

Strokovni prispevek/Professional article

PRISILNE MISLI: PRIKAZ PRIMERA

OBSESSIONS: CASE REPORT STUDY

Miloš Židanik

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Sodna ulica 9, 2000 Maribor

Prispelo 2003-11-04, sprejeto 2003-12-20; ZDRAV VESTN 2004; 73: 9-11

Ključne besede: psihoterapija; narcistična osebnostna motnja; agresija; obsesivno-kompulzivna motnja; obsesivne misli

Izvleček – Izhodišča. Prisilne misli sodijo med najbolj trdovratne psihiatrične motnje. Priznane terapevtske smernice so omejene na psihofarmakoterapijo in uporabo vedenjskih ter suportivnih psihoterapevtskih tehnik.

Metode. V prispevku predstavljam primer bolnika s prisilnimi mislimi homocidne vsebine v ospredju in narcistično osebnostno motnjo v ozadju ter opis analitično usmerjene psihoterapevtske obravnave, ki je pripomogla k izzvenenju simptomatike.

Zaključki. V obravnavi bolnikov potrebujemo kritičen odnos do priznanih terapevtskih smernic. Ob natančnem poznavanju le-teh nam mora biti osnovno vodilo pri izboru zdravljenja potreba posameznega bolnika po vrsti in načinu obravnave.

Key words: psychotherapy; narcissistic personality disorder; aggression; obsessive-compulsive disorder; multiaxial assessment

Abstract – Background. Obsessions are one of the most refractory psychiatric disorders. The therapeutic guidelines include a psychopharmacotherapy and the use of behavioural and supportive psychotherapy.

Methods. This case report study presents a patient with a homicide obsessions at the forefront and narcissistic personality disorder in background. The use of analytical oriented psychotherapy, which helped to resolve axis-1 symptoms, is described.

Conclusions. In the therapy of patients it is important to have the knowledge about the national therapeutic guidelines and critical distance toward them as well. Which therapy to use should be decided by the individual patient's needs.

Uvod

Prisilne misli in kompulzije so pojavi znaki obsesivno-kompulzivne motnje. Glede na DSM-IV-TR (1) so prisilne misli ponavljajoče se vztrajne ideje, misli, impulzi ali predstave, kar posameznik prepozna kot moteče in neprimerno. Glede na pojavnost različnih vsebin prisilnih misli so agresivni impulzi na petem mestu po pogostosti z 31% pojavnostjo (2). Posameznik ima lahko prisilno misel, da bo ubil nekoga, ki mu je blizu. Za pozitivno diagnozo obsesivno-kompulzivne motnje mora imeti posameznik ali prisilne misli ali kompulzije, ki povzročajo psihično stisko, zahtevajo veliko časa (vsaj eno uro dnevno) in bistveno vplivajo na posameznikove vsakodnevne dejavnosti in odnose (1). Motnja se tipično pojavi okrog 20. leta. Moški z zgodnjim začetkom simptomov imajo praviloma slabšo prognozo kot ženske iz primerljive skupine (3). Za to motnjo trpi približno 2-3% splošne populacije (4). V etiološkem smislu so genetski dejavniki pomembni, vendar ne odločujoči. 20% sorodnikov ljudi z obsesivno-kompulzivno motnjo ima isto motnjo (5). Nevrobiološka osnova motnje je, upošteva uspešnost psihofarmakoterapije, v serotoninskem sistemu (6), v nevroanatomskem smislu pa raziskovalci motnjo pripisujejo motnjam v delovanju striatuma, še posebej nucleus caudatusa (7). Po drugi strani raziskovalci opozarjajo na številne dejavnike okolja: tako odnos med star-

ši in otroki (8), travmo v otroštvu (9) in celo rojstvo otroka moškemu partnerjem (10). Na globino patologije opozarja pojavnost simptomatike pri bolnikih s psihotično osebnostno strukturo: kar 7,8% bolnikov s shizofrenijo in shizoafektivno motnjo ima tudi obsesivno-kompulzivno motnjo (11, 12). Raziskave kažejo, da ima med tretjino in dvema tretjinama bolnikov z obsesivno-kompulzivno motnjo tudi veliko depresijo, kar pomeni slabšo napoved zdravljenja (13, 14). Nekateri raziskovalci opozarjajo, da ne moremo vseh obsesivno-kompulzivnih motenj umestiti v isto kategorijo, kjer se najdejo tako blodnjave kot ne blodnjave vsebine. Sklepajo, da imajo simptomi različno patogenezo, ki zahtevajo razdelitev na posamezne podskupine, za katere bi lažje našli čimbolj ustrezno terapijo (15). Sicer se v procesu zdravljenja kombinira psihofarmakoterapija (novejši antidepresivi, kombinacije antidepresivov, zatem kombinacija antidepresiva in antipsihotika) in psihoterapija (vedenjski in suportivni pristopi), po izčrpanju vseh teh sredstev pa v primeru suicidalnosti še vedno pride v poštev najprej elektrokonvulzivno zdravljenje, in če odpove še to, je treba razmisliti o psihokirurgiji (16, 17). Psihodinamski pristopi so opozorili na fiksacijo v analni fazi psihoseksualnega razvoja s premočnim superegom, vendar čeprav se prisilne misli in kompulzije zdijo nabite s simboliko, pa se psihodinamski pristopi niso izkazali za uspešne in imajo danes predvsem zgodovinski pomen (17).

Prikaz primera

23-letni moški je bil sprva v obravnavi pri zdravnici splošne medicine zaradi somatoformnih motenj in anksioznih stanj, zaradi katerih ga je kolegica usmerila h kliničnemu psihologu, kjer je bil pol leta v psihoterapevtski obravnavi. Zaradi depresije in samomorilnosti ga je zdravnica usmerila k psihiatru, kjer je tožil nad močnim strahom in vsiljevanjem misli, da bo kaj naredil očetu ali materi, jima iztaknil oči. Povedal je, da je strah, da bi komu kaj naredil, strašen, in da ga spravi do joka. Beži v samoto in tišino, je bolj trmast in nagle jeze. Po nekaj srečanjih je zaradi trajne odsotnosti psihiatra prišlo do menjave terapevta. Na najinem prvem srečanju je povedal, da je s psihoterapijo po nasvetu psihologa prekinil, svoje trenutno psihično stanje je označil kot »solidno« (ob jemanju citaloprama 40 mg zjutraj). Prisilne misli so bile še vedno prisotne, čeprav so nekoliko izgubile na intenziteti. Vse je kazalo na slabo prognozo. Psihofarmakoterapijo je že imel, ta je simptome nekoliko pokrila, razrešila pa jih ni. Polletna psihoterapevtska obravnava se je izkazala za neuspešno. Bolnik je še vedno navajal občasne epizode depresije in samomorilnih razmišljanj z že izdelanim suicidalnim načrtom. Premorbidno je izstopala nizka frustracijska toleranca in slaba kontrola impulzov. Prisoten je bil nizek prag tolerance anksioznosti in slaba sposobnost sublimacije. Nadjaz je bil slabo integriran, rigid in samokaznovalen (zato samomorilni impulzi kot posledica samoobtoževanja po prisilnih mislih in strahom pred izgubo kontrole). To je skupaj s simptomi agresivne zavrtosti (grizenje nohtov, sesanje palca v otroštvu) in indici za obstoj razvojnih deficitov ega (glede na podatke o odnosu s starši v otroštvu) kazalo na patologijo na drugi osi diagnosticiranja v psihiatriji, kar je dodaten dejavnik, ki govori v prid slabe prognoze. Tako sem se odločil za občasne suportivno naravnane psihiatrične kontrole. Kljub temu sem že na prvem srečanju načel vsebino prisilnih misli, ki je kar klicala po analizi. Kakšnih asociacij ali genetičnega materiala ni bilo moč prebuditi, se je pa začelo dramiti bolnikovo zanimanje za lastne psihične vsebine, čeprav so bile neprijetne. Na srečanjih je začel govoriti o sovraštvu, ki ga čuti do matere, čeprav jo ima rad. Govoril je o vsebini prisilnih misli, ki so bile dvojne: da bi staršem (predvsem materi) kaj naredil, ju zabodel z nožem ali jima prerezal vrat ter strah, da bo znorel. Prinesel je sanje, kako je pristal v psihiatrični bolnišnici v prisilnem jopiču (kar je prepoznal kot materino oblast) rdeče barve (kar je razumel kot sovraštvo in ljubezen). Tako je od obramb v ospredje stopila cepitev primarnega objekta, na srečanja je začel prinašati genetični material v smislu osebnostnih razvrstitev v otroštvu z materine strani. Najina srečanja sem tako hoteli ali nehoti moral poglobiti v analitično usmerjeno psihoterapevtsko obravnavo. Bil je edini način, kako sem lahko sledil bolniku in njegovi potrebi po analizi konfliktnih vsebin. V ospredje obravnave je stopila patologija selfa, ponovno z razcepom znotraj te intrapsihične kategorije. Bolnik je začel prinašati material, vezan na njegove partnerske odnose, o prisilnih mislih med spolnim odnosom, da bi partnerko zadavil, ki je začutil čustveno bližino in da bi ob partnerkini popolnosti prikril lastno nepopolnost. Govoril je, kako se v ogledalu večasih vidi kot grdega, spet drugič pa, kot da popolnejšega človeka ni. Spregovoril je o svojih homoseksualnih fantazijah iz obdobja, ko je imel 19 let. Govoril je o pogosto hitrih menjavah partnerk in kako išče vedno nove in pušča za sabo prizadete ljudi. Spomnil se je sanj, ki jih je imel pri 16. letih, ko je sanjal o spolnem odnosu z materjo in spregovoril, kako je do 12. leta spal skupaj s starši v isti postelji. Intimni odnos med starši je razumel kot materino izdajstvo, počutil se je zlorabljenega, ker je mati dala prednost očetu.

Tako je bila pri njem na eni strani prisotna neneutralizirana agresija (prisilne misli), po drugi pa neneutralizirani libido, ki menjuje objekte zadovoljitve gona. Obe energiji se prepletata in nastopata skupaj brez nevtalizacije. Ob simbiotičnem zlitju med spolnim aktom so se pojavile agresivne prisilne misli s homocidnimi tendencami, ker bolnik ni prenesel intimne bližine. Hkrati so se pojavljale nepredelane homoseksualne, analno perversne in incestuozne vsebine, ki so bile asociacijsko povezane s heteroseksualnim aktom. Hkrati so se odpirale ojdipalne in preojdipalne konfliktno vsebine (simbiotični elementi: čutil je telepatsko povezanost z materjo). Tako bolnikova samopodoba (self) kot vsi njegovi važnejši objekti so bili razcepljeni in posamezni deli projicirani ter introjicirani. In čeprav se zdijo, da je to zmešnjava rečnih tokov brez pravega oprijemališča, je v svojem bistvu definicija narcistične osebnosti po Kernbergu (18). Tukaj ne gre torej za zastoj v analni fazi psihoseksualnega razvoja po Freudu (19), ker podlaga prisilnih misli ni v analnem karakterju oz. obsesivno-kompulzivni osebnosti ali osebnostni motnji, temveč v patologiji selfa oz. v narcistični osebnostni motnji.

Terapevtski proces

V psihoterapiji narcističnih bolnikov je treba interpretirati projekcije, tako pozitivne kot negativne. Kernberg (18) ob tem odsvetuje takojšen prehod h genetičnemu izvoru projekcij: primitivnejši ko je material, več previdnosti je potrebne pri poskusih genetične rekonstrukcije. Pravi, da mora biti psihoanalitična obravnava usmerjena na postopno integracijo kontradiktornih, libidinozno in agresivno zasedenih predstav selfa in objekta, kar vodi v postopno integracijo in konsolidacijo normalnega selfa. Hkrati se parcialni objektni odnosi spreminjajo v celostne objektne odnose, doseže se konstantnost objekta in razblini tako patološka zaljubljenost vase, kot patološka zasedenost drugih.

Konkretni psihoterapevtski proces je trajal dve leti in pol. V tem času sva imela 92 srečanj, ki so si pretežno sledila enkrat tedensko in so trajala 45 minut. V prvem delu se je pacient učil psihološkega razmišljanja in sledenja psihodinamiki: do tistega obdobja je konfliktno vsebine gledal izolirano, brez vsake povezave. Pomemben del terapevtskega dela je bilo prepoznavanje materinih introjektov, kar mu je dalo možnost diferenciacije sebe od objekta oz. materinih in lastnih psihičnih vsebin. Postopoma je začel integrirati razcepljeno čutenje in vedenje. Tako je prinesel sanje, v katerih si je odzagal gonji del penisa, ki je bil votel in črn. Asociiral je, da je prazen človek brez notranjega bogastva, da ne zna ljubiti, da je zagrenjen in vase zaprt. Drugi del srečanj je potekal v luči postopnega pridobivanja kontrole nad agresivnimi prisilnimi misli. Tako se je ob teh vsebinah skušal sprostiti in se prepustiti fantaziji, kako bi bilo, če bi se svojim impulzom prepustil. V sebi je dobival vedno močnejši občutek, da svojih agresivnih miselnih impulzov ni sposoben udejaniti. Končno je jemal prisilne misli kot kažipot do notranjih konfliktnih vsebin ali zunanjih sprožilnih situacij. Ko ga niso več tako ogrožale, jim je začel slediti v preteklost, v vrtec, ko je nekatere druge otroke v rivalitetnih sporih davil, da so morale vzgojiteljice poklicati njegovo mamo. Tako je agresija postopoma postajala del realnega selfa in proces integracije v koherenten self se je lahko začel. Za to obdobje je bila tudi značilna obravnava transfernih vsebin. Glede na naravo motnje, usmerjanje agresivnih vsebin na ljudi, ki so bili bolniku blizu, sem neke ob koncu prvega leta obravnave odprl usmerjanje teh vsebin name. Potrdil je, da se je v odnosu do mene počutil izdanega in prevaranega, ker sem ob njem imel v obravnavi še druge bolnike (kot se je počutil ob materi, ki je pozornost usmerjala še k očetu). Ko me je v mestu videl v spremstvu osemletne hčere, se mu je pojavila misel, da bi komu iz moje družine kaj naredil, da bi me prikrajšal za nekaj, kar mi v življenju največ pomeni. Kot njegova mama bi tudi jaz moral biti njemu povsem na razpolago. Tako je analiza transferja v terapevtski situaciji postala odlično orodje za razumevanje njegovih temeljnih razvojnih konfliktnih vsebin. V tretji fazi obravnave je uspeval postopoma in zelo počasi izpeljati diferenciacijo in integracijo pomembnih drugih: sprva očeta, pozneje pa še matere. Tako sta namesto povsem negativno označenih ljudi v njegovo življenje stopila človeka z negativnimi in tudi pozitivnimi lastnostmi, ki ga imata v končni fazi rada in jima ni vseeno zanj. Vzporedno je ob jačanju meja ega prišlo do upada ravni anksioznosti, občutkov intenzivnega strahu, ki je ohromel njegovo sposobnost razmišljanja in predelave konfliktnih vsebin. Končno so se začeli pojavljati začetki empatije: sprva, da lahko druge ljudi s svojim vedenjem prizadene, potem pa celo, da so drugi ljudje samo drugi ljudje kot sam, ne njemu nedosegljivi zaradi svoje popolnosti ali pa njega nevredni. Iz te cepitve objektov na samo-boljšo in samo-slabšo od njega, je izviral reka frustracij, ki je na površje izbijala v smislu občutja notranje napetosti, strahu, neadekvatnosti, obrambne večvednosti in v končni fazi agresije. Empatija je tako postala osnovno orožje proti prisilnim mislim. Sicer so te kljub zmanjšanju, potem pa v daljšem časovnem obdobju celo ukinitvi citaloprama, sprva izgubile na intenziteti, potem pa se spremenile po vsebini: namesto povsem destruktivne agresivne energije, ki je bila usmerjena v homocidna dejanja, je agresijo sprva usmeril v opravljanje vsakodnevnih obveznosti (s prisilnimi mislimi glede točnosti in opravljanja vsakodnevnih opravil brez napak in zamud). Te vsebine so bile spet bližje analizi (šlo je za materine introjekte) in tako je tudi intenzivnost teh misli počasi popuščala. Na 73. srečanju je poročal, da je prisilnih misli le še za okrog pet odstotkov, pa še to bolj v obliki strahu, da bi spet ne zapadel v prejšnje stanje. Se je pa v tem obdobju že začel nakazovati konec terapije skozi sanje o cerkvi (ki je bila on), od zunaj lepa, znotraj pa skriva orožje (njegove prisilne misli). V cerkev je skozi zid pripeljal star rjast tank (terapevt), ril je po tlakovcih, pustil sledi, skozi odprtino je posijala svetloba, potem pa je tank spet odpeljal. Dvajset srečanj ali pol leta pozneje je bil brez pri-

silnih misli in z občutkom, da lahko vsakodnevne napetosti premaguje s pomočjo empatije. Počutil se je kot »gospodar pod svojo streho«. Takrat je prinesel sanje, kako je bil s prijatelji na izletu v naravi, pa sem jaz prišel za njim, nakar se je moral bolj iz vljudnosti posvetiti meni, medtem ko so prijatelji šli naprej. Terapijo je videl kot obveznost, ki mu je počasi postajala odveč in tako sva se dogovorila za zaključek obravnave.

Kontrtransfer

Moški, ki ga predstavljam, je kljub vsebinam, ki sem jih opisal, simpatičen, privlačen in sproščen moški, tako da mi ni bilo težko vztrajati v intimnosti psihoterapevtske postavitve. Pritegnil me je predvsem z zapletenostjo svojih notranjih vsebin, tako da sem v najin odnos vstopal sprva pretežno z razumom. Ponujal je veliko vsebin za samo-refleksijo ob večnih temah seksualizacije odnosov, homoerotičnosti in ojdipalnih konfliktnih vsebin. Drug drugemu sva dajala narcistične gratifikacije in v tem se je skrivala prava past terapije. Ob objektivnem napredku bolnika in ob bogatih vsebinah, ki so mi omogočale uspešno predstavitev primera na psihoterapevtskem seminarju, sem čutil navdušenje, ki se je selilo na bolnika. V tem vzdušju so manjkale samo Freudove cigare zmagoslavja, ki jih je delil s svojimi bolniki ob posebej uspešnih interpretacijah (20). Ob obravnavi zgoraj opisanih agresivnih vsebin, vezanih na člane moje družine, v sebi nisem čutil kontratransfernih reakcij. Ne vem, kakšen bi bil moj odziv na začetku najinih srečanj, ko še nisva izgradila stabilnega in zaupnega odnosa, v tisti fazi terapije, ko sem jih z vprašanji neposredno nagovoril, pa sem jih že pričakoval in bil pripravljen nanje. Če bi jih bolnik ne bil odprl, bi to razumel kot dejstvo, da mi z njim ni uspelo vzpostaviti intimnega odnosa. Tako pa sem jih bil vesel, ker po stari resnici verbalizacija odpravlja notranji pritisk in potrebo po agiranju.

Razpravljanje in zaključki

Pri opisanem bolniku je šlo za dvojno motnjo – prisilne misli kot del obsesivno-kompulzivne motnje ter narcistično osebno motnjo na drugi osi diagnosticiranja v psihiatriji (ne le po Kernbergovi strukturalni diagnozi, temveč tudi po kriterijih DSM-IV-TR [1]). Vse je kazalo na slabo prognozo: spol, mladost, rezistentnost bolezenskih znakov na predhodno psihofarmakoterapijo in psihoterapijo, prisotnost depresije s suicidalnostjo in prisotna osebna motnja. Tako terapevtske smernice za obsesivno-kompulzivno motnjo, ki sem jih navedel v uvodu, kot priporočene terapevtske smernice v slovenskem prostoru za zdravljenje osebnostnih motenj (21), ki priporočajo ustrezno medikamentozno terapijo ter trening socialnih spretnosti in asertivnosti, intenzivega analitično usmerjenega psihoterapevtskega procesa ne omenjajo. S tem prispevkom sem želel opozoriti na past, ki se skriva v terapevtskih smernicah. Če bi sledili samo tem, omenjeni bolnik ne bi imel možnosti za psihoterapevtski proces, ki ga je vodil do ključnih nedokončanih razvojnih poti njegove osebnosti: do diferenciacije in integracije sprva primarnih objektov in potem še selfa. Ob tem je prišlo do razvoja sposobnosti empatije in prek te do postopne nevtralizacije gonov. S tem so počasi bledele in končno zbledele tudi prisilne misli. Za večino bolnikov s prisilnimi mislimi morda res velja, da analitični proces zanje ni sredstvo terapevtskega izbora, za konkretnega bolnika pa je ta proces predstavljal pot h konsolidaciji njegovega psihičnega aparata. V terapiji moramo in smo tudi dolžni slediti bolnikom in njihovim potrebam in ne le prepoznani

diagnozi in posledičnim terapevtskim smernicam, ki sledijo izključno iz prepoznane diagnoze. Tako je namen tega prispevka zelo preprost. Nosi eno samo sporočilo: bolnikove simptome in bolnika samega moramo razumeti. Zato je prav, da vidimo človeka celostno in ne le njegov simptom, diagnozo in priporočene terapevtske smernice. Ohranjati moramo znanje, ki nam omogoča strukturalno diagnozo osebnosti (18) in spodbujanje psihoterapevtskega procesa. S samo psihofarmakoterapevtskimi in suportivnimi pristopi bomo oslabili lastno vedoželjnost in zanimanje za bolnika. Postali bomo državni uradniki za pisanje receptov. To pa je, tako upam, vloga, ki si je ne želi nihče med nami.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition Text Revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE eds. Obsessive-compulsive disorders: Theory and management. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998: 12–43.
3. Rasmussen S, Eisen J. Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. In: Nohar J, Insel T, Rasmussen S eds. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder. New York: Springer, 1991.
4. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1094–9.
5. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. Psychiatr Clin North Am 1992; 15: 759–66.
6. Jenike MA, Baer L, Greist JH. Clomipramine versus fluoxetine in obsessive-compulsive disorder: a retrospective comparison of side effects and efficacy. J Clin Psychopharmacol 1990; 10: 122–4.
7. Singer HS, Reiss AL, Brown JE et al. Volumetric MRI changes in basal ganglia of children with Tourette's syndrome. Neurology 1993; 43: 950–6.
8. Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A et al. Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. Acta Psychiatr Scand 2002; 105: 310–6.
9. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania and controls. Depression Anxiety 2002; 15: 66–8.
10. Abramowitz J, Moore K, Carmin C et al. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. Psychosomatics 2001; 42: 429–31.
11. Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 1997; 154: 271–3.
12. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2003; 57: 67–74.
13. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1994; 55: 5–10.
14. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity and treatment effect. J Clin Psychiatry 2002; 63: 1106–12.
15. Phillips KA. The obsessive-compulsive spectrums. Psychiatr Clin North Am 2002; 25: 791–809.
16. Kaplan PM, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 605–5.
17. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001: 347–61.
18. Kernberg OF. Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, 1985: 261–330.
19. Freud S. Očrt psihoanalize. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, 2000.
20. Yalom DI. Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. Muenchen: Wilhelm Goldmann Verlag, 2002.
21. Zihel S. Osebnostne motnje. In: Tomori M, Zihel S. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 292–301.