

Dijagnostička i prognostička vrijednost pisanih radova
hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika

Marija Kudumija

Vinko Čatipović

Darko Novalić

Želim iznijeti svoje osobnovjerenje da ovog trenutka nitko od nas nije u stanju sagledati opseg i smjerove razvoja on-linetakve komunikacije pacijent liječnik. Vjerujem da će novi oblici pisane komunikacije liječnik-pacijent naći svoje mjesto u radu s pacijentima, pa i psihijatrijskim bolesnicima, prvenstveno u smislu bolje edukacije bolesnika, kontinuirane podrške i jednostavnije dostupnosti terapeuta. Terapeutu takav način komunikacije omogućuje kontinuirano praćenje stanja bolesnika i ranije uočavanje pogoršanja, čemu onda treba slijediti pregled „in vivo“. Usput se zahvaljujem našimvrijednim socijalnimradnicama Snježani Pavičić i Daliborki Diebalo koje su neposrednim radom s bolesnicima prikupile materijal za ovu stuciju.

Vinko Čatipović

SAŽETAK

Rad obrađuje pitanje vrijednosti pisane komunikacije hospitaliziranih psihijatrijskih pacijenata, a u projekciji značaja sve zastupljenije web komunikacije. Pregledali smo nekoliko stotina psihijatrijskih radova, te izdvojili 71 rad, u kojem su sadržaji bili prezentirani na način koji nam je omogućavao daljnju obradu. Radovi su pisani tijekom hospitalizacije na odjelu Djelatnosti za psihijatriju OB Bjelovaru u periodu od 1996.g. do 2000.g. Rezultati nisu potvrdili prognostičku vrijednost radova, a dijagnostička korelacija je potvrđena za shizofreniju i sumanute/neadekvatne sadržaje, alkoholizam i idealizirajuće sadržaje, te anksiozno depresivni poremećaj i depresivne sadržaje. Zaključili smo da pisana komunikacija u psihijatriji, bez obzira na sve veću primjenu web-a u medicini, može biti samo nadopuna klasičnom, dakle neposrednom susretu psihijatar-pacijent.

Uvod

Otkrićem nesvjesnog, "duša, do tada zasnovana na postavkama filozofskog intelekta i opremljena sa svojim neophodnim sposobnostima prijetila je da se pretvori u oblik neistraženih svojstava. Ona više nije predstavljala ono neposredno i poznato, na čemu više nije imalo što da se pronalazi osim više ili manje zadovoljavajućih definicija. Naprotiv, sada se pojavila u čudnom dvostrukom obličju, kao nešto sasvim poznato a istovremeno i nepoznato".¹ «U većine bolesnika uočavamo u neku ruku dvostruki život. Prema vani oni se ukazuju nekako luckasto, ali kroz ono nezdravo jasno možemo osjetiti ono zdravo».² No dobro, znamo da nesvjesno postoji i «govori», ali, koliko smo ga spremni i sposobni razumjeti?

«Dakle, naše viđenje drugog zavisi od naše spremnosti da priberemo sve moći svake strane našeg bića u čin poimanja. Potrebno je, izgleda, i veoma bitno da se ka toj ličnosti orijentiramo na način koji nam neće zatvoriti mogućnost da je shvatimo. Umjetnost razumijevanja onih vidova nečijeg bića koji se daju promatrati, jer izražavaju njegov oblik bića-u-svijetu, zahtijeva od nas da povežemo sve njegove postupke s njegovim načinom doživljavanja situacije u kojoj je zatečena sa nama.»³

Problem je prvo prepoznati, onda protumačiti prepoznato. Tumačenje je nemoguće bez spoznaje drugoga, a najdublji put spoznaje drugoga je identifikacija. «Emocionalno se uživljujemo u partnera, to nam omogućuje prodiranje u bit njegove osobnosti i konačnu spoznaju. Slijepa je samo erotična fascinacija, omama zaljubljenosti».⁴ Najdublju spoznaju ostvarujemo mimo intelekta: «Ljubav, koja razmišlja, slična je dječaku, koji nema dug život, jer je previše talentiran.»⁵ Kod pacijenta nastojimo njegovu trenutnu regresiju spoznati putujući kroz vlastitu ontogenetsku skalu, doživljavati

primarnim procesom, a onda to podijeliti s pacijentom u sekundarnom procesu. Ako je to uopće istina, zasigurno jedini dokaz te istine neće biti psihoterapijski proces.

Analizirajući umjetnike i njihove radove Freud ukazuje da ono što nas privlači umjetnosti nije savršenstvo tehnike već sposobnost umjetnika da prepozna i izrazi nesvjesno na način prepoznatljiv i publici.⁶ »Georges Simeon, poznati suvremeni francuski pisac, kaže da u nekoliko mahova, kada je sjetio potrebu za psihijatrijskom pomoći, umjesto da ode psihijatru, sjeo je i napisao roman."⁷ Adler govori o «organskom dijalektu», a pod time podrazumijeva «jedan govor koji često izražajnije i jasnije iskazuje određeno mišljenje nego što su riječi u stanju, jedan govor tijela koji sam nazvao organski dijalekt».⁸ Dobar glumac glumi bez riječi. I dana, kao i u djetinjstvu volim bajke, nekada su mi ih čitali baka, majka i teta, danas ih ja čitam svojoj najmlađoj kćerki. Između ta dva razdoblja života pročitao sam i «Značenje bajki»⁹, dakle spoznao dubinu bajki, ali glatko priznajem da samu bajkama više uživao doživljavajući ih no tumačeći, pa i dalje prednost dajem doživljaju no njegovom tumačenju.^{10,11,12,13}; svi ti radovi jasno potvrđuju snagu izražavanja nesvjesnog.

Da li bi okupaciona terapija doista toliko pomagala pacijentima da je samo «okupaciona», da se sva njena učinkovitost svodi samo na preusmjerenje misli i opuštanje mišića? Da li shizofrenik voli biti u vodi jer je ona topla ili zato što ona jasno determinira granicu njegova tijela («zona distance»¹⁴)? Da li naši bolesnici, baš kao i umjetnici, u svojim radovima prazne energiju konflikta, govore «primarnim» jezikom?

U radu ćemo pokušati dokazati da psihijatrijski bolesnici čak i u svojim pisanim radovima ukazuju na svoju patnju, konflikt, bolest, pa da čak mogu i imati dijagnostičko i prognostičko značenje... Pismo liječniku je problematičnog značenja jer je pisanje toliko učeno i preučeno, ono nije odraz talenta kao

slikanje, skladanje, poezija ili proza... Ipak, vjerujem da nije upitno da li pacijenti i u tom obliku nude sebe, već da li mi to hoćemo i znamo spoznati.

Ispitanici i metode

Odjel psihijatrije u OB Bjelovar svrstan je u tzv. "akutni psihijatrijski odjel". Tijekom hospitalizacije pacijente nastojim uključiti u različite socioterapijske aktivnosti, determinirane oraganizacijskim, financijskim i "fondovskim" uvjetima. Jedan od oblika socioterapijskih aktivnosti je i pisanje tzv. "pisma liječniku". Za razliku od ostalih pisanih radova koji imaju unaprijed određenu temu, npr. "Moja obitelj" ili "Moja bolest", pismo liječniku je slobodnog sadržaja. Bolesnik sam određuje o čemu i kako će pisati, te koliko će pisati. Piše se u skupini, uz potporu socijalnog radnika. Pisma se pohranjuju izvan povijesti bolesti, a dostupna su psihijatru, psihologu i socijalnom radniku. Kako bismo ocijenili dijagnostičku i prognostičku vrijednost pisama liječniku izdvojili smo sedamdesetak radova i obradili prema sadržaju. Sadržaji su podijeljeni na depresivne, sumanute, suicidalne, idealizirajuće i neodređene. U depresivne sadržaje svrstani su sadržaji u kojima prevladava tema bolesti, siromaštva, grijeha i krivice, te opće propasti; idealizirajućim smo ocijenili sadržaj u kojima se veliča terapeut, odjel, osoblje, itd. Neodređenim sadržajima smo smatrali sadržaje koji su bili izvan svakog razumnog konteksta, disocirani, ili su pak predstavljali crte i krugove koje nismo mogli protumačiti. Sadržaje nismo razrađivali niti interpretirali u kasnijim razgovorima s pacijentima. Grupe prema kojima smo razvrstali sadržaje dogovorili smo nakon čitanja svih pisama. Dvadesetak radova smo isključili iz studije jer ih nismo mogli svrstati pod definirane grupe ili zbog nečitkog potpisa. Naime, na osnovi potpisa smo u Registru bolnički liječenih pacijenata djelatnosti za psihijatriju OB Bjelovar pronašli njihove povijesti bolesti. Pregledom povijesti bolesti utvrdili smo dijagnozu pod kojom se liječe, broj ambulantnih kontrola u godini dana iza pisanja pisma i

eventualnu rehospitalizaciju unutar godine dana. Hi kvadrat testom i hi testom korelacije (16) potražili smo značajnost i korelaciju između sadržaja pisama i dijagnoze, što smo nazvali dijagnostičkom korelacijom, te sadržaje pisama i broja ambulantnih kontrola i rehospitalizacija, što smo smatrali prognostičkom korelacijom.

REZULTATI

Nakon pregleda velikog broja pisama pacijenata u studiju je uključeno 71 pismo. U 11 pisama dominantan sadržaj je bio neki proživljeni ili aktualni gubitak, 19 pisama je bilo depresivnog sadržaja, u 11 pisama smo našli naglašenu idealizaciju, u 10 sumanutosti a 20 pisama je bilo sadržajem i/ili formom neadekvatno. Kod 15 pacijenata je bila postavljena dijagnoza depresije, 29 shizofrenije, 12 alkoholizma, a 15 je imalo dijagnozu iz skupine anksioznih poremećaja (tablica 1.).

SADRŽAJ	KONTROLA		REHOSPITALIZACIJA		OTPUSNA DIJAGNOZA				ukupno
	<4	>3	da	ne	depresija	sch.	alc.	anksiozni p	
GUBITAK	6	5	2	9	3	1	3	4	11
DEPRESIVNOST	10	9	8	11	5	5	1	8	19
IDEALIZACIJA	5	6	3	8	3	2	5	1	11
SUMANUTOSTI	5	5	4	6	1	9	0	0	10
NEADEKVATNI S	11	9	9	11	3	12	3	2	20
ukupno	37	34	26	45	15	29	12	15	71

Ispitanici su prema učestalosti ambulantnih kontrola nakon hospitalizacije tijekom koje su napisali pisma koja smo analizirali podijeljeni u dvije skupine. Prvu su skupinu činili ispitanici s najviše tri pregleda tijekom godine, a drugu skupinu ispitanici s četiri i više godišnja kontrolna pregleda. U cjelini između ispitivanih skupina nije bilo većih razlika, a nije bilo razlika ni kod uspoređivanja ispitanika s istim sadržajem pisma. Promatrajući rehospitalizacije tijekom godine dana po otpustu vidjeli smo da najmanje rehospitalizacija tijekom prve godine imaju pacijenti u čijim pismima prevladavaju sadržaji gubitka (18,18%) i idealizacije (27,27%). Oko 40% pacijenata s depresivnim, sumanutim i neadekvatnim sadržajima rehospitalizirano je tijekom godine dana po otpustu. Tema gubitka se značajno manje javljala kod shizofrenih u odnosu na ostale pacijente (9,09%). Kod anksioznih pacijenata našli smo više depresivnih (42,1%)

sadržaja i sadržaja gubitka (36,36%) u odnosu na bolesnike s dijagnozom depresije (26,32% i 27,27%). Idealizirajućim sadržajima najviše pribjegavaju alkoholičari (45,45%), najmanje anksiozni poremećaji (9,09%), a ne shizofrenici (18,18%), što bi očekivali. Sumanutosti nalazimo kod shizofrenih i depresivnih bolesnika, 90% pisama sa sumanutim sadržajima su napisali shizofrenici, 10% depresivni bolesnici. Neadekvatni sadržaji se ne javljaju samo kod shizofrenih (60%), već i kod drugih bolesnika. (Tablica 2. i 3.)

SADRŽAJ	KONTROLA		ukupno	rehospitalizac.		ukupno
	>4	<3		da	ne	
GUBITAK	54,55	45,45	100,00	18,18	81,82	100,00
DEPRESIVNOST	52,63	47,37	100,00	42,11	57,89	100,00
IDEALIZACIJA	45,45	54,55	100,00	27,27	72,73	100,00
SUMANUTOSTI	50,00	50,00	100,00	40,00	60,00	100,00
NEADEKVATNI S	55,00	45,00	100,00	45,00	55,00	100,00

OTPUSNA DIJAGNOZA				ukupno
depresija	sch.	alc.	anksiozni po	
27,27	9,09	27,27	36,36	100
26,32	26,32	5,26	42,11	100
27,27	18,18	45,45	9,09	100
10	90	0	0	100
15	60	15	10	100
21,13	40,85	16,90	21,13	100

Tablice 4.i 5. prikazuje rezultate uspoređivanja pojedinih rezultata studije. Možemo reći da su usporedbe rađene u dva nivoa, gdje prethodni nivo uvjetuje naredni.

	KONTROLA	REHOSPITALIZACIJA	OTPUSNA DIJAGNOZA
GUBITAK	0,25	1,082	3,34
DEPRESIVNOST	0,103	0,736	6,85
IDEALIZACIJA	0,0231	0,129	5,85
SUMANUTOSTI	0,0178	0,352	8,17
NEADEKVATNI S.	0,22	1,42	3,05

Prvi nivo čini uspoređivanje broja kontrolnih pregleda, odnosno rehospitalizacija kod pacijenata s jednim sadržajem u odnosu na sve ostale pacijente. Tamo gdje je prema postotnim rezultatima (Tablice 2.i 3.) bilo smisleno

izvršili smo uspoređivanje tih rezultata, ali sada uspoređujući rezultate ispitanika s istim sadržajem pisma s ispitanicima točno određenog, drugačijeg sadržaja (npr. rezultate ispitanika s temom gubitka u odnosu na ispitanike s temom sumanutosti). Malo je drugačiji postupak bio kod analize otpusnih dijagnoza. (tablica 5.)

SADRŽAJ	OTPUSNA DIJAGNOZA							
	depresija		sch.		alc.		anksiozni poremećaj	
GUBITAK	0,8929	0,105969	-3,9882741	0,4733211	2,0622106	0,2447394	3,0569765	0,362796359
DEPRESIVNOST	0,95219	0,1130051	1,5198621	0,1803744	1,4983756	0,1778245	8,6784265	1,029939743
IDEALIZACIJA	0,89291	0,105969	1,768398	0,2098702	10,153184	1,2049612	0,4382752	0,052013692
SUMANUTOSTI	0,2621	0,0311171	14,12778	1,676659	1,1738394	0,1393091	1,8166037	0,215591198
NEADEKVATNI S.	0,2197	0,0260834	5,4038232	0,6413158	0,0071033	0,000843	1,2435151	0,147578093

Prvo se postavilo pitanje da li uopće postoji razlika između učestalosti javljanja četiri izdvojene dijagnostičke skupine po analiziranim sadržajima. Vrijednosti hi kvadrat testa od 3,81 ukazuju na statističku vjerojatnost razlike od 5%, a većina rezultata kod uspoređivanja otpusnih dijagnoza se kretala oko te vrijednosti. Time smo samo saznali da razlike postoje, ali nismo znali ništa preciznije o tome po kojim se sadržajima pojedine dijagnostičke skupine razlikuju. Pojedinačnim uspoređivanjem jedne dijagnostičke skupine i jednog sadržaja s svim ostalim ispitanicima iste dijagnostičke skupine dobili smo drugi nivo usporedbe. Korelacija se izračunava jednostavnom formulom korijena kvadrata vrijednosti hi kvadrata podijeljene brojem ispitanika. Kao i iz postotnog prikaza i ovdje lijepo vidimo da postoji blaga korelacija depresije i depresivnog, idealizirajućeg i sadržaja gubitka, ali bez značajnih razlika. Dijagnoza shizofrenije jasno korelira s sumanutim sadržajima, manje s neadekvatnim, a negativno korelira sa sadržajima gubitka. Kod alkoholičara su značajno više od ostalih sadržaja zastupljeni idealizirajući sadržaji. Vrijedi istaknuti

visoku korelaciju depresivnih sadržaja i anksioznih poremećaja, te manju korelaciju sa sadržajima gubitka. Nijedna od ranije spomenutih razlika u rehospitalizacijama ne pokazuje statističku značajnost. (tablica 6.)

	REHOSPITALIZACIJA (hi-kvadrat)
GUBITAK-DEPRESIVNOST	0,88
DEPRESIVNOST-IDEALIZACIJA	1,45
GUBITAK-NEADEKVATNI S.	1,21

RASPRAVA

Prvotna ideja da ćemo obraditi stotinjak pisama pretvorila se u čitanje stotina pisama, da bismo na koncu izdvojili sedamdesetak. Sva ostala pisma su bila formalna, tipa "živim u Bjelovaru, oženjen sam, ima dvoje djece, mlađe dijete se zove...". Pa čak i kod ovih izdvojenih pisama možemo reći da samo dio ima otkrivajuću tendenciju. Mislim na pisma u kojima pacijent svjesno nastoji iznijeti nešto svom liječniku, za što misli da će biti važno u postupku liječenja. Drugu skupinu čine pisma koja nisu formalna, ali su obrambenog karaktera, bilo da se radi o idealizaciji ili neadekvatnim sadržajima. Pacijenti bi vjerojatno bili slobodniji u pismenom izražavanju kada bi znali da su pisma dostupna samo njihovom liječniku. Susrećemo se s etičkim ali i zakonskim problemima. Mnogi liječnici se strogo drže pravila o izbjegavanju davanja informacija o pacijentu putem telefona, faksa ili pisma¹⁵. S druge strane komunikacija s liječnikom putem telefona ili e-maila povećava suradljivost bolesnika s terapeutom, jer mu omogućava promptno rješavanje nekih dilema, npr. o dozaži lijeka, nuspojavama i sl.¹⁶. Web naslovi poput "Psychohelp" i "Psycho Cybernetics", ali i činjenica da postoje brojne "psiho-chat" sobe, pa i konkretna ponuda psihoterapijske pomoći na web-u tjera nas da razmislimo o tim problemima. Na adresi: <http://www.sicap.it/~merciai/papers/paulo.htm> možete naći raspravu o odnosu psihoanalize i web-a. Vjerujemo da se transfer u punini svojih oblika ne može razviti izvan neposrednog kontakta terapeut-pacijent, ali ne želimo ignorirati vrijednost brze, lako dostupne i jeftine pomoći, koja se već dulje vrijeme koristi kao organizirana pomoć u raznim kriznim stanjima. Mislimo da će budućnost dati novi značaj raznim oblicima posredne komunikacije terapeut-

pacijent, koja nikada neće zamijeniti niti umanjiti vrijednost neposrednog susreta.

Anamneza gubitka odnosno traumatske separacije predstavlja loš prognostički čimbenik, kod različitih psihijatrijskih poremećaja^{17,18} Stoga smo predviđali da ćemo kod pacijenata koji su iznosili sadržaje gubitka, bez obzira na dijagnostičku kategoriju, naći veći broj rehospitalizacija i slabiju suradnju u posthospitalnom ambulantnom tretmanu. Doista, pacijenti iz te skupine imali su nešto veći broj rehospitalizacija od ostalih (81,82% rehospitalizacija tijekom prve godine iza bolničkog liječenja), ali ta razlika nije bila statistički značajna u odnosu na pacijente s depresivnim, neadekvatnim i ostalim sadržajima, niti u cjelini niti kod pojedinačnog uspoređivanja.

Identifikaciju smo shvatili kao obrambeni mehanizam kojim pacijent veličajući svog terapeuta ili ustanovu u kojoj se liječi postaje dio tog veličajnog sredstva, čime umanjuje vlastitu tjeskobu. Naišli smo na radove koji idealizaciju dijagnostički vežu s neurotskim poremećajem, graničnom i narcističkom strukturom ličnosti²⁰ i paničnim poremećajem²¹. U našem uzorku idealizirajuće sadržaje smo najviše našli kod pacijenata liječenih zbog alkoholizma, zatim shizofrenije.

Analizirajući sva ona pisma koja nismo uvrstili uz rad, koja zbog stroge formalnosti nisu zapravo davala nikakve sadržaje, ali su ukazivala na zatvorenost i nepovjerljivost pacijenta, kao i obrađene sadržaje, dobili smo dojam da regresivniji pacijenti lakše prihvaćaju ovaj oblik rada. Opet treba ponoviti da su svi radovi morali biti potpisani, što je znatna razlika u odnosu na diskusiju o komunikaciji putem pisanih sadržaja na web-u. Korištenje web-a zahtijeva dobru kognitivnu i voljnu očuvanost, sigurno nije dostupno regresivnim pacijentima.

Visoka korelacija sumanutih sadržaja i shizofrenije nije neočekivana. Shizofreni pacijenti u akutnoj fazi bolesti imaju takve teškoće testiranja realiteta da će svakome i u svakom obliku (govornom i pismenom) iznositi svoje sumanute ideje. S druge strane, bolest koja je najčešće vezana uz perzistentne sumanutosti je shizofrenija. Time smo dokazali visoku korelaciju shizofrenije i sumanutih sadržaja u pisanim radovima bolesnika, ali je upitna praktična vrijednost tog zapažanja. Mi u rad nismo uključili svježije, latentne oblike bolesti, pa da nam pojava sumanutosti u pismu predstavlja značajno dijagnostičko zapažanje. Ali može poslužiti kao klinička opservacija u praćenju tijeka bolesti i dopuni procjene stanja pacijenta. Mislim da isto možemo reći za neadekvatne sadržaje. Stav da je traumatski događaj kod shizofrenije značajna kao otklon, trigger, ali ne i kao uzrok bolesti, potvrđuje se u niskoj korelaciji shizofrenije i sadržaja gubitka. Normalno, nameće se i pitanje koliko je shizofrenik sposoban iznositi osjećaje na papiru, kada to ne može niti u realnom životu. Posebno zanimljivom smatramo korelaciju anksioznih poremećaja i depresivnih sadržaja, koja je viša no korelacija depresije i depresivnih sadržaja. Ta korelacija ukazuje na kliničku, a vjerojatno i etiološku povezanost anksioznog i depresivnog poremećaja ^{22,23}.

ZAKLJUČAK

Web komunikacija predstavlja novi vid komunikacije, koja se javlja i kao oblik pisane komunikacije liječnik-pacijent, pa i psihijatar-pacijent. Analizom pisanih radova psihijatrijskih bolesnika željeli smo utvrditi prognostičku i dijagnostičku vrijednost takve komunikacije. Razlika između web komunikacije i komunikacije pisanim radom izražena je u mogućoj anonimnosti komunikacije internetom, dok pisani radovi hospitaliziranih bolesnika terapeutu služe kao dopuna ili smjernica u značajem dominirajućem neposrednom susretu. Mali broj pacijenata, u pravilu proporcionalno ili dubini regresije ili socijalnoj prihvatljivosti sadržaja, prihvaća pismenu komunikaciju bez otpora izraženih u vidu formalne i nemotivirane suradnje pri izradi pisanih radova. Radom nismo utvrdili prognostičku vrijednost pisama liječniku. Samo javljanje određenog tipa sadržaja (depresivnog, gubitka, neadekvatnog, sumanutog, idealizirajućeg) ne može poslužiti kao osnova za predviđanje uspješnosti hospitalnog i posthospitalnog liječenja. Dijagnostička korelacija sadržaja izraženija je kod regresivnih bolesnika, sukladno specifičnosti javljanja psihopatologije i otežanom testiranju realiteta. Alkoholičari su skloni idealizaciji terapeuta i terapijske situacije, tražeći zaštitu veličajnog sebstva. Anksiozni poremećaji značajno koreliraju s depresivnim sadržajima, potencirajući klinička zapažanja povezanosti depresivnog i anksioznog poremećaja.

LITERATURA:

1. Jung.K.G., Dinamika nesvjesnog. Beograd:Matica srpska;1977, str. 261
2. REICH W. SPOLNA REVOLUCIJA.4.izd. Zagreb: Naprijed; 1985,str 30-6
3. Laing R.D. Podijeljeno ja. Beograd:Nolit; 1977, str. 26.
4. Košiček M, Košiček T. Ljubezen, spolnost, sreća. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1978,str.38.
5. Hafner M.. Zlata pravila življenja. Ljubljana: Učna Delavnica; 1974,str.135.
6. Freud S. Iz kulture i umjetnosti. 5.izd.Beograd: Matica srpska; 1979,str.90-5
7. Jerotić V. Psihoanaliza i kultura.213 str.
8. Adler A. Smisao života. Beograd:Prosveta;1984, str. 35.
9. Betelhajm B.Značenje bajki. Beograd: Prosveta; 1979.
10. Bunčić K, Ivković Đ, Janković J, Penava A. Igram do sebe. Zagreb:Alinea;1993.
11. De zan D. Slika i crtež u psihoterapiji djece. Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor;1994.
12. Pražić B. Crtež kao prilog dijagnostici u psihijatriji, Anali kliničke bolnice "Dr. M.Stojanović", 1971; 10Suppl 29: str 2-70
13. Klein M. Zavist i zahvalnost.Zagreb:Naprijed;1983, str.7-26
14. Trbović M. Shizofrenija. U:Muačević V. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada;1993:321-345
15. Gupta S, Bhardwaj DN, Dogra TD. Confidential communications in medical care. Indian J Med Sci 1999 Oct;53(10):429-33
16. Chen A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. Hosp Community Psychiatry 1991 Mar;42(3):282-7
17. Richards TA, Folkman S. Spiritual aspects of loss at the time of a partner's death from AIDS.Death Stud 1997 Oct-Dec;21(6):527-52
18. Hell D, Furer M.The course of schizophrenia in continued marriage and loss of the partner. Soz Praventivmed 1987;32(3):154-6
19. Kohut H. Analiza sebstva. Zagreb:Naprijed;1990.atr 66-90
20. Garza-Guerrero C. Idealization and mourning in love relationships:normal and pathological spectra. Psychoanal Q,2000 Jan; 69(1):121-50
21. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. J Nerv Ment Dis 1997 Feb; 185(2):87-94

22. Seligman LD, Ollendick TH. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1998 Jun;1(2):125-44

23. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(406):14-23