

Psihoterapija anksioznih poremećaja

prof. dr. sc. Rudolf Gregurek, dr. sc. Marijana Braš

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinički bolnički centar Zagreb, Rebro

Pojam tjeskobe upotrebljava se za označavanje normalne reakcije na opasnost (koja se tada obično diferencira od straha, jer se smatra blažom i prolongiranijom), ili za označavanje patološke promjene raspoloženja, tj. za simptom koji nije u vezi sa stvarnom opasnošću (iščekuje se opasnost koja je skrivena i neodređena, u stvari irealna, neprepoznata ili nepoznata, a dolazi iz čovjeka). Karakteristični simptomi javljaju se neovisno od normalne uplašenosti, aktualnih razloga, tjelesnih i drugih psihijatrijskih poremećaja i, u pravilu, njihov nastanak i razvoj ostaju nepoznati čovjeku. Psihoterapijski pristup liječenju anksioznih poremećaja podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe. Kao instrument služe riječi, ali u obzir dolaze i drugi oblici komunikacije

Tjeskoba je znak života i iskustva i ne mora uvijek značiti bolest. Funkcija tjeskobe velika je, kako u normalnom tako i u patološkom procesu svih stupnjeva razvoja čovjeka. U biologiji termin tjeskobe označuje stanje budnosti, stimulaciju svjesnosti na opasnost. Kad se živo biće susretne s opasnošću, reagira samo na dva načina: napada ili bježi. Kad se čovjek susretne s opasnošću, najprije postaje anksiozan. Nema čovjeka koji nije upoznao tjeskobu. Tjeskoba može stimulirati čovjeka, može izazvati u njemu reakcije, npr. budnost, hiperaktivnost, borbenost, povlačenje, bijeg itd. Ako tjeskoba mobilizira spremnost i funkcije budnosti, osoba postaje sposobna svladati teškoće i doći do željenog cilja. Ova vrsta tjeskobe naziva se normalnom. Normalna tjeskoba je od koristi, pomaže da u osobi izraste spremnost za akciju i pomaže ubrzanju osjećaja zadovoljstva i radosti zbog postignuta cilja.^{1,2}

Pojam tjeskobe

Pojam tjeskobe može se upotrebljavati za označavanje normalne reakcije na opasnost (koja se tada obično diferencira od straha, jer se smatra blažom i prolongiranijom) ili pak za označavanje patološke promjene raspoloženja, tj. za simptom koji nije u vezi sa stvarnom opasnošću; bolje reći, iščekuje se opasnost koja je skrivena i neodređena, nedefinirana, ili lebdeća, u stvari irealna, neprepoznata ili nepoznata, a dolazi iz samog čovjeka.³

Tjeskoba (anksioznost, ustrašenost) bolno je stanje bespomoćnosti i nezaštićenosti. To je stanje napetosti, zabrinutosti, očekivanja da će se nešto strašno dogoditi. Tjeskoba je veoma neugodno proživljavanje u kojem čovjek nije svjestan ni izvora ni objekta svoga straha, i predstavlja anticipaciju nesnosnog stanja preplavljenosti vanjskim i unutrašnjim silama. Osjećaj tjeskobe, uspoređo s organskim i fiziološkim smetnjama, ili točnije sa sekretornim i motoričkim praznjenjem, obuzima čovjeka i u najtežim slučajevima predstavlja nepodnošljivo stanje i neusporediv doživljaj.⁴ Tjeskobna reakcija je pokušaj da se tjeskoba i napetost oslobode putem tijela. Zbog toga je tjeskoba praćena simptomima opterećenja voljne muskulature, povećanom aktivnošću autonomnog živčanog sustava, povećanim očitovanjem pojedinih organa ili pojedinih sustava u tijelu.⁵

Anksioznost sama po sebi nije patološka, ona predstavlja pokušaj opterećenja neizdržive napetosti odnosno znak postojanja napetosti koja bi mogla dovesti do dezintegracije ega.⁶ Predstavlja reakciju ega na unutarnju instinktnu opasnost koja proizlazi iz ida te vanjsku opasnost, tj. egov doživljaj prijeteće eksterne situacije.

Anksioznost je u prvom redu afektivno stanje koje karakteriziraju sljedeće odrednice:

- specifična neugodna kvaliteta
- eferentni fenomeni opterećenja kroz tjelesno
- percepcija tih fenomena od ega.

Anksioznost je specifično stanje subjektivnog osjećaja neugode, koje je uvijek praćeno motornim promjenama, što ujedno daje do znanja da postoje dvije glavne komponente koje su potrebne za pojavu anksioznosti: a) aferentni dio i b) eferentni dio.

Aferentni (povijesni) dio anksioznosti ukazuje da je anksioznost obnavljanje doživljaja iz prošlosti. Eferentni dio predstavlja rastećenje anksioznosti somatskim putem, zbog čega je i dobio neugodan subjektivni karakter.

Psihodinamske teorije tjeskobe

Kao univerzalna reakcija ljudskog bića, anksioznost se često javlja kao situacijski uvjetovan poremećaj, a tek daljnje promatranje obično omogućuje razlikovanje normalne, neurotične i psihotične anksioznosti.

Kod Freuda postoje tri razdoblja u razvoju koncepta tjeskobe. Prvo razdoblje (radovi između 1893. i 1895. godine) u vezi je s neurozom straha i njenim odnosom sa seksualnim životom.⁷ U drugom razdoblju (između 1909. i 1917.) Freud razrađuje odnos između tjeskobe i potisnutog libida,⁸⁻¹¹ a u trećem razdoblju (između 1926. i 1932.) govori o odnosu tjeskobe s psihičkim aparatom.¹²⁻¹⁵

U svom kapitalnom djelu „Inhibicija, simptom i tjeskoba“ Freud je dao svoja konačna gledišta na teoriju tjeskobe.¹² Od 1926. godine je modificirao svoje prethodne stavove i postulirao sljedeće: tjeskoba ima sjedište u egu jer samo ego može doživjeti tjeskobu. Uzrok tjeskobe može postojati u vanjskom svijetu (tjeskoba pred realnom opasnošću), u idu (neurotična tjeskoba), i u superegu (tjeskoba zbog savjesti).

Tjeskoba izaziva potiskivanje. Unutarnja opasnost (libidne i agresivne pulzije) izazivaju tjeskobu, najčešće radi straha od kastracije koji pokreće potiskivanje. Tjeskoba, dakle, ima predviđajuću ulogu pred prijetnjom.

Signal neugode – tjeskobe izaziva od ega mobilizaciju mehanizama obrane, koji imaju za cilj vezati psihički ono što je bilo potisnuto. Energija nagona može tako biti neutralizirana.

Neurotska tjeskoba je uzrokovana pojavom stanja velike napetosti, koje se osjeća kao neugoda i čije je oslobađanje putem rastećenja nemoguće. Strah od kastracije nastaje zbog opasnosti gubitka parcijalnog objekta penisa, posljedica čega je nesposobnost bilo kakvog sjedinjavanja s majkom. Prema tome, strah od kastracije pod-

razumijeva napuštanje ugođe od penisa da bi se sačuvalo narcistički integritet (žrtvovanje funkcije da bi se sačuvalo organ). Strah od gubitka objekta nastaje zbog napuštanja želje kako bi se sačuvalo objekt (žrtvovanje autonomije kako bi se sačuvala majka).

U tijeku libidne evolucije opasnost nije ista u različitim etapama razvoja. Strah od napuštanja koincidira sa stvaranjem ega, strah od gubitka objekta s infantilnom ovisnosti, strah od kastracije s falusnom fazom, strah od suprega s periodom latencije. Afekt tjeskobe ostaje dakle vezan uz nemogućnost likvidacije napetosti. Afekt je rezultat količine ekscitacije koja je nevezana i nerasterećena.

Signal alarma je forma tjeskobe koja se javlja na izazivanje neke stare situacije opasnosti i predstavlja manifestaciju ega koji se upotrebljava, kako bi mogao upotrijebiti obrambene mjere protiv pulzija koje dolaze od ida ili njihovih reprezentacija. Mehanizmi obrane ega, bez obzira na to koliko bili nesavršeni, uvjetuju simboličku aktivnost sličnu mišljenju.

Freud razrađuje i odnos između tjeskobe, boli i žalosti za objektom. Bol je osobna reakcija na gubitak objekta, dok je tjeskoba reakcija na opasnost koja podrazumijeva taj gubitak i, putem pomaka, reakcija na opasnost od samoga gubitka. Gubitak objekta izaziva bol zbog prodiranja nesavladive količine ekscitacije u ego, koji doživljava tjeskobu zbog straha od bespomoćnosti. Kako bi se spriječila pojava boli i straha od bespomoćnosti, signalna tjeskoba pretvodi katastrofi i opominje ego da upotrijebi obrambene mjere koje će biti u stanju svladati dezorganizirajuću opasnost.

Ova teorija polazi od pojma opasnosti i „opasne situacije“, a temelji se na dva osnovna postulata: 1) tjeskoba se javlja kao signalna reakcija sa svrhom pripreme osobe na opasnu situaciju, 2) ego ličnosti je središte tjeskobe, a ponekad može biti čak i njezin uzrok, bilo da ponavlja tjeskobu za svoj vlastiti račun (erotizirana tjeskoba), ili kao signal za prijetuću instinktnu opasnost. Funkcionalna tjeskoba determinirana je s dva aspekta: povijesnim aspektom jer tjeskoba kao signal predstavlja repetitivnu infantilnu tjeskobnu iskustava, koje ona reproducira stvarajući u isto vrijeme i određenu zaštitu od povratka potisnutog, te simboličkim aspektom, budući da je funkcija tjeskobe u isto vrijeme i simbolička jer reprezentira već sama po sebi na simbolički način jednu opasnu situaciju.

Psihološki fenomeni tjeskobe

Osjećaj anksioznosti, usporedo s tjelesnim smetnjama, obuzima čovjeka u cjelini. Karakteriziran je slobodno lebdećim strahom koji preplavljuje osobu, kao da ga potpuno obuzima, a pritom ne zna odakle strah dolazi i zbog čega se javio. Strašljivo iščekivanje je vrlo kompleksno subjektivno doživljavanje tjeskobe koje je teško precizno opisati. Osobe koje doživljavaju ovaj oblik straha opisuju ga kao osjećaj obuzetosti strepnjom da će se dogoditi nešto loše, neka neugoda, nesreća, njima ili njihovim bližnjima. Strepnje koja se zloslutno nadvija ne mogu se osloboditi niti je odagnati, a izrazito je mučna i neugodna i potpuno ih paralizira. Osjećaj općeg ili difuznog straha koji se također javlja najbolje se može opisati kao „potpuna preokupiranost strahom“. Tjeskobne osobe opisuju ovo stanje kao osjećaj potpune paraliziranosti, bespomoćnosti, obeshrabbrenosti, ne vladaju situacijom već se život „dogđa mimo njih“. Osobe postaju povišeno nesigurne, oprezne i sumnjičave, ne uspijevaju se organizirati i otpočeti živjeti smisleno, realizirajući neke od svojih životnih ciljeva. Samopoštovanje takvih osoba je vrlo nisko, stalno su spremni o sebi govoriti najružnije, a to postaje novi poticaj za strahovanje, čime se zatvara začarani krug. Pored ovih opisanih karakteristika, javljaju se i razdražljivost, osjećaj da se živi na rubu, preuveličavanje svakodnevnih problema, manje ili više izražena depresivnost, svadljivost, smetnje u interpersonalnim komunikacijama, teškoće koncentracije i osjećaj kao da je glava prazna, pogotovo u trenucima kada se treba intelektualno angažirati. Za tjeskobu su karakteristični i različito izraženi poremećaji spavanja: smetnje usnivanja, kontinuiteta i duljine spavanja, tjeskobni snovi, prekid tjeske spavanja ili pak rano jutarnje buđenje. Tjeskobne osobe navode osjećaj unutrašnjeg pritiska, kao da će se rasprsnuti, kao da im neka kugla ili lopta iznutra pritišće grudi i sl. S druge strane, žale

se na podrhtavanje dijelova tijela, ili pak cijelog tijela, zatim na sitno treperenje pojedinih grupa mišića, naročito na licu ili očnim kapcima, osjećaj bolova u mišićima, motornu uznemirenost i nemoć da se skrase na jednome mjestu, laku zamorljivost. Posebno često se motorna napetost ispoljava zategnutošću mišića vrata, potiljka, ramena i grudi, što dovodi do neugodnih bolnih senzacija kao što su glavobolje, stezanje u grudima, teškoće u disanju. Osnovna karakteristika tjeskobnih osoba je povišena razina opreznosti, nestabilnosti, sumnjičavosti i ispitivačkog stava prema svijetu u kojem žive, ljudima koji ih okružuju i, na kraju, prema sebi samima.¹⁶

Psihoterapija anksioznih poremećaja

Psihoterapija podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe. Kao instrument služe riječi, ali u obzir dolaze i drugi oblici komunikacije, kao što su različita simbolička ponašanja, od tapšanja po ramenima do razrađenih tehnika kojima se korigiraju emocionalne reakcije i uspostavlja unutrašnji mir.¹⁷

Neformalnu psihološku pomoć, kao što su utjehe, vođenje, savjeti i slično, upotrebljavaju članovi obitelji i druge bliske osobe. Katkad takvu ulogu imaju slučajna poznanstva, pri čemu se očekuje da će ljudi biti pažljivi slušaoci. Psihoterapija se razlikuje od takve neformalne pomoći; prije svega, psihoterapeuti su specijalno educirane osobe sa svrhom da se bave psihoterapijom i oni su formalno-pravno odgovorni društvu ili grupi kojoj bolesnik pripada. Njihova se aktivnost sustavno usmjerava razrađenom teorijom koja objašnjava izvore bolesnikovih tegoba i određuje tehnike kojima se uklanjaju tegobe. Psihoterapija se razlikuje od ostalih medicinskih postupaka po tome što se u svojim bitnim aktivnostima oslanja na simboličku komunikaciju. To znači da se psihoterapija bavi sadržajem simptomata i njegova značenja za bolesnikov život.^{18,19}

Metoda ventilacije. Sastoji se u pružanju mogućnosti bolesniku, odnosno tjeskobnoj osobi da drugoj, povjerljivoj osobi – ne nužno liječniku – ispriča sve one sadržaje koje drugim osobama ne bi mogla povjeriti. Ovom metodom osoba se oslobađa neugodnih sadržaja koji se nalaze u svijesti. Međutim, kako je to oblik tzv. ekspresivne psihoterapije tijekom koje često nastupaju abreakcije ili razdoblja katarze, nije nemoguće da se u procesu razrješavanja i ventilacije na tijek svjesnih sadržaja nadovežu i elementi nesvjesnog materijala. Pomoću ove metode osoba se oslobađa potisnutih emocija, sumnji, strepnji i unutrašnjih impulsa, koje je muče. U pravilu poslije ovakvih povjeravanja dolazi do osjećaja unutrašnjeg olakšanja, psihičkog rasterećenja. Najčešći je to oblik psihoterapije koji daje dobre efekte u uvjetima pozitivnog prijenosa (transfera). To znači da se radi o emocionalnom procesu koji se prenosi s jedne osobe na drugu, a povezuje se s različitim predstavama i mislima. Metoda se zasniva na činjenici da su u određenoj mjeri svi ljudi sugestibilni, tj. skloni prihvaćanju tuđih ideja i stavova. Sama sugestibilnost temelji se pretežito na osjećajima, a manje na logici.

Metoda sugestivne terapije. Može se provoditi na više načina, ali se u praksi njen utjecaj ostvaruje putem savjetovanja i stimulativnog ohrabriranja. Naglasak je na savjetovanju, koje može biti direktno, tj. verbalno, i indirektno, tj. aplikacijom sedativa i vitamina. Prilikom verbalnog savjetovanja liječnik ne smije nikada biti previše aktivan, jer se smatra da konačnu odluku o bitnim i kritičnim problemima bolesnik mora donijeti sam. U tijeku tretmana, liječnik-moderator tako podešava edukativni utjecaj terapije da bolesnik prihvati i sam preuzima odgovornosti za svoje cjelokupno održanje, djelovanje i donošenje odluka. Drugim riječima, liječnik nastoji izbjeći davanje savjeta do kojih bi vremenom bolesnik morao sam doći. Usmjeravajući bolesnika, tijekom tretmana, terapeut ga navodi da sam, vlastitim analiziranjem, razmišljanjem i uviđanjem dođe do prijeko potrebnih zaključaka. Komplicirane konfliktne situacije – bolesnikova problematika – zahtijevaju od liječnika izvanredno dobro upoznavanje da bi mogao upućivati bolesnikove emocije i način razmišljanja. Time se naglašava nužnost da se tijekom razrješavanja tegoba bolesnik aktivno zalaga za mijenjanje vlastitih stavova i izgrađivanje vlastitih odluka te izmjena u djelovanju i ponašanju.

Metoda persuzije. Ima u sebi puno sugestivnih elemenata, pa se zbog toga smatra da je ovaj vid psihoterapije, u stvari, varijanta sugestivne metode. Ubraja se u jednostavnije psihoterapijske tehnike. Njena suština stoji u vezi s mišljenjem da su neke tegobe formirane na logičkim zabudama te da se posljedično nagovaranjem, uvjeravanjem, obrazlaganjem može osobu navesti na odustajanje od te zablude. Poslije sagledavanja osnove bolesnikove tegobe, terapeut na logičan, siguran i racionalan način pruža osobi dokaze o njegovoj zabudi; tom prilikom objašnjava osobi suštinu njegovih tegoba.

Autogeni trening. Predstavlja sistem vježbi koje osoba provodi sama na sebi u svrhu tjelesne i psihičke relaksacije. Ovu metodu je u europsku psihoterapijsku praksu (bila je inspirirana istočnjačkom jogom) uveo J. H. Shultz²⁰ kako bi bolesnika naučio „vladati sobom“. U tijeku autogenog treninga osoba putem tjelesnih vježbi postiže određene pojave vezane uz vegetativni živčani sustav i putem njih utječe na svoje psihičke smetnje. Autogenim treningom osoba uči kako da se relaksira, što znači kako da smanji ili otkloni napetost koja je, kao što znamo, pratilac nepovoljnih emocija, u prvom redu straha, ljutnje i tjeskobe.

Hipnoza. Načinom primjene i dovođenja osobe u posebno stanje svijesti, hipnoza stvara izrazitu regresivnost i infantilnost. Hipnotičko je stanje slično snu u kojem je osoba samo putem terapeuta u kontaktu s vanjskim svijetom. Duboki regres i arhaičnost bolesnika koje stimulira hipnoza povećavaju potrebu osobe za sve-moćnim i sveznajućim roditeljskim likom koji se projicira u terapeuta. To znači da se prijenos u hipnozi zasniva na sugestibilnosti osobe i sugestivnom djelovanju terapeuta. Indikacijsko područje za hipnozu je relativno ograničeno jer je i ona, u načelu, kao i sve sugestivne psihoterapijske tehnike, simptomatsko liječenje.

Psihoanaliza. Dugotrajan terapijski postupak koji zahtjeva veliko emocionalno angažiranje bolesnika i terapeuta. Traje 3-4 godine, pa i više. Odvija se u seansama od 45 minuta, tri do pet puta tjedno. Obavljaju ga psihoanalitičari – posebno educirani psihoterapeuti. Pacijent tijekom seansi slobodno, bez biranja, iznosi svaku misao koja mu padne na pamet, bilo da se odnosi na prošlost ili sadašnjost, njegove snove, fantazije, osjećaje itd. Da bi osoba bila opuštena i da bi joj se pomoglo lakše zadovoljiti ovo osnovno pravilo psihoanalize, a to je slobodno asociranje, tijekom psihoanalize leži ispružena na kauču, a psihoanalitičar sjedi iza nje. Osnovni zadatak psihoanalitičara je tumačenje (interpretiranje). Pacijentu se interpretira prijenos, otpori i ostali nesvjesni sadržaji.^{21,22}

Ekspresivne psihoterapije. Predstavljaju brojne psihoterapijske tehnike koje su psihoanalitički orijentirane, bilo da se primjenjuju individualno ili grupno. Ekspresivna psihoterapija u užem smislu vrlo je bliska psihoanalizi, iako se od nje razlikuje po nešto skromnijim ciljevima. U njoj se analiziraju prijenos i prijenosni otpori, ali u manjem opsegu nego u psihoanalizi, tj. u ovu se terapiju unosi više faktora realiteta. U okviru ekspresivne psihoterapije pacijent se sučeljava sa svojim nesvjesnim, njegove nesvesne potrebe i emocionalni odnosi se rasvjetljavaju (klasificiraju) i tumače (interpretiraju), kao i u psihoanalizi. Međutim, u okviru ove tehnike izbjegava se razvoj transferne neuroze, a više potiče identifikacija s terapeutom.²²

Grupna psihoterapija. Priznata i ravnopravna metoda za liječenje niza bolesti. Čovjek je oduvijek živio i razvijao se u grupi. Tijekom svog života pripada različitim grupama, od početne obiteljske, preko grupe vršnjaka, školske, radne, društvene grupe, do nove obitelji itd. Čovjek kao dio grupe u njoj surađuje, prilagođava joj se i dolazi s njom u sukob. To znači da se stalno nalazi u komunikaciji i interakciji s drugim članovima grupe i da doživljava stalne promjene. Uz ostale, grupa ima značajku koju treba posebno istaknuti, a to je da stalno drži osobu u stvarnosti i pomaže joj da se u toj stvarnosti snađe i održi. U grupi se pojedinac osjeća više prihvaćen i dobiva podršku drugih, pogotovo članova grupe sa sličnim poteškoćama. Značajna je činjenica da osamljivanje kojem teže osobe s tegobama u grupi ne postoji. U grupi pojedinac ima znatno više mogućnosti da se na prikladan način oslobodi napetosti i tjeskobe, a ujedno se intenzivnije aktiviraju stavovi i snage

koje omogućuju aktivno prilagođavanje grupi. Da bi se u tome uspjelo, osoba mora uspješnije kontrolirati svoje osjećaje, svoju agresiju, prinuđena je učiti i prihvatiti konstruktivnu kritiku i na taj način modificirati vlastite stavove. Budući da grupa djeluje kao zamjena za obiteljsku sredinu, postoji mogućnost oživljavanja ranijih konflikata, ali i njihovo uspješnije prevladavanje. U tijeku rada, grupnom psihoterapijom se želi utjecati na svjesni dio ličnosti. Reedukacijom se želi postići izmjena bolesnikovih stavova i ponašanja u tom smislu da se pripremi bolja prilagodba na stvarne životne okolnosti. Konačno, grupna psihoterapija se može odvijati u uvjetima rekonstrukcije svih okolnosti koje su pridonijele izbijanju konflikta, ali za vođenje ovakvih grupa potrebna je posebna grupno analitička edukacija.^{23,24}

Zaključak

Oduvijek, kroz cijelu povijest medicine, priznaje se jak psihički utjecaj liječnika na bolesnika u procesima ozdravljenja, u prvom redu od oboljenja psihogene prirode. Liječenje bolesnika nikada se nije moglo zamisliti bez psihoterapijskog djelovanja, bez obzira radi li se o somatskoj, somatopsihičkoj ili psihosomatskoj bolesti. Za bolesnika liječnik već sam po sebi predstavlja lijek. O farmakologiji tog lijeka našalost zna se još uvijek premalo.²⁵ Svaka bolest u čovjeku pojačava osjećaj vlastite slabosti. Bolesnik se želi na nekoga osloniti, njemu trebaju riječi utjehe i samopouzdanja. Svaki susret s liječnikom, svaka njihova gesta, a napose svaka njihova riječ – već je svjesna ili nesvjesna psihoterapija. **M**

LITERATURA

- Barlow DH. Anxiety and its disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press, 2002.
- Cozolino L. The neuroscience of psychotherapy: building and rebuilding the human brain. New York: Norton Professional Books, 2002.
- Gregurek R, Varda R, Đanić S. Psihodinamska teorija stresa. Medix 2001;7(35):40-5.
- Gregurek R, Peršić-Brida M, Begić-Jokić N. Tjelesne manifestacije tjeskobe tijekom grupne psihoterapije. Liječ Vjesn 1996;118:63-7.
- Schur M. The Ego in Anxiety. U: Loewenstein R, ur. Drives, Affects, Behaviour. New York: Int Univ Press, 1953.
- Freud S, Breuer J. (1893). Studies in hysteria. In Standard edition, vol. XVI. Hogarth Press, 1966.
- Freud S. (1910) The future prospects of psychoanalytic therapy. Standard Edition, London: Hogarth Press, 1953.
- Freud S. (1912) Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard Edition, London: Hogarth Press, 1953.
- Freud S. (1912). The dynamics of transference. In the Standard edition of the complete works of Sigmund Freud. Vol. 12 (ed. J. Strachey). pp 97–108. London: Hogarth Press, 1958.
- Freud S. (1916). Fixation to traumas – the unconscious. In Standard edition, vol. XII. London: Hogarth Press, 1966.
- Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety (1926). The Hogarth Press, S. E., vol. 20, London, 1973.
- Freud S. Mourning and melancholia. Standard edition IV. London: Hogarth Press, 1966.
- Freud S. The Interpretation of dreams. Standard edition IV. London: Hogarth Press, 1966.
- Freud A. The Ego and the Mechanisms of Defense, rev ed. New York: International Universities Press, 1966.
- Gabbard GO, Goodwin F. Clinical psychiatry in transition: Integrating biological and psychosocial perspectives. U: Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Review of psychiatry. Vol. 15. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996; 527–48.
- Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV Edition. Washington DC: American Psychiatric Press 1994.
- Green SA. Principles of medical psychotherapy. U: Stoudemire A, Fogel BS, ur. Psychiatric care of the medical patient. New York: Oxford University Press, 1993.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1998:629-45.
- Shultz JH. Das Autogene Training. Stuttgart: Thieme, 1979.
- Greenson R. The Technique and Practice of Psychoanalysis. London: Hogarth Press, 1978.
- Gabbard GO. Psychoanalysis and psychoanalytic therapy. U: Livesley WJ, ur. The DSM-IV personality disorders. New York: Guilford Press, 1999.
- Kaplan HI, Sadock BJ, ed. Comprehensive group psychotherapy. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1993.
- Foulkes SH. Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles. London: Gordon and Breach, 1975.
- Balint, M. The doctor, his patients and the illness. 2nd ed. London: Pitman Medical, 1964.