KONTRATRANSFER U RADU SA PSIHOTIČNIM BOLESNICIMA U *SETTINGU* BOLNIČKOG ODJELA

Nina Mayer

SAŽETAK/*SUMMARY*

Koncept kontratransfera duboko je ukorijenjen u psihoanalitički rad i općenito psihodinamsko razumijevanje pacijenata, no još nema jednoznačne definicije. U početku se o kontratransferu govorilo u kontekstu analitičkog rada s neurotičnim pacijentima. Tijekom psihodinamskog rada s teškim pacijentima, među koje pripadaju i pacijenti sa psihozom, uočena je važnost prepoznavanja intenzivnih kontratransfernih osjećaja, ali i njihove primjene kao alata za bolje razumijevanje pacijentova unutarnjeg svijeta. *Setting* bolničkog odjela dodatno komplicira kontratransferna pitanja u svih članova terapijskog tima. U radu su prikazane teorijske osnove razumijevanja kontratransfera te neke specifičnosti koje se pojavljuju u okviru bolničkog odjela. Navedeno je i nekoliko kliničkih primjera.

/ The concept of countertransference is deeply rooted in psychoanalytic work and in general psychodynamic understanding of patients, but we still lack an unequivocal definition. Initially, countertransference was discussed in the context of analytical work with neurotic patients. Through psychodynamic work with difficult patients, among which those with psychosis, the importance of recognizing the intense countertransference feelings was observed as well as their use as a tool for better understanding the inner world of the patient. Setting of a hospital ward further complicates countertransference issues in all members of the therapy team. The paper will present theoretical bases for understanding countertransference and some specific phenomena that occur in the hospital ward setting Several clinical examples are also presented.

KLJUČNE RIJEČI / *KEY WORDS*:

kontratransfer / countertransference, psihoza / psychosis, bolnički odjel / inpatient ward

dr. **Nina Mayer**, Psihijatrica, psihoterapeutkinja, edukantica iz grupne analize, članica IGA-a, Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan, Jankomir 11, Zagreb, *E-mail*: aninnad@gmail.com, ORCHID identifikator: 0000-0002-3513-1233

TO LINK TO THIS ARTICLE:

UVOD

Koncept kontratransfera duboko je ukorijenjen u psihoanalitički rad i općenito psihodinamsko razumijevanje pacijenata, no još nema jednoznačne definicije.

Otto F. Kernberg (1) na početku svojeg rada o kontratransferu opisuje dva različita pristupa (različitih autora i škola) konceptu kontratransfera. Prvi naziva „klasičnim", a drugi „totalnim".

Klasični pristup kontratransferu

Prema klasičnom pristupu kontratransfer podrazumijeva nesvjesne terapeutove reakcije na pacijentov transfer. Sigmund Freud (2), koji je 1910. godine prvi prepoznao i opisao fenomen kontratransfera, smatra da on nastaje u terapeutu kao posljedica pacijentova utjecaja na terapeutove nesvjesne osjećaje te navodi da se od terapeuta očekuje da ga prepozna i prevlada. U tom smislu kontratransfer je smetnja, a glavnim izvorom kontratransfera smatraju se terapeutovi neurotski konflikti koje bi trebao razriješiti tijekom vlastite analize i izbjeći kontratransferne zamke u kasnijem radu. No budući da nema savršene analize (3), vjerojatno se možemo složiti s Freudom (2) kad kaže da nijedan analitičar ne može ići dalje od onoga što mu dopuštaju vlastiti kompleksi i otpori te da analitičar treba kontinuirano provoditi samoanalizu dok istodobno promatra pacijenta. Iako se često smatra da je Freud kontratransfer smatrao isključivo preprekom koju treba svladati, ipak je kasnije (4) napisao i da analitičar treba prilagoditi svoje nesvjesno pacijentovu nesvjesnom što je na neki način bilo i utiranje puta za šire shvaćanje kontratransfera. Ideja da su analitičarevo i pacijentovo nesvjesno u neprestanom doticaju odškrinula je vrata i za razvoj intersubjektivnosti.

Totalni pristup kontratransferu

Kernberg drugi pristup naziva totalnim i pod time smatra da je kontratransfer terapeutova ukupna emocionalna reakcija na pacijenta u terapijskoj situaciji. Drugim riječima, autori (5,6,7) koji zagovaraju takvo shvaćanje kontratransfera smatraju da terapeut svjesno i nesvjesno reagira na pacijentovu stvarnost i na njegov transfer te da to nisu reakcije samo na terapeutove neurotske potrebe nego i na stvarne potrebe. To su isprepletene emocionalne reakcije koje svakako treba razriješiti, no istodobno mogu znatno pridonijeti boljem razumijevanju pacijenta. U tom smislu kontratransfer postaje koristan alat u psihodinamskom radu s pacijentima.

Novi pristupi kontratransferu – intersubjektivnost

U početcima psihoanalize prevladavao je klasični pristup i o kontratransferu se nije mnogo pisalo. Nije bilo mnogo objavljenog kliničkog materijala jer se kontratransfer smatrao nepoželjnim. Pisati o kontratransferu značilo je opisivati svoje pogreške i razumljivo je da je postojao otpor. Lucia E. Tower otpore analitičara prema osvješćivanju kontratransfera uspoređuje s otporom pacijenata prema uvidu u transferne osjećaje (3). Uz sve otpore i povremena razdoblja šutnje o temi kontratransfera, ideje su se ipak razvijale. Donald W. Winnicott u poznatom radu „Mržnja u kontratransferu" piše o važnoj ulozi kontratransfera, osobito u radu s teškim pacijentima, te ističe da je stvaranje i prepoznavanje negativnog kontratransfera bitan dio liječenja (7). Paula Heimann tvrdi da je kontratransfer neizbježan, ali i neprocjenjiv i da je analitičarev alat za istraživanje (6). Charles Savage opisuje konstruktivne i opstruktivne aspekte kontratransfera. Lako je prepoznati štetne aspekte: analiziranje nečega u pacijentu što je ustvari analitičarevo, nemogućnost prepoznavanja pacijentovih sadržaja koji su slični sadržajima koje analitičar ne želi vidjeti kod sebe, iskorištavanje pacijenta za dobivanje gratifikacije samo su neki od primjera. Manje su prepoznatljivi korisni aspekti kontratransfera, koji se, kako navodi Savage, nerijetko opisuju gotovo mističnim jezikom: „slušati trećim uhom", „zaroniti u pacijentovo nesvjesno", čime se pokušava opisati da analitičarevo nesvjesno razumije pacijentovo nesvjesno (8). Na temeljima koncepata Melanie Klein o projektivnoj identifikaciji razvija se ideja o kontratransferu koji je izazvan pacijentovim projekcijama unutarnjih objekata i koji je stoga način razumijevanja pacijentova unutarnjeg svijeta.

Krajem 20. stoljeća, u promijenjenoj psihoanalitičkoj klimi i tijekom razvoja intersubjektivnosti, kontratransfer postaje jedna od središnjih tema iako ga i dalje prate kontroverzije i različiti pogledi. Theodore J. Jacobs piše da su posljednja desetljeća 20. stoljeća vrijeme kontratransfera. Thomas H. Ogden dodaje nove perspektive razmišljanjima o kontratransferu i projektivnoj identifikaciji.

Projektivna identifikacija koncept je vrlo blizak kontratransferu. Prema Ogdenovoj definiciji projektivne identifikacije osoba projicira neželjene *self*- ili objekt-reprezentacije u drugu osobu što u primatelju stvara pritisak da osjeća osjećaje slične projiciranima (9). Glen O. Gabbard pokušava sažeti i približiti koncepte kontratransfera i projektivne identifikacije navodeći da moderno shvaćanje projektivne iden-

tifikacije među klajnijanskim analitičarima (i u britanskoj školi objektnih odnosa) i kontratransfernog odigravanja (engl. *enactment*) kod klasičnih analitičara i analitičara ego-psihologije podrazumijeva razumijevanje analitičareva kontratransfera kao zajedničke pacijentove i analitičareve kreacije. Pacijent u analitičaru pobuđuje određene reakcije, a analitičarevi vlastiti konflikti i unutarnje *self*- i objekt-reprezentacije određuju završni oblik kontratransfernog odgovora (10).

Sljedeći koncept blizak kontratransferu jest empatija. Ona je prijeko potrebna u terapijskom radu, osobito s teškim i regresivnim pacijentima. Empatija uključuje „pokusne identifikacije" s pacijentom koje se ostvaruju mehanizmima introjekcije i projekcije (11). Kernberg upozorava da taj proces može reaktivirati terapeutove rane sukobe (1).

Danas uglavnom prevladava stajalište da kontratransfer predstavlja analitičareve osjećaje izmiješane s projiciranim aspektima pacijentova unutarnjeg svijeta i da je sastavni dio analitičkog procesa (12). Prepoznavanje i analiza kontratransfernih osjećaja vrijedan su alat koji se ne treba bojati primijeniti.

Ni u psihoterapijskom radu sa psihotičnim bolesnicima ne može se zaobići pitanje kontratransfera. Ustvari, to je ključno pitanje jer ti bolesnici zbog specifičnosti svoje psihopatologije pobuđuju prilično burne i intenzivne osjećaje koji terapeuta i članove terapijskog tima mogu zbuniti i često ih teško kontroliraju (13). Izdržati visoko ambivalentan transfer koji se brzo mijenja, biti „kontejner" koji detoksicira pacijentove negativne i ugrožavajuće sadržaje, izdržati bolesnikovu agresiju koja nije neutralizirana, prihvatiti regresivno stapanje i ponovo uspostaviti granice, prilagođavati se oscilacijama pacijentova funkcioniranja tijekom razvojnih faza, zadržati psihoterapijsku funkciju iako je pacijent svojim ponašanjem često ugrožava – sve to od terapeuta zahtijeva velike psihičke napore. Nije, dakle, neobično što terapeuti često opisuju osjećaje nemoći, tjeskobe, očaja, umora, ljutnje (14)...

Kontratransfer u bolničkom terapijskom okviru

U *settingu* bolničkog odjela pojavljuju se svi transferno-kontratransferni problemi koji postoje između pacijenta i terapeuta, ali i sasvim novi jer se razvijaju odnosi između pacijenta i ostalih članova tima, odnosi unutar tima te odnosi između pacijenata na odjelu što sve čini gusto isprepletenu mrežu odnosa u kojoj se događa liječenje psihotičnog bolesnika. Pacijent i terapeut članovi su iste terapijske zajednice. U *settingu* odjela postoji ten-

dencija ponavljanja obiteljske situacije i za pacijenta i za terapeuta. Govoreći o kontratransferu u terapiji shizofrenih pacijenata, Savage proširuje Freudovu misao da kontratransfer nastaje u terapeutu kao rezultat pacijentova utjecaja na terapeutove nesvjesne osjećaje. Savage smatra da u *settingu* bolnice na terapeutove nesvjesne osjećaje prema pacijentu može utjecati i sve osoblje (sestre, supervizori, kolege, pa i pacijentova obitelj). Sve osoblje i svi članovi odjelnog tima također doživljavaju kontratransferne osjećaje u odnosu na pacijenta (8).

Često ponavljan moto terapeuta da treba pratiti vlastiti kontratransfer postaje vrlo izazovan zadatak kad je terapeut ustvari višeglava Hidra u obliku cijelog terapijskog tima s mnogobrojnim kontratransfernim reakcijama u svakoj pojedinoj glavi (15).

Kako bi odjel kao cjelina postigao *holding*, funkciju dovoljno dobre majke, mora pacijentu pružati osjećaj sigurnosti. Ozračje na odjelu treba biti što mirnije, opuštenije i prirodnije, a struktura odjela stalna i jasna. Odnosi na odjelu trebaju biti konstantni, bez većih promjena i emocionalnih potresa, a komunikacija jednostavna i jednoznačna. Reakcije osoblja trebale bi biti predvidljive kako pacijent ne bi trebao trošiti psihičku energiju na prilagodbu na odnose na odjelu (16).

Transfer u bolničkom settngu

Ipak, unatoč jasno postavljenim načelima i ciljevima liječenja, na odjelu često dolazi do složenih interakcija koje izazivaju intenzivne transferne i kontratransferne osjećaje. Pacijent je na odjelu sklon ponavljati svoje obiteljske odnose. Peter L. Giovacchini navodi da pacijent ne može imati povjerenja u „dovoljno dobru okolinu" koju opisuje Winnicott jer na temelju svojih često traumatičnih iskustava iz obitelji očekuje da će ga frustrirati i okolina odjela (17). Ako okolina odjela ne frustrira, psihička je ravnoteža narušena i pacijent će, pokušavajući ponovo uspostaviti ravnotežu, pokušati terapeuta ili nekog drugog člana tima učiniti reprezentantom svojeg lošeg svijeta. Obitelji iz kojih dolaze shizofreni bolesnici često su obilježene gubitkom granica, kršenjem granica, ambivalentnom komunikacijom s malo emocionalnih nijansi, nefleksibilnim pravilima, visokim stupnjem agresije i rigidnom kontrolom. Yrjö Alanen opisuje dva tipa obitelji: kaotičan tip koji je nekoherentan i iracionalan te rigidan tip koji je obilježen ozračjem emocionalnog siromaštva, neelastičnom podjelom uloga i krutim stajalištima i očekivanjima roditelja od djece (18). Sličnu situaciju kaosa i rigidnosti pacijent pokušava rekreirati na odjelu. Postoje različiti mehanizmi kojima to čini. Opisom primitivnih mehanizama koji su dio psihopatologije psihotičnih bole-

snika možemo razumjeti i dio kontratransfernih reakcija osoblja na odjelu.

KLINIČKI PRIMJERI

Primjer 1.

Shizofreni bolesnik teško stvara granicu između mentalnih reprezentacija. U bliskom kontaktu boji se gubitka granica između *self-* i objekt-reprezentacija, fuzije s drugima i time gubitka identiteta. Zbog toga ima strah od kontakata i na odjelu se povlači od osoblja. Ponekad reakcije mogu biti i burne.

Mirna i ljubazna pacijentica jednom je pljunula sestru kad joj se sestra previše približila u sobi i time prešla pacijentičinu granicu blizine/udaljenosti.

Primjer 2.

Pacijent može biti sasvim povučen i bez energije za stvaranje bilo kakvih odnosa te na okolinu djeluje negativizmom i neverbalnim signalima.

Pacijent A bio je izrazito šutljiv i izbjegavao je svaku komunikaciju. Vrijeme je uglavnom provodio sam. Na sve aktivnosti trebalo ga je poticati, najradije je ležao u krevetu i slušao glazbu s mobitela. Redovito je kasnio na grupe i radionice. Svojim je postupcima izazivao agresiju u drugim članovima terapijske zajednice.

Zbog gubitka kontakta s ljudima pacijent istodobno pati i pokušava ga ponovo uspostaviti. Nemiran, aktivan pacijent učinit će očajničke napore kako bi ponovo uspostavio kontakt postavljanjem zahtjeva za primitivnom gratifikacijom. Takvi se zahtjevi nerijetko manifestiraju čestim kucanjem na vrata ordinacije, postavljenjem istih pitanja, traženjem usluga.

Projekcija, projektivna identifikacija i *splitting* najčešći su primitivni mehanizmi obrane u psihotičnih pacijenata. Projekcijom se pacijent oslobađa negativnih dijelova sebe projicirajući ih na terapeuta ili osoblje. Pacijenti teško apstrahiraju podražaje i prisiljeni su ih sve primati. Mogu osjećati potrebu da se svim tim podražajima prilagode ili ih se pokušavaju osloboditi projekcijom.

Primjer 3.

Splitting možemo razumjeti kao psihičku kompenzaciju unutarnjeg kaosa (19). Polariziranjem i *splittingom* pacijent održava red u kaosu i uspijeva održati unutarnje granice. Unutarnji *splitting* često se prenosi i prema van te se time povećava mogućnost sukoba s osobljem, no može doći i do *splittinga* u timu.

Paranoidna pacijentica u prvoj se fazi hospitalizacije ponašala vrlo odbijajuće prema timu. Odbijala je razgovor i s osobljem i s pacijentima. Na grupe je redovito kasnila, tamo bi uglavnom šutjela i povremeno ubacila neku ironičnu primjedbu. U sobi je pušila što nije dopušteno i ostali se pacijenti toga pridržavaju. Po lijekove nikad nije dolazila sama, nego su je sestre morale tražiti i zvati. Svojim se ponašanjem sasvim distancirala od bilo kakva osobnog kontakta. Kao reakcija na pacijentičino ponašanje tim se postupno rascijepio. Dio tima tražio je da se pacijentici postave granice i smatrao da ona ne može imati poseban status i privilegije u odnosu na ostale bolesnike. Drugi je dio tima pokazivao razumijevanje za njezino ponašanje. Dvije skupine unutar tima predstavljale su „dobar" i „loš" objekt kao zrcalnu sliku pacijentičina unutarnjeg *splittinga*. U individualnim je razgovorima sa psihijatrom pacijentica ispripovijedala svoju životnu priču, odvajanje od roditelja alkoholičara i odrastanje po domovima. Autoritet za nju doista nikad nije bio učinkovit. Oduvijek je bila nepovjerljiva i izbjegavala je bliske kontakte kako ne bi ponovo bila povrijeđena i razočarana. Nakon što je tim u tom smislu razgovarao o njoj, ponovo se konsolidirao.

Integrirajuća funkcija osoblja iznimno je važna. Osoblje najprije mora integrirati odcijepljene projekcije u svojem umu kao tim kako bi omogućilo pacijentu da učini isto (20). Tijekom bolničkog liječenja osoba sa psihozom cijeli terapijski tim ima ulogu pomoćnih ego-funkcija kao što su testiranje realiteta, kontrola impulsa, procjenjivanje i diferencijacija između *selfa* i objekta. Odjel predstavlja vanjski nadomjestak za unutarnje strukture koje su deficitarne ili privremeno preplavljene (21).

Primjer 4.

Projektivnom identifikacijom pacijent projicira neželjene dijelove sebe u terapeuta i terapijski tim. Vrlo je često riječ o agresivnim i paranoidnim osjećajima.

Psihotični pacijent ulazi u sobu k sestri. Sumnjičavo se okreće oko sebe, ne želi se rukovati, odbija sjesti, pregledava papire na stolu. Iz džepa vadi paketić i stavlja ga na stol. U tom trenutku sestra pomišlja da je u paketiću mobitel kojim pacijent namjerava snimati razgovor te nepovjerljivo pita što se nalazi u paketiću. Pacijent vadi vrećicu s bombonima. Sestra se osjeća neugodno i posramljeno, a bolesnikov strah i paranoidne obrane su se pojačali.

Sestrina reakcija na pacijentovu neverbalnu komunikaciju nije bila dio njezina uobičajenog ponašanja nego je prikazivala dio pacijenta koji je on projicirao na nju.

Primjer 5.

Idealizacija je također jedna od obrana shizofrenih bolesnika. Idealizacija samo jednog člana tima može izazvati negativne osjećaje u ostalim članovima tima, npr. ljubomoru ili zavist ili dovesti do *splittinga*. Nije rijedak *splitting* na relaciji terapeut – ostatak tima. Pacijent može idealizirati primarnog terapeuta, a ostatak tima doživljavati kao kažnjavajuću figuru.

Pacijent koji je bio u višegodišnjem tretmanu kod svojeg terapeuta hospitaliziran je zbog psihotične dekompenzacije. Prema svojem terapeutu ima osjećaje idealizacije, a sestrama i ostalim pacijentima često ističe njihovu višegodišnju povezanost. U kontaktu s osobljem krši pravila odjela, traži poseban tretman, ulazi u manje sukobe. Terapeutu ne govori o tome. Na sastanku tima terapeut je začuđen kad dozna za takvo ponašanje i propituje kontejnirajući kapacitet osoblja dok ostali članovi tima „isključuju" terapeuta iz svoje grupe projicirajući u njega osjećaj nekompetentnosti.

Zbog kognitivnih smetnji psihotični bolesnici često su rastreseni i ne mogu pratiti zahtjeve osoblja ili zacrtane planove. A zbog ambivalencije često ne mogu definirati vlastite potrebe niti donijeti bilo kakve odluke. Sve to može frustrirati osoblje i među njegove članove unositi nemir i osjećaj kaosa.

Svim opisanim mehanizmima pacijent djeluje stresno na osoblje te se u radu sa psihotičnim i regresivnim pacijentima često pojavljuju intenzivni kontratransferni osjećaji. Iako se o kontratransferu govori kao o zajedničkoj pacijentovoj i terapeutovoj kreaciji, Kernberg (1) smatra da će takav pacijent u različitim, podjednako educiranim terapeutima pobuditi slične kontratransferne osjećaje koji imaju više veze s pacijentovom psihopatologijom nego s terapeutovom prošlošću. U tom smislu Winnicott (7) opisuje objektivni kontratransfer koji definira kao terapeutovu ljubav i mržnju koje su reakcija na pacijentovu stvarnu osobnost i ponašanje utemeljene na objektivnom promatranju.

No koliko god govorili o kontratransferu i uključivali tu temu kao sastavni dio edukacije i supervizija, ipak je on u svakodnevnoj praksi rada na bolničkom odjelu relativno rijetko dublje prorađivan, osobito dio koji proizlazi iz terapeutovih unutarnjih odnosa i sukoba. I u ovom je prikazu bilo lakše opisati kontratransferne situacije koje su više izazvane teškom psihopatologijom pacijenata (objektivni kontratransfer, prema Winnicottu) nego sve nijanse unutarnje dinamike i skotome svakog pojedinog člana tima zbog kojih je određena pacijentova reakcija baš u tom članu izazvala osjećaj ili reakciju.

ZAKLJUČAK

U svakom slučaju, kontratransfer je složen i višeslojan, ali i sveprisutan fenomen. U *settingu* bolničkog odjela zbog višestrukih transfernih i kontratransfernih situacija dodatno je zapleten. Kao neprepoznat može biti smetnja i prepreka, a prepoznat i prorađen vrijedan je alat za bolji uvid u pacijentov unutarnji svijet.

Osoblje nastoji pacijentima pristupati homogeno i kompaktno i trudi se biti „dovoljno dobra majka" (22), no kontejnirajući kapacitet terapeuta i terapijskog tima treba njegovati i redovito supervizirati (13). Supervizija, razgovori s kolegama, edukacija, ali i prostor za individualnu refleksiju nužni su za razumijevanje pacijenta, razumijevanje i detoksikaciju vlastitih kontratransfernih osjećaja te razumijevanje dinamike cijelog odjela.

LITERATURA

1. Kernberg O. Notes on Countertransference. J Am Psychoanal Assoc. 1965 Jan;13(1):38-56.
2. Freud S. The future prospects of psychoanalytic therapy. S.E. 11. 2010.
3. Tower L. Countertransference. J Am Psychoanal Assoc. 1956;4(2):224-256.
4. Freud S. Recommendations to physicians practising psychoanalysis. S. E. 12. 2012.
5. Fromm-Reichmann, F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: Univ of Chicago Press. 1960.
6. Heimann P. On counter-transference. Int J Psycho-Anal. 1950;31:81-84.
7. Winnicott DW. Hate in the countertransference. Int J Psychoanal. 1949;30:69-74.
8. Savage C. Countertransference in the therapy of schizophrenics. Psychiatry. 1961 Feb;24:53-60.
9. Ogden TH. On projective identification. Int J Psychoanal. 1979;60:357-373.
10. Gabbard GO. Countertransference: The emerging common ground. Int J Psychoanal. 1995 Jun;76(3):475-85.
11. Fliess W. The metapsychology of the analyst. Psychoanal. Inq. 1942;11:211-227.
12. Jacobs TJ. Countertransference past and present: A review of the concept. Int J Psychoanal. 1999;80:575-594.
13. Peciccia M, Urlić I, Donnari S. Transference and countertransference features in a psychological approach to patients with psychosis. U: Urlić I, González de Chavez M. ur. Group therapy for psychoses. 2019. Str. 48 – 60.
14. Žunter Nagy AM, Mayer N. Specifičnosti transfera i kontratransfera u psihoterapiji psihotičnih bolesnika. Predavanje na Školi psihoterapije psihoza. Dubrovnik. 2001.
15. Eisenberg AM. Institutional countertransference: the matrix of social structure and psychic structure. J Am Acad Psychoanal. 1997 Jan;25(2):237-254.
16. Žunter Nagy AM. Dinamika odnosa na odjelu za liječenje psihotičnih bolesnika. Predavanje na Školi psihoterapije psihoza. Dubrovnik.
17. Giovacchini PL. Schizophrenia: The persistent psychosis. U: Govacchini PL ur. The transitional space in mental breakdown and creative integration. New Jersey: Jason Aronson, Northvale, 1996.

18. Alanen YO. The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1966;190:1-654.
19. Segal H. Introduction to the work of Melanie Klein. London: Karnac Books, 2008. Str. 35.
20. Hinshelwood RD, Skogstad W. The hospital in the mind: in-patient psychotherapy at the Cassel Hospital. U: Frisch S, Hinshelwood RD, Houzel D, Pestalozzi J. Psychoanalytic psychotherapy in institutional setting. New York: Routledge, 2018.
21. Kim E. Countertransference and inpatient psychiatry: Theoretical and clinical aspects. Jefferson journal of psychiatry. 1988 Jan;6(2):32-40.
22. Tošić G. Psihodinamska grupa psihotičnih pacijenata na zatvorenom psihijatrijskom odjelu. Psihoterapija. 2018;32(1):3-49.