

Psihiatrija in psihologija: prispevek k celostnemu razumevanju ljudi z duševnimi motnjami

Dr. Maja Rus Makovec, dr.med.,
Klinični oddelek za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani
e-mail: maja.rus-makovec@quest.arnes.si

POVZETEK

Psihiatrija in psihologija: prispevek k celostnemu razumevanju ljudi z duševnimi motnjami

Psihiatrija sodi med medicinske vede, obravnava pa tako imenovane Duševne in vedenjske motnje (Mednarodna klasifikacija bolezni, 1995) pri ljudeh, kar samo po sebi že kaže na neke (vsaj na nivoju poimenovanja) kontradiktornosti te stroke: bazično medicinsko/biološko izobraženi strokovnjaki naj bi zdravili »duševno«. Avtorica prispevka je po osnovnem poklicu zdravnica – specialistka psihiatrije, njena pridružena strokovna usmeritev pa je sistemska psihoterapija, ki se ukvarja predvsem z odnosom med intrapsihično in socialno izkušnjo človeka z duševno motnjo (pa tudi z njegovim razumevanjem svoje duševne motnje oziroma pomenom, ki ji jo daje). Kombinacija obeh usmeritev – biomedicinske in psihosocialne nujno zahteva spoštljiv odnos do vseh strok, ki soustvarjajo psihiatrijo kot vedo. V pričujočem kratkem prispevku avtorica iz svoje perspektive poudarja in analizira sodelovanje med psihiatrijo in psihologijo predvsem v smislu celostnega pogleda na človeka z duševno motnjo.

Ključne besede: psihiatrija, psihologija, duševne motnje, celostni pristop, interakcija med psihologijo in psihiatrijo

ABSTRACT

Psychiatry and psychology: contribution to the holistic understanding of the people with mental disorders

Psychiatry belongs to medical sciences and occupies with so called Psychical and behavioural disorders (International classification of illnesses, 1995), what, by itself, already shows (at least on the level of labelling) the contradictory character of this discipline: the professionals, basically educated in medical/ biological way are supposed to occupy with the »physical«. The author of the contribution is, by her basic education, the specialist of psychiatry and her associated professional orientation is systemic psychotherapy, which occupies above all with the relation between intrapsychical and social experience of the individual with the mental disorder (and also with his/her understanding of his/her mental disorder and of its attributed significance). Combination of both orientation – biomedical and psychosocial – urgently demands respectful relation to all disciplines, by which psychiatry as discipline is co – created. In the actual short contribution, the author underlines and analyses, by her perspective, collaboration between psychiatry and psychology above all in the sense of the holistic outlook to the individual with mental disorder.

Key words: psychiatry, psychology, mental disorders, holistic approach, interaction between psychology and psychiatry

Pot do celostne perspektive v psihiatriji

Nekatera stara ljudstva so stoletja in tisočletja nazaj kazala bistveno več empatije in spoštljivega odnosa do duševno bolnega človeka, kot je bilo to običajno v post-antični evropski tradiciji, kjer so se tovrstni sočutni odnosi stoletja kazali zgolj v določenih otokih sredi teme, eden od odločnih preskok v obravnavi duševno bolnih pa je bil v okviru zadnjih stoletij narejen šele v okviru sprememb, ki jih je sprožila francoska revolucija (ko so razvezali okove duševnim bolnikom - P. Pinel je leta 1793 zahteval uveljavljanje načel svobode, enakosti in bratstva tudi za duševno bolne) (Milčinski, 1986). Strah pred izločenostjo iz skupnosti zaradi morebitne duševne bolezni, poleg strašljivosti izgube nadzora nad svojim vedenjem in doživljanjem in v nevednost zavita etiologija teh težav ter negotovost glede možnosti osebnostne in socialne restitucije po izkušnji duševne motnje so bistveno prispevali k nekdanjemu odporu do duševne bolezni – pa tudi do pomočnikov in »pomočnikov« bolnim. Ti so pač ravnali v skladu s kontekstom vrednot in norm tedanjega časa in prostora. Človeško in strokovno je razumljivo, da je bilo (žal) težko ustrezno poskrbeti za pravice duševno bolnega človeka, če človekove pravice pravzaprav še niso bile nek splošno sprejet pojem razen v zelo maloštevilnih krogih nekaterih izobražencev, splošna raven življenja pa je bila največkrat trda, polna nevarnosti, brezpravnosti in prikrajšanosti. Še vedno pogosto aktualna nezaupljivost laične javnosti do psihiatrične stroke vsaj deloma sloni na realnih dilemah: ali je znanje strokovnjakov dovolj kvalitetno, da bodo pravilno določili tip motnje in načrtovali ustrezne ukrepe? In ali so ti strokovnjaki moralno dorasli odgovornosti obravnave tako občutljive, hkrati z univerzalno izkušnjo objektivizirane pa hkrati tako zmuzljive človekove funkcije, kot je »duša«? Ta del nezaupljivosti je možno pomirjati le s stalno ne-mitizirano komunikacijo z laično javnostjo, s posredovanjem strokovnih informacij na korekten, a dovolj poljuden način. Avtorica sicer meni, da je nasploh »medicina preresna zadeva, da bi jo prepustili samo zdravnikom«, kot se je nekoč nekje zapisalo, in da je poleg kvalitetnega strokovnega znanja tudi v somatski medicini izjemno pomemben ustrezen odnos do somatsko bolnega – saj je tudi somatska bolezen tako telesna kot psihološka in socialna izkušnja (Altschuler, 1997). Pa vendar je pri komunikaciji z laično javnostjo psihiatrična stroke dolžna razumeti višjo stopnjo nezaupljivosti, strahu in predsodkov, ki so projicirani v to stroko in biti pri t.i. psihoedukaciji o duševnih motnjah potrpežljiva, vztrajna in brez želje po umiku v »splendid isolation«

(že tu lahko opozorim na pomen psihologije oziroma tistega dela psihološke stroke, ki se ukvarja s prepričanji in predsodki).

Najsodobnejši pogledi (ki se morda v samem bistvu sploh ne razlikujejo od Hipokratovih načel?) na etiologijo duševnih motenj izhajajo iz bio-psiho-socialnega modela bolezni: gre torej za prepletanje tako genskih, osebnostnih/intrapsihičnih in socialnih/odnosnih dejavnikov (Freedman, 1995). To izhodišče predpostavlja nujnost celostne/holistične obravnave človeka. Celostni pogled v psihiatriji ali sistemska perspektiva omogoči, da ob upoštevanju najnovejših nevrobioloških dognanj ne zastanemo le na nivoju možganske nevrottransmitterske biokemije, ampak človekovo duševno disfunkcijo, ki se manifestira z njegovim človeškim trpljenjem in določenim vedenjem, umestimo v človekov psihosocialni kontekst (Eisenberg, 1999). Celostni pristop, ki zagotavlja humanizirano psihiatrijo, torej predpostavlja interdisciplinarnost znanja in sodelovanja – med strokami in med strokovnjaki.

Morda je treba za boljše razumevanje bio-psiho-socialnega modela in psihiatrije kot stroke poudariti tudi to, da obstaja širok razpon klasifikacije duševnih in vedenjskih motenj – od duševnih bolezni v ožjem smislu do motenj, ki jih poenostavljeno označimo za nevrotične ali motenj v smislu kriznih odreagiranj na objektivne obremenitve itd. Gre za zelo različne entitete motenj, ki potrebujejo različne pristope zdravljenja (od pretežno farmakoterapevtskega do zgolj psihoterapevtskega pristopa). Pri etiologiji tega širokega razpona duševnih motenj, ki jih stroka diagnosticira, so enkrat pomembnejši eni, drugič pa drugi dejavniki. Tako velja, da je npr. pri nastanku shizofrenije in bipolarne (manično depresivne) motnje (gre za duševne bolezni v ožjem pomenu) bistven etiološki dejavnik genski in genski dejavnik tudi zelo močno določa sam potek bolezni. Okolje s svojim odzivi zelo pomembno vpliva na potek bolezni (npr. ali bo bolnik sprejet ali izključen), pa vendar te bolezni ne povzroča – lahko pa obremenilni dejavniki iz okolja bolezni, ki je zapisana v genskem zapisu, sprožijo ali poslabšajo (Kaplan, Sadock, 1998). Določene duševne motnje nastanejo v največji meri zaradi travmatične psihosocialne izkušnje – npr. postravmatska stresna motnja (Allen, 2001); res pa nasilno ravnanje z otrokom, posebej v zgodnejših razvojnih obdobjih, direktno vpliva na nevrobiološko dozorevanje možganov in označi tega otroka in kasnejšega odraslega s kronično prehudo vzdražnim in pretirano odzivnim stresnim odgovorom (Southwick et al., SM.

1994). Tudi pri drugih nevrotičnih, osebnostnih motnjah in pri motnjah odvisnosti od psihoaktivnih snovi »state of art« kaže, da je sicer pri razvoju te motnje zelo pomemben psihosocialni kontekst, pri nekaterih je miljejski kontekst celo najpomembnejši, en del pa zanesljivo prispeva genska podlaga (ki je že osnovna podlaga npr. temperamenta). V razvoju psihiatrije kot stroke je bila pot do bio-psihosocialnega modela bolezni dolga in nepoznavanje biološke osnove bolezni je lahko pripeljalo do »krivcev« bolezni, ki to niso bili. Tako so npr. v obdobju po 2. svetovni vojni, ko še ni bil znan biološki substrat shizofrenije, določali matere s svojim odnosom kot »shizofrenogene« matere. S svojim neustreznim čustvenim odnosom naj bi sprožile bolezen pri otrocih (Dallos, Draper, 2000). Ta teorija, ki je delček vseh odnosov, ki so se organizirali okoli duševne bolezni, označila za vzrok, je bila do teh mater naravnost krivična. V sodobnosti taki skrajno poenostavljeni vzročno posledični teoretični konstrukti niso več sprejemljivi in jih v slengu poimenujemo »psihologiziranje«.

Temeljna psihološka znanja v psihiatriji

Psihološka dognanja z zelo različnih področij se dotikajo takorekoč vseh aspektov psihiatrije kot vede: začnemo lahko že z definicijo »normalnega«: če želimo označiti določeno duševno doživljanje ali določeno vedenje določiti kot abnormno, mora obstajati primerljiva vrednost »normalnega« (ta razpon je seveda vedno treba razumeti v kontekstu časa in prostora). Sama psihiatrična veda se je v 19. stoletju začela organizirati okoli prvih poskusov klasifikacije posameznih duševnih simptomov v določene diagnostične kategorije. Glede na to, da so bile organske osnove duševnih motenj glede na tedanje zmožnosti tovrstnih raziskav takorekoč še nedostopne, so se pojavljale različne špekulacije v zvezi z etiologijo duševnih motenj (ki se, mimogrede, tudi fenomenološko spreminjajo s časom in prostorom). Prvi resni, sistematični poskusi razlage abnormnosti človeških doživljanj so od začetka oziroma v prvi polovici 20. stoletja na eni strani dogajali v kontekstu psihoterapevtskih pristopov, predvsem psihoanalitičnih (Tomori, 2003) (slednji imajo svoj neminljiv prispevek v zgodovinskem razvoju psihiatrije ne glede na to, da so nadaljnja dognanja, tudi nevrobiološka, nekatere aspekte tega načina razmišljanja odvrгла kot neuporabna oziroma kot neskladna z novejšimi dognanji), na drugi strani pa na področju psihologije. Po avtoričinem mnenju je bil ravno prispevek psihološke stroke

v tistem časovnem obdobju najbolj v skladu s sodobnimi zahtevami »evidence-based« dognanj v psihiatriji. Za ilustracijo te trditve naj omenim Jean Piaget-a in njegova na empiriji sloneča dognanja glede organizacije oziroma razvojnih obdobj kognicije (Kaplan, Sadock 1998).

Dognanja s področja psihologije so poleg biomedicinskega znanja pravzaprav med temeljnimi zidaki psihiatrije kot vede – od obče, prav posebej psihologije emocij in kognicije, razvojne psihologije, psihologije osebnosti, socialne psihologije, itn. Vloga psihologije je na področju psihiatrije posebej pomembna tudi pri svojih prispevkih k diagnostiki (klinično psihološki pregledi), kar pomeni del vsakodnevne rutine. Psihološka dognanja so tudi zidaki psihoterapevtskih teoretičnih konstruktov (psihoterapija pa je del celostne obravnave v psihiatriji). Z avtoričine perspektive se zdi sicer vloga psihologov na področju psihoterapije v psihiatriji zelo spremenjena: izobraževanje iz različnih psihoterapevtskih orientacij je namreč postalo dostopno in nuja različnim profesionalnim profilom na področju psihiatrije, ne nazadnje tudi zelo številnim psihiatrom. Tako psihoterapija postaja neko za psihologe nespecifično področje – res pa je bila v času bistveno večje dihotomije »telo-duša« v psihiatriji pretežno domena psihologov. Morda spregledujemo izjemen pomen psihologije kot stroke na nekih drugih razsežnostih: po avtoričinih izkušnjah smo namreč bistveno premalo poučeni o že omenjenih področjih psihologije in preveč »psihološkega« znanja (to velja za psihiatre) pridobivamo iz psihoterapevtskih teoretičnih konstruktov (ki jih brez bazičnega psihološkega znanja lahko razumemo pretirano poenostavljeno ali morda celo napačno). Predvsem pa spregledujemo izjemen pomen psiholoških dognanj v kontekstu komunikacije (s pacienti, med osebjem, z vodstvenimi kadri, z laično javnostjo itd.) in v smislu ojačanja (»empowerment«) zdravih človekovih potencialov. V sodobnem pristopu k človeku z duševnimi težavami naj bi namreč pozornosti ne namenjali le dejavnikom tveganja ter sami psihopatologiji, temveč naj bi iskali predvsem tudi dejavnike zaščite (oziroma tiste potenciale, ki največ prispevajo k zdravljenju) – kot že omenjeno, se z diagnosticiranjem zdravih /normalnih razponov človekovega vedenja in doživljanja ukvarja psihologija. »Zdravo« namreč ni največkrat neka nasprotna vrednost »bolnega«, ampak gre lahko za povsem drugačno kvaliteto. Ne nazadnje se področje socialne psihologije ukvarja in zna razložiti predsodke v zvezi z psihiatrijo in duševnimi bolniki.

Omenila sem že, da dognanja psihologije v psihiatriji nimajo svojega mesta zgolj v kliničnem in raziskovalnem delu s pacienti, pač pa tudi pri uravnavanju medsebojnih odnosov med profesionalci samimi. Nadalje obstajajo v medicinsko/psihiatrski praksi zanimivi problemi pri sprejemanju in aplikaciji novih dognanj. Tako se utegne zgoditi, da profesionalci promovirajo zdravilo ali terapevtski postopek, za katerega empirični dokazi pokažejo, da ni učinkovito ali da je celo manj učinkovito? Očitno ni gonilo te odločitve duševna bolezen zdravnika, ampak neka njegova prepričanja, odnos do novega / spremembe, osebnostno-vedenjski stil (»navajenost«, morda lagodnost), morebitna podrejenost pre(s)trogemu predstojniku?

Interakcija some in psihe – psihiatričnih in psiholoških dognanj

Če želimo slediti sodobnim dognanjem o celostnem razumevanju in obravnavi človeka z duševno motnjo, je nujno v strokovni perspektivi združevati telesno/somo in duševno/psihe. Cepitev je smiselna le takrat, ko se je funkcionalno nujno epizodično fokusirati en nivo zaradi zdravljenja ali drugih potreb (didaktičnih, raziskovalnih). Kako pa celostno deluje v psihiatrski praksi (formalno sicer velja »celostno« za normativno)? Del strokovnjakov v psihiatriji se utegne vesti, kakor da ljudje nimamo intrapsihičnega doživljanja in socialnih odnosov in da smo skupek celic oziroma da nas mehanicistično določajo naši nevrotransmiterji. Morda ravno sedaj nekdo raziskuje povezave med rezultati pozitronske emisijske tomografije in romantično ljubeznijo ali obžalovanjem? Zelo verjetno se da ugotoviti, kje v naših možganih se dogajajo ti procesi in kateri nevrokemični procesi se sprožijo (kar je sicer nadvse zanimivo), pač pa nam te raziskave ne odgovorijo, zakaj se nam dogaja obžalovanje ali romantična ljubezen in kaj nam tako doživljanje pomeni. Prav tako pa se del strokovnjakov še vedno vede, kakor da ne obstaja telo in biološko pogojene motnje razlagajo s psihosocialnimi konstrukti. Z zanikanjem organske osnove lahko sprožijo hudo škodo – na primer preprečijo zdravljenje z zdravili, kjer je farmakoterapija osnova pomoči, ali iščejo »krivce« tam, kjer je »kriva« biološko pogojena motnja. Dvomim, da bi se dalo psihiatrom pripisati, da utegnejo pozabiti na psihološko, psihologom pa, da pozabijo na telesno: pri obojih najverjetneje odloča o njihovem izključevanju telesa ali duše raven njihove strokovne izobrazbe, njihova osebnost in morebitno stanje rivalitete.

Od kod sploh potreba strokovnjakov po redukcionističnemu pristopu k človeku z duševno motnjo, posebej v današnjem času, ko je celostni pogled dostopen takorekoč vsakemu strokovnjaku?

Tako predstavniki psihologije kot psihiatrije utegnemo pretirano poudarjati dihotomnost pogleda na človeka z duševno boleznijo ne samo iz neznanja ali narcisizma/rivalitete, pač pa morda tudi zaradi želje po občutku gotovosti, obvladovanja preštevilnih dimenzij z redukcionističnim pristopom. Celostni pogled utegne biti strašljivo poln dilem. Tako lahko strokovnjak, soočen s pacientom v bolečini, naravnost hlepi po trdnih tleh in po gotovosti razlage. Kar se tiče psihiatrije - potrebno je le ignorirati kontekst, in nenadoma postane pogled na trpečega bolj znosen in obvladljiv – morda bi pa vendarle vse lahko zreducirali na nevrottransmitterje in biologijo? Tako imenovan triumf biološke psihiatrije torej ni iz trte izvit: ne samo da prinaša več konkretne podpore farmacevtskih firm, strokovnjaku – v tem primeru psihiatru - nudi občutek gotovosti in posebne pozicije (končno se le malo ljudi spozna na biologijo, na strah pred duševno boleznijo in podobno pa kar veliko). Žal se z vidika izključno biološke psihiatrije »trpeči človek zreducira na abstraktno zbirko simptomov«, ali pa se ga definira kot »kroničnega pacienta s slabimi/bolnimi možgani« (Kaiser 1996). Če primerjamo med seboj, kaj je močnejše, telesno ali duševno, večjo težo sicer določi telesno: če nam odpove bistven telesni organ, nam naša osebnostna moč pač ne pomaga preživeti. Pač pa pomen psihe pridobi na veljavi takoj, ko preidemo iz akutne telesne ogroženosti (še ne vemo prav dobro, koliko psihe deluje v skrajno ogrožajočih stanjih? – morda nam bo v prihodnje več teh odgovorov dala psihoneuroimunologija). Poznavanje bioloških zakonitosti je torej temelj strokovnega znanja psihiatra, a nikakor ne zadovoljujoč: v kolikor iz objektivnih razlogov tak strokovnjak ne zmore biti dovolj dober poznavalec psihosocialnega človekovega konteksta, je dolžan vsaj zavedanja le-tega in ob zdravljenju svojih pacientov poskrbeti za sodelovanje s strokovnjaki, ki te aspekte poznajo in jih znajo uporabiti pri terapevtskem delu. Res pa psihologija kot stroka ne pomaga vedno k celostnemu razumevanju bolnika: tudi v psihološki stroki lahko prevladujejo redukcionistični pogledi na človeka: tako kot je v psihiatriji biološka psihiatrija namesto kot temelj znanja že kar končni domet pogleda na bolnega človeka, tako je analogno v psihologiji človek lahko zreduciran na vedenjsko – kognitivno komponento svojega bivanja. Vedenjsko kognitivni pristopi pri človeku z

duševno motnjo so sicer ena najbolj uporabnih in učinkovitih obravnav v psihiatriji, pa vendar »hegemonija pozitivistično vedenjskega pogleda 20. stoletja devaluira tisto, kar je bazično človeško« (Meares, 2003) - to je njegovo celovitost bivanja in človekovo potrebo po dajanju pomena svojemu doživljanju in vedenju. Pravzaprav je kar nerodno, da je že Hippokrates izhajal iz celostnega pogleda na človeka – »Kot naj ne bi poskušali zdraviti oči ločeno od glave ali glave brez telesa, tako tudi nikar ne zdravite telesa, dušo pa da bi pri tem puščali vnemar«, prav tako je njegovo izhodišče, da zdravniška umetnost rase iz treh stvari: bolezni, bolnika in zdravnika (Milčinski, 1986) – sodobniki pa naj bi zopet razmišljali pred-celostno.

Celostni pristop nima samo pozitivnih aspektov: ko raztegnemo pogled s samih simptomov duševne bolezni na celostno manifestacijo človekovega bivanja, se utegnemo strokovnjaki s tega področja prekucniti v grandioznost – morda pa ni meje našim nasvetom ali priporočil, kako in kje vse naj se pacienti spremenijo, da bodo bolj zdravi, saj je vendar njihova duševna motnja povezana prav z vsemi aspekti človekovega bivanja (Scheurich, 2000)? Tako celostno postane sinonim za površno.

Prav tako lahko filozofija »celostnega« v psihiatriji ob morebitni strokovni površnosti in neobvladanem narcisizmu strokovnjakov zdrsne v nasprotje svoje sporočilnosti (v pozitivnem pomenu izraza gre v bistvu za odgovornost in spoštovanje vseh nivojev človeka). Tako lahko psihiater na primer začne verjeti mitu o psihiatru, ki ga včasih skonstruira laična javnost s svojimi pričakovanji do psihiatrov – da se spoznajo tako na »bolno« kot na »zdravo«. Laiki tako lahko zmotno pričakujejo, da se psihiatri spoznajo na vse aspekte človekovega doživljanja – na primer na kvaliteto odnosov med ljudmi, na odnos med spoloma, politiko, vzgojo ipd. – psihiater pa ima lahko relevantno mnenje zgolj če je posebej dodatno treniran / izobražen za to področje, sicer ponuja svoja osebna stališča, mnenja, morda celo predsodke kot relevantno strokovno mnenje. Menim, da bi se v takih primerih prilegla ustrezna kritika s strani relevantnih psihologov. Kaj pa druga stran iste palice? Ne redko pa se zgodi, da se psihiatrovo mnenje glede tega, na kar se objektivno spozna, pogosto devaluira kot da bi šlo za nek konstrukt, namenjen razvrednotenju človeka. Tako se lahko že sam proces diagnosticiranja neke duševne motnje označi za zlorablajoč. Avtorica se s tem ne strinja: ustrezna diagnoza duševne motnje pri človeku je sama po sebi human akt. Ustrezna diagnoza, na primer bolezni shizofrenija pri adolescentu pomeni

možnost, da bo ta huda bolezen ustrezno zdravljena in ne da bo prišlo pri tem mlademu človeku do prezgodnjega in prehudega osebnostnega in kognitivnega zastoja. Zakaj laična javnost včasih težko doživlja tovrstno diagnosticiranje kot humani akt (prav tako se na primer šteje za zelo koristno, če zdravnik diagnosticira pljučnico pri bolniku, če jo le-ta ima – brez diagnoze pač ne bi bilo ustrezne pomoči) – spet bi prav prišla analiza usposobljenih psihologov.

Naj povzamem: psihologija je organsko povezana s psihiatrijo, od zgodovinskega razvoja psihiatrije do aktualnega prispevka k temeljnemu znanju v psihiatriji, do rutinskega vsakodnevnega dela z ljudmi, ki trpijo zaradi neke dušne težave. Primerno strokovno skromnost (kot antipod grandioznosti in onipotenci) v psihiatriji (kot povesod) gojimo zgolj z interdisciplinarnim znanjem in sodelovanjem. Vsaka stroka naj bi se zavedala meja svoje stroke in organske povezanosti: morebitna rivaliteta in izključevanje osiromaši obe strokovni polji, najbolj pa razumevanje in pomoč človeku, ki trpi.

Literatura

Allen JG. Traumatic Relationships and Serious mental Disorders. Chicester – New York: John Wiley and Sons, Ltd, 2001.

Altschuler J. Working with Chronic Illness: a Family Approach. Macmillan, basingstoke and London 1997.

Dallos R, Draper R. An Introduction to Family Therapy. Buckingham – Philadelphia 2000: Open University Press.

Eisenberg L. Psychiatry and neuroscience at the end of the century. Current Opinion in Psychiatry 1999; 12: 629 – 632.

Freedman AM. The biopsychosocial paradigm and future of psychiatry. Compr Psychiatry 1995; 36 869: 397 – 406

Kaplan HI, Sadock BJ. Contributions of the Psychosocial Sciences to Human Behavior. Synopsis of Psychiatry. Baltimore 1998: Williams & Wilkns, 140 – 192.

Kaiser D. Commentary: Against Biologic Psychiatry. Psychiatric Times 1996; XIII (12): 1-6

Meares R. Towards a psyche for psychiatry. Aust NZJ Psychiatry 2003; 37 (6): 689 – 95.

Milčinski L (ur.). Psihijatrija. Ljubljana 1986: Državna založba Slovenije.

Moravec Berger D (ur.). Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB – 10). Ljubljana 1995: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 311 – 388.

Scheurich N. Commentary: Psychiatry and values: Mental Health as Trojan Horse. Psychiatry Times 2000; XVII (6).

Southwick SM. Bremner D, Krystal JH, Charney DS. Psychobiologic Research in Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatric Clinics of North America 1994; 2: 251 – 264.

Tomori M. Meja med psihiatriji in psihoterapijo. Romih J, Žmitek A (ur.). Meja psihiatrije – zbornik. Psihiatrična bolnišnica Begunje 2003; 33 – 44.