelal na višjem psihičnem nivoju. Take izkušnje ostanejo v nezavednem kot neki čustveni sledovi, kot tujki, kot neke ciste. Kljub temu, da jih težko prevedemo v psihične predstave in zato jih težko prikličemo v spomin, ohranijo še vedno patogen in moteč vpliv na sedanost. S pomočjo nevroznanosti lahko pripišemo te izkušnje implicitnemu spominu. Verjetno nam implicitni spomin skriva kup

neznanih elementov in skrivnosti, ki imajo precejšnje povezavo s težkimi patologijami in torej tudi s psihozami.

Preden preidemo k terapevtskemu pristopu do psihoz, vam bom posredoval klinično vinjeto, ki jo je opisal Tuttè(2004) v kateri je zelo lepo ponazoril povezavo med travmo in psihozo. Policisti so aretirali 31 letnega moškega, katerega so zasačili, ko je kradel avtomobilske gume v nekem skladišču. Med zasliševanjem so mu grozili, da bi ga lahko mučili ali celo ubili, če jim ne bo odgovoril na zadovoljiv način na njihova vprašanja. (Take so pač policijske metode v tisti državi!). Čez nekaj ur je ta moški zapadel v akutno psihotično krizo, zaradi česar so ga urgentno sprejeli v psihiatrično bolnišnico. Sam avtor tega opisa se je srečal s pacientom kmalu po njegovi hospitalizaciji. Pacient je bil takrat popolnoma travmatiziran, izražal je preganjalne blodnjave vsebine. Bil je blodnjavo prepričan, da bo obsojen na smrtno kazen, čeprav ni vedel zakaj in kdo naj bi bil izvršilec obsodbe. Bil je konfuzen, ni imel orientacije v času in prostoru, ni vedel, da se nahaja v bolnišnici in ni vedel, kaj ga je privedlo tja. Takoj so mu nudili psihofarmakološko terapijo in psihoterapevtske pogovore. Nudili so mu podporo in razumevanje, pomagali so mu, da je počasi lahko s pomočjo psihoterapevta rekonstruiral dogodke in da je počasi zlezel ven iz konfuznega psihotičnega stanja. S tako terapevtsko pomočjo je lahko pacient uspel premostiti akutno psihotično krizo in se dokopal do zavedanja travmatične situacije in lastne katastrofične reakcije.

De Masi (2006) razmišlja o povezavi med travmo in psihozo in nam pokaže tri elemente:

Etioptogenetska komponenta, ko hipotetično predvidevamo neko travmatsko izkušnjo v odnosu z objektom v zelo zgodnjih fazah psihološkega razvoja.

Poznejše travmatske izkušnje, ki so izrinjene iz spomina, ampak hromijo celoten psihični sistem.

Ko psihotična oseba skuša razširiti svoje čustveno in miselno obzorje, zapade pogosto v novo psihotično krizo, ker njegov krhek Jaz ne zmore prenesti niti manjših frustracij, ki so fiziološko prisotne v vsakem človeškem odnosu.

Če gledamo psihotično dekompenzacijo preko prizme psihične travme, ne vem če imamo danes kako bolj izdelano terapevtsko tehniko. Imamo nekaj splošnih terapevtskih pravil za delo s psihotičnimi pacienti, kot sem že v preteklosti (tudi tu v Radencih) na to temo kaj napisal. Kar se tiče travmatične komponente psihoze, sam Correale (2000) niha med prepričanjem, da je v travmatično komponento bolje ne preveč drezati, po drugi strani pa naj bi bilo vsekakor primerno na kak način to travmo predelati. V prvem primeru bi pomagali pacientu, da bolje utrdi obrambne mehanizme pred travmo, v drugem primeru bi pa poskušali tej travmi dati več prostora in besede. Avtorji, ki so se ukvarjali s hudo travmatiziranimi osebami, se v terapevtskem odnosu do pacienta vedejo zelo previdno in spoštljivo. Če je pacient pripravljen, in seveda tudi terapevt z njim, se približati področju travme in od tam skupaj začeti reparacijsko delo, postane to mogoče, sicer pa terapevt mora spoštovati

pacientovo odločitev ali nesposobnost, da bi se s travmo bliže soočal in mu v takem primeru mora pomagati, da bolje utrdi svoje obrambne mehanizme.

Terapevti, ki so se ukvarjali s psihotičnimi bolniki (n.pr. Searles, Winnicott, Zapparoli) zagovarjajo idejo, da je treba tem osebam nuditi predvsem neki empatični holding, pozitivno simbiotično izkušnjo, graditi z njimi kaj več zaupanja v objekt. Ko je tak pacient dovolj strukturiran, ga lahko vodimo do pozicije večje separacije, večje integracije njegove osebnosti in večje samostojnosti. Amati Sas (1994), ki se je ukvarjala z zelo travmatiziranimi osebami, pravi, da je bilo po njenem mnenju zelo pomembno s takimi pacienti pridobiti zopet neko upanje in zaupanje v sočloveka, v neko dimenzijo obstajajoče humanosti med človeškimi bitji, ki ga sicer travmatična izkušnja lahko popolnoma zruši.

Correale (2000) pripisuje velik pomen travmatičnim komponentam psihoze. Nasplošno psihotična oseba doživlja vso realnost kot travmatično, v kolikor s svojim krhkim Jazom doživlja celoten zunanji svet kot preganjalen, intruziven, ki vdira v njegovo osebo in njegovo notranjost. Razen tega pa moramo poudariti, da se lahko v psihozi celoten psihični aparat spremeni v nekaj travmatičnega, in sicer da sam napada sebe (n.pr. graditev sadističnega in preganjalnega Nadjaza).

Če psihotične osebe obravnavamo skozi prizmo psihične travme, jim moramo nuditi možnost gradnje novega pozitivnega objektnega odnosa in se istočasno z njimi spustiti v najbolj boleče in regresivne dimenzije psihe, tako da se z njimi postopoma izkopljemo ven iz teh trpečih izkušenj in občutkov. Moramo pa jim empatično posredovati človeško sporočilo, da bi mi, v podobnih pogojih, bili ravno tako ranljivi in bi se morda odzvali s psihotično krizo.

Kratka klinična slika, ki ponazarja psihoterapevtski proces pri travmatiziranem človeku s skoraj psihotično dekompenzacijo: 35 letnega pacienta imam v obravnavi že dolgo let. Bolehal je za hudimi paničnimi napadi, ki so se pogosto pojavljali in so ga privedli skoraj do psihotične krize (doživljanja depersonalizacije in derealizacije). Doživel je močne travme v otroštvu in še pozneje. Pri letu in pol starosti je oslepel, ker je bil operiran na obeh očesih zaradi zelo malignega in redkega tumorja. Od tega travmatičnega obdobja se spominja le to, da je nekoč rekel v bolnišnici mami: »mama, je tema, je tema....«

V najinem žargonu sva njegove panične napade, ki so predstavljali njegove travme, ponazorila kot padanje v temno brezno, kjer sploh nimaš občutka, da bi bilo kje dno ali da bi lahko kje pristali. Postopoma pa sva se lahko dokopala ven iz brezna, s tem da sem z njim popolnoma empatično delil občutke nemoči, obupa in panike. Torej prvič v življenju je lahko pacient delil svojo nemoč in svojo osamljenost z nekom in s tem dobil potrditev za svoje občutke in neko vzpodbudo za bolj optimističen razplet. Jaz pa sem se opiral na svojo skupino prijateljev in kolegov, ki so mi dajali čustveno in miselno podporo, da sem lahko s konstruktivnim upanjem vodil pacienta na bolj varne pozicije. Bila je v meni neka speleološka predstava: uspel sem se pogrezniti v brezno panike in psihološke nemoči s pacientom, pri čemer so mi kolegi prijatelji nudili dovolj trdno mrežo opore na robu brezna, da sva lahko s pacientom splezala ven iz njega.

Razširitev te psihične mreže s strani terapevta pri travmatiziranih pacientih in psihotičnih bolnikih bi zahtevalo še poglavje zase. (Jogan in drugi avtorji 2008).

Moj pristop do psihotične patologije skozi prizmo psihične travme je lahko samo eden izmed možnih pristopov. S tem svojim prispevkom sem hotel samo spodbuditi razmišljanja o psihozi in nakazati kako novo možnost spoznavanja te zagonetne patologije.

### **Literatura:**

Amati Sas S. (1994): Etica e trans-soggettività (Etika in transsubjektivnost).

Riv. Di Psicoanalisi 4. Založba Borla, Rim

Bion W. R. (1979): Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. (Analiza shizofrenikov in psihoanalitična metoda). Založba Armando, Rim

Correale A. (2000): Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica? (Psiho Analiza in psihoza: do katere mere lahko raziskujemo travmatično področje?) Riv. Di Psicoanalisi 46, 4. Založba Borla, Rim

De Masi F. (2006): Vulnerabilità alla psicosi. (Ranljivost napram psihotičnemu obolenju)

Založba R. Cortina, Milano

Ferenczi S. (1949): Confusion of the tongues between the adults and the child.

Int. J. Psychoanal. 30.

Freud S. (1893): Studi sull'isteria: (Študiji o histeriji).

O.S.F. Vol.1, Založba Boringhieri 1967.

Freud S. (1895): Progetto di una psicologia. (Projekt za znanstveno psihologijo)

O.S.F. Vol. 2, Založba Boringhieri 1968.

Gabbard G. O.(1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.



Založba American Psychiatric Press, Inc.

Jogan E. (in M.R.De Zordo, A. Trevisan, C. Zennaro, M. Magrini, L. Boccanegra, S. Russo): Un  
Analista al limite per una paziente al limite. (Psihoanalitik na skrajni meji  
za pacientko na skrajni meji)  
Seminar SPI, Milano 2008.

Klein M. (1948): Contributions to Psychoanalysis 1921-1945.

Založba The Hogarth Press, London.

Pao P.N. (1979): Schizophrenic disorders.

Založba Int. Univ. Press, N.Y.

Tuttè J.C. (2004): The concept of psychical trauma.

Int. J. Psychoanal. Vol 85, Part 4

Winnicott D.W. (1965): The maturational process and the facilitating environment.

Založba Hogarth Press, London.