

DIALOG W MILCZENIU — ROZUMIENIE I TERAPIA PACJENTKI MUTYSTYCZNEJ

A SILENT DIALOGUE — UNDERSTANDING AND THERAPY OF A MUTISTIC PATIENT ELECTIVE MUTISM

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii w Sosnowcu
Dyrektor: dr n. med. Andrzej Siwiec

² Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

Autorki przedstawiają wielopłaszczyznowe ujęcie objawów pacjentki z mutyzmem wybiórczym w kontekście procesu psychoterapii i dynamiki obrazu zaburzeń. Artykuł ukazuje, jak przeżywanie uwewnętrznionego obiektu zależy od realnej relacji z matką oraz jak wpływa na funkcjonowanie i rozwój dziecka.

**understanding of the symptoms
psychodynamic psychotherapy**

Summary

Introduction. Elective mutism is a disorder which usually develops in early childhood and in which a child who is normally capable of speech is suddenly unable to speak in given situations. A necessary condition for an elective mutism diagnosis is proper speech understanding [1].

Aim. The aim of this paper is to present a case of a female patient suffering from elective mutism who underwent a complex psychotherapy according to the psychodynamic trend with the elements of behavioural therapy. The treatment covered the period of 9 months. Additionally, the paper presents various approaches and perspectives of understanding the symptoms observed in the female patient.

Materials and Methods. The authors of the paper present the case of a mutistic female patient in the context of patient's family history, as well as her functioning at the Ward of Psychiatry and Psychotherapy of Developmental Age. Applied forms of therapeutic activities covered individual psychotherapy according to the psychodynamic trend, family psychotherapy, group psychotherapy, as well as selected techniques of behavioural impact.

Results. After 6 months of therapy, an improvement within the social functioning, initiating communication and the perception of social norms could be observed. This improvement influenced the changes in the functioning of the girl within the therapeutic relations – initiating dialogues, manifestations of verbalization of her needs, emotional reactions more adequate to the discussed content.

Conclusions. Only a total insight into the child within the context of the observed symptoms, as well as a long-term, multidimensional psychotherapy gives a chance of reduction or regression of the symptoms.

Wprowadzenie

Mutyzm wybiórczy to zaburzenie najczęściej rozwijające się we wczesnym dzieciństwie, polegające na tym, że dziecko nie odzywa się w pewnych sytuacjach, a rozmawia

swobodnie w określonych okolicznościach. Warunkiem niezbędnym dla tego rozpoznania jest nie zaburzone rozumienie mowy [1].

Zaburzenie to zostało po raz pierwszy opisane w 1877 r. przez Kussmaula i nazwane „aphosia voluntaria”. Termin „mutyzm wybiórczy” pierwszy wprowadził Tramer w 1934 r. Etiologia mutyzmu obejmuje współdziałanie czynników biologicznych, środowiskowych i indywidualnych predyspozycji dziecka [1, s. 143]. Międzynarodowa klasyfikacja chorób (ICD 10) klasyfikuje mutyzm selektywny, inaczej wybiórczy, w kategorii zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynającego się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym (F 94-F 94.0 mutyzm wybiórczy). Stan ten cechuje zdeterminowana emocjonalnie wybiórczość mówienia, polegająca na tym, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, a milczy w innych. Najczęściej zaburzenie rozwija się we wczesnym dzieciństwie, występuje tak samo często u obu płci. Rozpoznanie mutyzmu selektywnego zakłada: prawidłowy lub bliski prawidłowemu poziom rozumienia mowy, wystarczający do społecznego komunikowania się poziom kompetencji w posługiwaniu się mową, wyraźne dowody, że dziecko w niektórych sytuacjach może mówić i mówi normalnie, albo prawie normalnie; nie obejmuje: całościowych zaburzeń rozwoju (F 84), schizofrenii (F 20), specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka (F 80), przejściowego mutyzmu jako części lęku separacyjnego u dzieci (F 93.0) [2]. Charakterystyczny obraz dziecka z mutyzmem obejmuje lęk społeczny, wycofywanie się, wrażliwość i upór, nieśmiałość, kontrolowanie i manipulowanie otoczeniem, stawianie biernego oporu, zachowania agresywne. Zahamowaniu mowy może towarzyszyć zahamowanie ruchowe, sztywność i napięcie. Najczęstszy model zachowania dziecka poza rodziną to bojaźliwe wycofywanie się z zahamowaniem i bierność polegająca na stałej czujnej obserwacji otoczenia. Objawy mutystyczne stają się również sposobem na uzyskiwanie korzyści wtórnych (kontroli, uwagi otoczenia) [1, s. 143–145].

W etiologii zaburzenia podkreśla się rolę podatności na zranienie szczególnie w okresie rozwoju mowy, z uwzględnieniem urazu o charakterze seksualnym [3].

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjentki z mutyzmem wybiórczym, objętej psychoterapią przez 9 miesięcy. W tym okresie prowadzona była psychoterapia indywidualna w nurcie psychodynamicznym; pacjentka uczestniczyła również w psychoterapii grupowej oraz rodzinnej. Dla celów terapeutycznych były stosowane również elementy terapii behawioralnej polegające na pozytywnym wzmacnianiu pacjentki oraz wyciąganiu konsekwencji, jeśli jej funkcjonowanie naruszało normy społeczności terapeutycznej lub granice w relacjach interpersonalnych z innymi pacjentami. Sesje psychoterapii indywidualnej odbywały się 2 razy w tygodniu, trwały po 50 minut.

Prezentacja przypadku ukazuje znaczące dla rozwoju dziecka przeżywanie uwewnętrznionego obiektu zależnie od realnej relacji z matką. Psychodynamiczna teoria relacji z obiektem opiera się na założeniu dotyczącym uwewnętrznienia aspektów funkcjonowania w relacji z osobą znaczącą, tłumacząc funkcjonowanie w kategoriach relacji pomiędzy uwewnętrznionymi elementami. Teoria obejmuje dążenie jednostki do relacji, rozwój od pierwotnej (niemowlęcej) gotowości do niej do złożonego psychicznego funkcjonowania

i związków w życiu dorosłym, ustrukturuowanych aspektów lub trwałych, dających się wyróżnić wzorców relacji [4].

Przypadek: Karolina lat 15

Kontekst przyjęcia pacjentki na Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego

Dziewczynka przyjęta na oddział w listopadzie 2007 r. z rozpoznaniem mutyzmu wybiórczego oraz upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce w 2006 r. w Lublińcu, z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji.

W trakcie pobytu na Oddziale PiPWR zastosowano leczenie farmakologiczne. Od 27.11.2007 r. do 4.02.2008 r. podawano risperidon (rispolept) 2 mg na dobę, od 30.11.2007 r. do 14.01.2008 r. również sulpiryd 200 mg na dobę i od 5.02.2008 r. do 6.08.2008 r. — sertralinę (asentra) 50 mg na dobę. Pacjentka wypisana w sierpniu 2008. Rodzina została objęta opieką kuratora sądowego, który zobowiązał się do zapewnienia pacjentce możliwości kontynuowania psychoterapii indywidualnej.

Historia życia pacjentki — wywiad z matką

Dziewczynka od 2003 r. przebywała w internacie ośrodka szkolno-wychowawczego w Częstochowie wraz ze swoją 14-letnią siostrą. Trafiła tam z powodu problemów w nauce. Jako dziecko rozwijała się prawidłowo (aparatus mowy w pełni rozwinięty, pojedyncza słowa w 1 r. ż., zdania w 3 r.ż., w tym też okresie nastąpił spadek spontanicznej komunikacji). Problemy z mową nasiliły się w momencie rozpoczęcia nauki w szkole podstawowej. Ma dwóch braci w wieku 17 i 12 lat — obaj pozostają pod opieką matki. Rodzice dziewczynki rozwiedli się w 2005 r., nie mieszkali ze sobą od 10 lat.

Ojciec utrzymywał kontakty z córką tylko przez rok od wyprowadzenia się z domu.

Pacjentka w domu przebywa w okresie weekendów. W trakcie hospitalizacji pojawiło się podejrzenie wykorzystania seksualnego przez brata matki ok. 2006/2007 r. (brak dokładnych ustaleń, sprawa zgłoszona na policję).

Funkcjonowanie społeczne, relacje z rówieśnikami na oddziale

Dziewczynka początkowo unikała relacji społecznych na oddziale — nie nawiązywała kontaktu werbalnego, sporadycznie pozawerbalny (gesty, mimika). Po mniej więcej miesiącu nastąpiła zmiana w relacjach z innymi pacjentami — pod nieobecność personelu chętnie nawiązywała kontakt z innymi dziećmi, spontanicznie podejmowała rozmowy, prezentując emocje adekwatne do poruszanych tematów. Coraz częściej jednak pojawiały się u niej objawy zaburzeń zachowania (zabieranie cudzych rzeczy, obnażanie się). Wobec pacjentów przejawiała zachowania bierno-agresywne — wyrzucanie rzeczy pacjentów do kosza, brak dbałości o higienę osobistą, będący jednoczesną prowokacją do odrzucenia przez innych.

W styczniu 2008 r. dziewczynka w rozmowie z pacjentami opowiedziała o sytuacji mogącej wskazywać na nadużycie seksualne przez brata matki. Uwidocznily się symptomy mogące potwierdzać podejrzenie wykorzystania seksualnego — prowokowała chłopców do zachowań przekraczających granice intymności (obnażała się przed nimi, pozwalała na

dotykanie intymnych części ciała). Od przełomu kwietnia/maja 2008 r. nastąpiła zmiana w jej funkcjonowaniu. Dziewczynka nawiązywała relacje z innymi, przestrzegając norm społecznych, zaczęła wyrażać własne potrzeby, prosiła o otrzymanie jakiegoś przedmiotu (nie kradła rzeczy innych pacjentów), poprawiła się dbałość o własną higienę. Zmiana w jej funkcjonowaniu zauważalna była również podczas uczestnictwa w psychoterapii grupowej — sporadycznie nawiązywała komunikację werbalną, poprzez swoje zachowanie i wypowiedzi nie wprost nieświadomie werbalizowała swoje potrzeby, osłabiły się zachowania bierno-agresywne wobec grupy.

Relacja z matką — ocena na podstawie sesji rodzinnych

Pacjentka prezentowała symptomy zaburzeń emocjonalnych wynikających z zaburzenia więzi z osobą znaczącą, jaką jest matka. Matka odwiedzała ją w trakcie pobytu na oddziale bardzo rzadko, głównie przy okazji sesji rodzinnych. Karolina nie rozmawiała z nią, widoczny był brak więzi emocjonalnej. Matka nie nawiązywała spontanicznego kontaktu z córką, nieświadomie ją odrzucała. Z jej relacji wynika, iż w warunkach domowych komunikacja z Karoliną odbywała się głównie poprzez babcię, co może być rozumiane jako forma agresji wobec matki i pragnienie jej „ukarania”.

Matka nie przyjmowała do wiadomości informacji dotyczących podejrzenia wykorzystania seksualnego córki, która przeżyła to jako odrzucenie. Nie odpowiadała na jej potrzeby emocjonalne — w trakcie jednej z sesji rodzinnych (czerwiec 2008) pacjentka w formie komunikatów nie wprost ujawniła, że pragnie matczynej opieki. Matka pozostała obojętna. W trakcie kolejnych spotkań terapeutycznych, opartych na pracy nad zmianą relacji pomiędzy matką a córką, matka zaczęła wykazywać większe zainteresowanie dzieckiem. Z własnej inicjatywy nawiązała częstszy kontakt telefoniczny (pomimo początkowego oporu pacjentki, uzewnętrznianego w przekazywanych matce komunikatach mówiących o nienawiązywaniu kontaktów), zwiększyła liczbę odwiedzin. W efekcie oddziaływań terapeutycznych pacjentka zaczęła nawiązywać komunikację z matką i częściej mówić jej o swoich potrzebach.

Główne problemy dziewczynki: brak komunikacji werbalnej, zwłaszcza z dorosłymi, sztywna komunikacja pozawerbalna, zachowania autoagresywne (rozdrapywanie ran, obskubywanie skórek do krwi), przekraczanie granic intymności (obnażanie się, dotykanie intymnych części ciała innych), zaburzenia zachowania, bierna agresja, silne mechanizmy rozszczepienne uwidaczniające się przede wszystkim w kontaktach osobistych, zachowania oporowe (chroniące pacjentkę przed zmianą) uaktywniające się najczęściej w momentach progresji w terapii, przejawiające się zachowaniami regresywnymi, prowokowaniem do odrzucenia, bierną agresją.

Relacja terapeutyczna — psychoterapia indywidualna

Pacjentka początkowo nie nawiązywała komunikacji werbalnej ani pozawerbalnej, w trakcie spotkań pozostawała w silnym napięciu, usztywniona (reakcje przypominały zachowania katatoniczne). Takie zachowanie umożliwiała jej kontrolowanie relacji terapeutycznej, stawało się również formą biernej agresji. Podczas terapii nastąpiła zmiana — dziewczynka wykazywała mniejszą potrzebę kontroli, nawiązywała lepszy kontakt

pozawerbalny, komunikowała się za pomocą gestów i mimiki, jednocześnie prezentując coraz więcej zachowań bierno-agresywnych, prowokujących do odrzucenia. Od kwietnia 2008 r. sporadycznie odpowiadała na pytania, momentami spontanicznie sama inicjowała rozmowę, poszukiwała częstego kontaktu poza sesjami, w trakcie spotkań nie mogła się oprzeć pokusie dotykania innych, momentami przekraczając granice intymności. W tym czasie nasiliły się również zaburzenia zachowania (nieprzestrzeganie granic w relacji, łamanie zasad funkcjonowania na oddziale, oddawanie stolca na środku pokoju, śmianie się z trudności innych pacjentów, zabieranie rzeczy bez pozwolenia, poszturchiwanie, kopanie innych). Widoczne były okresy silnego regresu — przejawiała nieadekwatne do wieku zachowania, jak kładzenie się na podłodze, próby nawiązywania kontaktu dotykowego, przychodzenie na sesje z maskotką (traktowaną jako obiekt przejściowy). Przełom nastąpił po 6 miesiącach oddziaływań terapeutycznych. Od maja 2008 r. pacjentka zaczęła być komunikatywna, jej wypowiedzi stały się adekwatne, zabarwione emocjonalnie. Sama inicjowała rozmowę. Mówiła o lęku przed ujawnianiem swoich potrzeb, w momentach ich werbalizowania jednocześnie zaprzeczała im — lęk dotyczył ich niezaspokojenia, a w wyniku tego przeżycia traumy ponownego odrzucenia. Broniła się przed okazywaniem chęci zaspokajania swoich potrzeb (które stawały się coraz częściej widoczne) — jej obawy dotyczyły zerwania relacji w wyniku bardziej niezależnego i satysfakcjonującego dla niej samej funkcjonowania społecznego.

Pacjentka reagowała złością i lękiem przed utratą relacji terapeutycznej z powodu kontaktów terapeuty z innymi pacjentami. W trakcie trwania sesji z innymi dziećmi często wchodziła do gabinetu, podglądała zza drzwi; bywała wobec tych dzieci agresywna (poszturchiwała je, zabierała ich rzeczy bez pozwolenia). Gdy wypraszano ją w takich sytuacjach z gabinetu, reagowała autoagresywnie (najczęściej rozdrapywała sobie paznokciami nos lub dłonie). Zachowania autoagresywne stawały się przejawem złości na terapeutę przeżywanego jako obiekt odrzucający. Prezentowała narcystyczne pragnienia bycia „jedynym” pacjentem. Zauważono u niej mechanizmy rozszczepienia, przejawiające się na przemian idealizacją i dewaluacją terapeuty.

W efekcie reakcji przeniesieniowej, pacjentka odtwarzała relacje z matką wraz ze wszystkimi aspektami przeżywania uwewnętrznzonego obiektu. Główne kierunki pracy terapeutycznej dotyczyły zmiany patologicznych mechanizmów obronnych na bardziej dojrzałe, prób integracji obrazu obiektu wewnętrznego, poprawy funkcjonowania społecznego, nawiązywania komunikacji werbalnej.

Rozumienie problematyki pacjentki

Analizując przypadek pacjentki należy uwzględnić aspekty różnych teorii psychodynamicznych, wskazujących na znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń oraz relacji z obiektem. Mutystyczne objawy wskazują na fiksację analną (niemówienie, utrudniony kontakt pozawerbalny, sztywność przypominająca katatonie) charakteryzującą się uporem, brakiem spontanicznego działania, kontrolą, bierną agresją. Brak komunikacji werbalnej umożliwiał pacjentce zachowanie kontroli w relacji oraz wyrażanie biernej agresji względem osób znaczących. Jej zachowania wynikały z zaburzonej relacji z obiektem matczynym powodującej deficyty emocjonalne — brak nawiązywania przez matkę spontanicznego

kontakty z córką, zostawianie jej samej w domu bez opieki w trudnych sytuacjach (w trakcie awantur z byłym mężem).

Zachowania mutystyczne miały na celu nieświadome ranienie obiektu znaczącego (matki), poprzez niespełnianie jej oczekiwań, przejawiające się brakiem „dawania siebie” w relacji (brak dialogu, ograniczenia dostępności emocjonalnej — wyrażanie głównie biernej agresji). Zachowania autoagresywne (okaleczanie się, rozdrapywanie ciała) rozumiane były jako pragnienie ranienia obiektu wewnętrznego, świadczyły o zaprzeczaniu i tłumieniu agresywnych impulsów względem obiektu znaczącego. Pacjentka przejawiała trudności w świadomym przeżywaniu i ekspresji złości.

Wrogość wobec ego rozumiana była jako próba zniszczenia złego obrazu obiektu. Trudności w świadomej ekspresji złości i agresji powodowane były lękiem separacyjnym dotyczącym pragnienia pozostawania w relacji i ochrony uwewnętrznionego częściowego (rozszczonego) obrazu dobrej matki. Opiswane zachowania prezentowały silne mechanizmy rozszczepienne, które uaktywniały się w sytuacjach przeniesieniowych w relacji terapeutycznej. Zauważalna była pojawiająca się na przemian idealizacja i dewaluacja terapeuty, przeżywanego jako obiekt absolutnie zaspokajający potrzeby lub odrzucający i wrogi. Zachowania bierno-agresywne (śmianie się z nieszczęścia innych, z cudzej krzywdy, zaniedbywanie higieny osobistej, frustrowanie osób pozostających w relacji swoim milczeniem) miały na celu prowokowanie do nieświadomego powtórzenia traumy odrzucenia. Stały się one jednocześnie obroną przed jej przeżyciem poprzez przejęcie nad nią kontroli. Objawy mutystyczne przynosiły pacjentce wtórne korzyści przejawiające się zyskiwaniem uwagi personelu i pozostałych pacjentów. Skupianie na sobie uwagi widoczne było zwłaszcza podczas terapii grupowej — objawy pacjentki były zauważane przez innych pacjentów i stawały się tematem rozmowy, będącej próbą zrozumienia ich znaczenia. W tym okresie często pojawiała się złość u innych uczestników terapii grupowej, spowodowana nadmiarem czasu i uwagi poświęcanych pacjentce. Patologiczne mechanizmy obronne prezentowane przez pacjentkę należy również rozważyć w kontekście fiksacji na fazie separacji-indywiduacji, obejmującej stadium zbliżenia, w którym nowym sposobem interakcji z matką stała się mowa — w przypadku pacjentki pojawiła się jej odmowa.

Prezentowane przez pacjentkę zachowania (poszukiwanie kontaktu, sporadyczne mówienie, elastyczność w kontakcie pozawerbalnym, zaburzenia zachowania — agresja wobec innych) traktowane były jako etap przejściowy w procesie terapii, będący czynnikiem leczącym (przejście od biernego do aktywnego wyrażania złości, uczenie się „bycia” w relacji dawania i brania), umożliwiającym dalszą zmianę. W trakcie nawiązywania terapeutycznej relacji istnieje niebezpieczeństwo błędnej diagnozy upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym, mogącej wynikać z utrudnionego podczas badania kontaktu z pacjentką (istnieje wtedy podejrzenie upośledzenia w stopniu lekkim, spowodowanego głównie brakiem odpowiedniej stymulacji w toku rozwoju). Podjęta została próba weryfikacji wyników badania poziomu inteligencji.

Pacjentka w trakcie badania przez psychologa odmawiała współpracy lub dawała celowo błędne odpowiedzi, z zaznaczeniem, że ma świadomość, iż jej wybór jest niewłaściwy. Jej zachowanie można rozumieć jako opór przed zmianą, dotyczący obawy utraty objawów i „wymuszający” bardziej adekwatne funkcjonowanie, będące źródłem lęku przed przeżyciem odrzucenia.

Komentarz

Istotne znaczenie dla rozwoju dziecka ma postawa osób opiekujących się nim i zajmujących się jego wychowaniem (zwykle są to rodzice) oraz czynniki wynikające z jego struktury psychicznej, a więc będące początkowo konsekwencją jego biologicznych uwarunkowań, a następnie jego aktualnej struktury psychicznej. Wpływa to na kształtowanie się obrazu rodziców oraz samego siebie [5]. Na podstawie teorii relacji z obiektem przypadek Karoliny prezentuje fiksację rozwojową na etapie fazy separacji-indywiduacji (M. Mahler [za: 5]) — stadium wewnętrznego zmagania się dziecka, konfliktu pomiędzy potrzebą kontaktu z matką a silną potrzebą oddzielenia się od niej. Separacja ta związana jest z lękiem przed utratą miłości matki i potrzebą zblżenia. Na tym etapie pojawiają się rozszczepienne mechanizmy na dobrą i złą matkę, które silnie widoczne są u pacjentki.

Fiksacja rozwojowa wpływa na osobowość pacjentki o charakterze analitycznym, przejawiającą się uporem, zamknięciem w sobie, wrogością wobec ludzi, nieproduktywnością oraz podejrzliwością [5].

W opisanym przypadku uwidaczniają się silne mechanizmy rozszczepienne ujmowane przez Melanię Klein jako procesy charakteryzujące fazę schizoparanoidalną. W fazie tej, opartej na relacji z opiekunem, obiekty wewnętrzne zostają rozszczepione na dobre i złe, a ego na kochające i nienawistne. Poprzez mechanizmy projekcji i introjekcji rozszczepiony i pofragmentowany obiekt zawiera fragmenty rozbitego ego — jego wroga i nienawistną część.

W relacji pacjentki trudna realność doprowadziła do patologicznej identyfikacji projekcyjnej, co z kolei sprawiło, że rzeczywistość stawała się coraz bardziej bolesna i prześladowcza. Bolesność doświadczeń pacjentki uniemożliwiła osiągnięcie zdolności do integrowania obiektów [6].

Psychopatologia pacjentki przybrała formę objawów mutystycznych i autoagresywnych, których usunięcie lub złagodzenie wymaga długoterminowej psychoterapii indywidualnej (obejmującej trudności psychologiczne i realne dziewczynki) oraz rodzinnej, będącej warunkiem lepszego funkcjonowania społecznego.

Wnioski

Jedynie całościowe spojrzenie na dziecko w kontekście objawów prezentowanych przez nie i objęcie długoterminową, wielopłaszczyznową psychoterapią daje szanse zmniejszenia lub ustąpienia objawów.

Piśmiennictwo

1. Popek L. Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2005 s. 142.
2. ICD 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Kraków-Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
3. Goldman R, Scott S. Mutyzm wybiórczy. W: Rabe-Jabłońska J, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2003, s. 120–123.
4. Moore BE, Fine BD. Słownik psychoanalizy. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski; 1996.

5. Drozdowski P, Kokoszka A. Podstawowe pojęcia psychoanalizy W: Drozdowski P, Kokoszka A, red. Wprowadzenie do psychoterapii. Kraków: Wyd. Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika; 1993, s. 73–75.
6. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Wyd. GWP; 2005.

Adres: Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Centrum Pediatrii, 41-218 Sosnowiec, ul. Zapolskiej 3