

Višja med. s. Ana Miler,
Klinična bolnišnica za psihiatrijo
Center za mentalno zdravje, Ljubljana

Psihiatrična obravnava mladostnika*

POVZETEK. *Adolescenca je obdobje sprememb za mladostnike in za okolje, v katerem živi.*

V tem obdobju se pojavijo tudi specifični problemi in duševne motnje, za katere je mnogokrat potrebna psihiatrična obravnava, ki temelji na psihoterapevtskem in socioterapevtskem delu.

Uspeh zdravljenja je v največji meri odvisen od mladostnika, od njegove motivacije in sodelovanja pri zdravljenju. V članku je opisan potek zdravljenja mladostnika, ki je zabredel v težave, od sprejema, hospitalnega zdravljenja ter ekstra-hospitalnega vodenja, s poudarkom na vlogi medicinske sestre pri delu z mladostniki.

PSYCHIATRICAL TREATMENT OF THE ADOLESCENTS. *Adolescence represents a period of changes experienced by both the adolescent and his/her environment. It involves specific problems and mental disturbances, which unfrequently call for being treated by a psychiatrist and social worker. The therapeutical results mostly depend on the adolescent and his/her motivation and willingness to collaborate in the treatment process. The paper presents a course of treatment of an adolescent in trouble from the admission through the hospital treatment and the outpatient guidance, with a special emphasis on the part of the registered nurse in attending to adolescents.*

MLADOSTNIK, PROBLEMI ADOLESCENCE IN DUŠEVNE MOTNJE V TEM OBDOBJU

Adolescenca je pomembno obdobje v življenju človeka, specifično po tem, ker se bistveno razlikuje od obdobja otroka in obdobja zrelosti. Je splet bioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov. To je obdobje pospešenega telesnega razvoja, duševnega dozorevanja, vključno od seksualnega zorenja, afirmacije in formiranja identitete, oblikovanja odnosa do staršev, odraslih in vrstnikov ter ustvarjanja odnosa do dela. Mladostnik si želi dozoreti v osebo svojih želja in hotenj. Potrebno mu je, da ga priznava okolje in družba v celoti. Družba, ki je mladostniku dala čas in pogoje za dozorevanje, dobi posebno vrednost v očeh mladostnika.

Adolescenca traja različno dolgo. Prične se hkrati s puberteto, trajanje pa je odvisno od vpliva kulture, družbe in družine ter vrednostnega sistema, ki ga je ta sprejela ali zgradila. Čedalje višja stopnja civilizacije in tehnologije postavlja tudi vse večje zahteve mladostniku, proces odraščanja je za dosego potrebne

* Referat na seminarju nevropsihiatrične sekcije med. sester, Ljubljana, 7. IV. 1978. — Mentor dr. Gorazd Mrevlje.

stopnje intelektualne, čustvene in socialne zrelosti daljši. Dinamično življenje mladostnika je obdobje polno nasprotij. Zdaj si nestrno želi spoznati in doživeti vse in prodreti v svet odraslih, drugič pa povsem pasivno spremlja življenje okrog sebe. Prav tako je tudi njegovo čustvovanje polno nasprotij. Prek teh nasprotij se išče in spoznava, spoznava reakcije drugih kot odziv na svoje početje, ocenjuje njihova čustva do sebe in svoja do njih. Obdobje adolescence ni samo obdobje sprememb za mladostnika, temveč tudi za družino, v kateri se najprej kažejo znaki kot odmev na spremembe odraščajočega otroka. Njih razumevanje ali nezumevanje je v veliki meri pomembno za nadaljnji čustveni in osebnostni razvoj mladostnika. Starši velikokrat niso pripravljeni spoznati, da njihov otrok dorašča, postaja samostojen in neodvisen. Bojijo se trgati vezi, ki so bile trdnješe v prejšnjem obdobju. V boju za samostojnost je mladostnik pogosto uporniški in kljubovalen in odziv staršev je pogosto še večje nasprotovanje v osamosvajanju. Prestrogo ravnanje staršev negativno deluje na mladostnika. Zgublja zaupanje vase, manjša se mu samozavest. Mladostniku je potrebna svoboda, vendar le toliko, da jo je sposoben pravilno izkoristiti. Podobno velja tudi za odgovornost. Le-ta naj bi ne bila tolikšna, da bi ga obremenjevala. Naloga staršev je, da sprejmejo osamosvajanje svojega otroka kot nujnost in mu s tem olajšajo razvoj. Mladostnik potrebuje prijetno družinsko atmosfero v procesu oblikovanja identitete in pravičnega razvoja osebnosti, ki se prične v zgodnjem otroštvu in je v adolescenci še bolj pospešen. Pri tem opazuje, ocenjuje družinske člane in druge odrasle, s katerimi se srečuje in preživlja čas, zgeduje se po njih, sprejema od njih delovne navade, stališča, način vedenja in drugo. Družba vrstnikov je za mladostnika nepogrešljiva. Zadovoljuje mu mnoge potrebe, ki so mu jih v otroškem obdobju zadovoljevali starši, usmerja njegova zanimanja, vpliva na preoblikovanje sistema vrednot. V družbi vrstnikov se mladostnik čuti samostojnejši, čeprav se zaveda odvisnosti od nje in si prizadeva prislužiti njeno pripadnost. Življenje z vrstniki, njihovi medsebojni odnosi, so učna baza za življenje v poznejšem obdobju, za harmonično sožitje z drugimi. Vrstniki pomagajo mladostniku tudi pri oblikovanju njegove spolne identitete. Zaupni pogovori rešujejo mladostnika marsikatero tegobe, ki se pojavljajo z razvijajočo se spolnostjo. Na formiranje spolne identitete vplivajo tudi stališča družbe do obeh spolov.

Zunanje spremembe telesa, ki jih prinaša spolno zorenje, zbujaajo v mladostniku zaskrbljenost in dvome o normalnosti teh sprememb. Šele ko spoznajo, da je njihov zunanji videz pozitivno ocenjen v njih okolju in spoznajo povezanost sprememb z odraščanjem, občutijo ob tem zadovoljstvo. Najpomembnejše za oblikovanje mladostnikove spolne vloge je njegova družina. V njej od zgodnjega otroštva lahko zaznava odnos staršev do spolnosti, njuno doživljanje spolne vloge. Po njej se mladostnik zgeduje, deklica se identificira z materjo, deček z očetom.

Spolni razvoj mladostnika poteka v dveh fazah: avtoerotična in heteroseksualna.

Pomanjkljiva in napačna spolna vzgoja povzroča v mladostniku resne notranje konflikte in odpor do seksualnosti. Organizirana spolna vzgoja, ki bi zajela otroka, mladino, starše, pedagoge, prosvetne delavce, bi zmanjšala negotovosti in konflikte v zvezi s spolnostjo in pripomogla k razvoju zdrave osebnosti.

V adolescenci je zelo težko postaviti mejo med normalnimi in patološkimi psihičnimi pojavi, ker je polje normalnih variacij zelo široko. Obnašanje mla-

dostnika kaže pogosto nevrotične in tudi psihotične simptome, vendar pa so to normalni pojavi oziroma reagiranja, ki jih ne smemo označiti za patološke. Trije osnovni problemi spremljajo adolescenco: problem avtoritete, identitete in seksualnosti.

V konfliktu z okolico, ki ima nasprotna stališča do mladostnika, mu vsiljuje svoje norme, je nosilec raznih prepovedi, nastane kriza avtoritete. Odziv na ta boj je aktiven ali pasiven protest.

Kriza identitete v adolescenci je najpogosteje vzrok v tem, ker aktivnosti mladostnika z njegovim obnašanjem in zanimanjem odrasli ne ocenjujejo pozitivno. Zaradi tega je mladostnik ambivalenten do sebe in staršev, vezi z vrstniki pa se ojačijo. Krizo identitete spremljajo anksioznost, agresija, občutek odtujenosti in osamljenosti, vse do psihotičnega načina reagiranja.

Kriza seksualnosti je zasnovana na konfliktu med potrebo po zadovoljevanju interesnih seksualnih impulzov in zunanjimi realnimi pogoji.

Mnogi avtorji so mnenja, da je adolescentna kriza oblika dozorevanja, za katero mladostnik ni bil uspešno pripravljen v okolju, v katerem živi. V adolescenci so pogostne tudi nevrotične motnje, katerih prognoze ni mogoče točno določiti. Lahko izginijo, se strukturirajo v nevrozo ali pa se oblikujejo v posebno osebnostno strukturo. Nevrotične motnje se kažejo najpogosteje v telesnih težavah, fobijah, šolskem neuspehu in podobno in je velikokrat potrebna dolgotrajna psihoterapevtska obravnava, da mladostnik spozna prvotne vzroke svojih težav. Mladostniki, ki iz najrazličnejših vzrokov niso sposobni konstruktivno sprejeti in uporabljati skupinske komunikacije na socialno sprejemljiv način v družini, šoli, na ulici in podobno, trpe za tako imenovanimi vedenjskimi motnjami. Razpon teh motenj gre od agresivnosti, laganja, promiskuitete do prestopništva.

Nekateri mladi ljudje v krizi reagirajo na neustrezen način, tako da uživajo alkohol, droge in tablete, kar jih pogosto privede v zasvojenost in je pot nazaj dolgotrajna in težavna.

Avtoagresivni sindrom, za samomor in poskus samomora menijo, da je najpogostnejši v depresivnem stanju. Da bi razumeli, kaj je tisto, kar žene mladega človeka, da usmeri agresijo proti sebi, moramo s podrobno analizo spoznati dispozicijo, vzroke, motive in povod za samomor ali poskus samomora. Na ta način bo ves terapevtski tim, ki dela z mladostnikom, znal pravilno pristopiti k reševanju njegovih problemov, kajti avtoagresija je največkrat tudi klic na pomoč iz zanj brezizhodne situacije.

V zadnjo skupino duševnih motenj spadajo še psihotične reakcije in manifestno psihotično vedenje, kot prvi znak začetnih endogenih duševnih bolezni v tem obdobju.

SPECIFIČNOST PSIHIATRIČNEGA ODDELKA ZA MLADOLETNIKE IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE NA TAKEM ODDELKU

Potrebo po tovrstnem oddelku je narekoval nenehen porast števila mladih, ki so iskali pomoč psihiatra, dispanzersko zdravljenje pa ni zadostovalo. Izkazala se je potreba po hospitalni obravnavi, da bi se mladi bolnik diagnostično obdelal in bi se na osnovi tega uvedla primerna terapija.

Oddelek za mladostnike deluje od 6. I. 1975. leta v okviru Centra za mentalno zdravje, Klinične bolnišnice za psihiatrijo v Ljubljani. Indikacija za sprejem na oddelek je starost bolnika in narava njegovih motenj, ki zahtevajo strokovno obravnavo. V preteklih letih oddelkovega delovanja so bili zdravljeni na oddelku mladostniki z nevrotičnimi motnjami, avtoagresivnim sindromom, disocialnim sindromom, toksikomani in psihotiki v začetnem obdobju bolezni.

Oddelek je odprtega tipa, šteje 22 postelj, dnevni prostor, atelje, ambulantno, pedagoško sobo in sanitarije. Svoje prostore imajo: zdravnik, psiholog, socialni delavec in administrator.

Sprejem mladostnika na oddelek je lahko neposreden ali posreden. Vse bolj pogosten je način neposrednega sprejemanja na oddelek po poskusu samomora, ko ga iz stalne internistične službe ali oddelka za poškodbe po oskrbi pošljejo na oddelek za mladostnike. Posredni sprejem poteka po posvetovanju staršev z oddelčnim zdravnikom, prek psihiatričnega dispanzerja, pedopsihiatričnega oddelka pediatrične klinike, splošnega zdravnika in terenske socialne službe Centra za socialno delo. Mladi bolnik je lahko sprejet v celodnevno, dnevno ali nočno oskrbo.

Pri bolnikih z akutnimi motnjami in tistih, pri katerih je potrebno prekiniti stik s frustrirajočim okoljem je nujna neprekinjena obravnavo in so sprejeti v celodnevno oskrbo.

V nočno oskrbo so sprejeti pacienti, ki obiskujejo šolo ali so že zaposleni. Na ta način je možen kontakt med člani terapevtskega tima in učitelji oziroma delodajalci. Pacient tako živi na oddelku, kjer poteka zdravljenje njegovih motenj, obenem pa je vključen v življenje zunaj bolnišnice.

Dnevna oskrba je nekakšna prehodna faza iz celodnevne oskrbe k odpustu. Pacienti zjutraj prihajajo na oddelek in so vključeni v vse aktivnosti in dejavnosti na oddelku, zvečer pa se vračajo v domače okolje. Tako vzdržujejo stike z okoljem, kjer so živeli pred hospitalizacijo in ki se bodo vanj pozneje vrnil.

V okviru delovnega programa poteka na oddelku vrsta dejavnosti. Delovni dan se začne z vstajanjem pacientov in jutranjo telovadbo. Do zajtrka pacienti sami uredijo posteljo in okolico in opravijo jutranjo toaleta. V času do osme ure sestra odvzame ves material za laboratorijske preiskave, ki je za ta dan naročen in ga pošlje v laboratorij. Pacientom, ki so naročeni na razne specialistične preiskave, da napotke in jih pripravi nanje.

V področje sestre spada tudi skrb za prehrano pacientov. Dnevno izpolni dietni list in ga odda v kuhinjo. Ker je jedilnica v sosednji stavbi, ob vsakem obroku spremlja paciente, jim razdeli hrano in skrbi za prijetno, predvsem domače vzdušje, ki ugodno deluje na psiho pacienta. Po vsakem obroku razdeli medikamentozno terapijo.

Za večino drugih aktivnosti je potrebno timsko delo. Raport celotnega terapevtskega tima ima namen, da se pogovorijo o vsakem pacientu, kaj se je z njim dogajalo v preteklem dnevu in noči in kaj je potrebno za posameznika čez dan napraviti. Določi se okvirna vsebina sestanka terapevtske skupnosti in celodnevnih aktivnosti. Ko je sprejet nov pacient, zdravnik, ki ga je sprejel, poda o njem poročilo, v katerem opiše vzroke njegovega prihoda v bolnišnico.

Sočasno z raportom imajo pacienti svoj sestanek, ki je pomemben za razvijanje njihove samoiniciative, samostojnosti in odgovornosti. Pogovorijo se o

odnosih med seboj, o problemih, ki jih bodo sprožili na sestanku terapevtske skupnosti, ki je osrednji dogodek dneva. Vsi člani tima in pacienti sodelujejo pri zdravljenju vsakega bolnika, za katerega je ob prihodu narejen terapevtski načrt. Skupno se rešujejo problemi posameznika, njihovi medsebojni odnosi, odnosi s terapevti in iz tega se povzamejo koristni zaključki za vse člane terapevtske skupnosti.

Razen terapevtske skupnosti, ki je na sporedu trikrat tedensko, so v procesu zdravljenja pomembne tudi psihoterapevtska skupina, ki jo vodi enkrat tedensko psiholog, psihodrama, joga, muzikoterapija, likovna terapija, ki jo vodita terapevt za posebne dejavnosti in likovni terapevt. Psihodrama pomeni sprostitev za paciente. Na sporedu je enkrat tedensko in v njej sodelujejo vsi pacienti. V soigri z drugimi se navadijo objektivno vrednotiti odnose, bolj realistično sprejmejo sebe in svojo vlogo v luči, v kakršni jo vidijo drugi pacienti. V zadnjem letu delujejo v večernih urah neformalne skupine, ki jih vodi absolvent psihologije.

Najaktivneje je udeležena med. sestra v sestrski skupini. V dnevih, ko ni terapevtske skupnosti, jo vodi višja medicinska sestra v sodelovanju s tehnikom ali srednjo medicinsko sestro. Tu se pogovorijo o vseh problemih, ki se pojavijo na oddelku in so v zvezi s pacienti. Pogosto je na dnevnem redu te skupine nedisciplinirano ravnanje v zvezi s hišnim redom, higieno in podobno. Enkrat tedensko pacienti zamenjajo naloge. Izberejo si novega predsednika terapevtske skupnosti — to je pacient, ki vodi sestanek terapevtske skupnosti, podpredsednika, blagajnika (oddelek ima sklad terapevtske skupnosti, ki se vanj steka denar, dobljen pri prodaji izdelkov, ki so jih pacienti izdelali sami, ali starega papirja itd.). Izvoli se referent za razne dejavnosti: učenje (v popoldanskem času so obvezne učne ure za šolarje), za kulturo in časopis. Občasno prirejajo pacienti kulturne večere in izdajajo svoj časopis. Posamezni pacienti se zavežejo za čiščenje določenih prostorov na oddelku, kajti tudi zaposlitvena terapija spada v proces zdravljenja in je za tovrstne paciente koristna. Dostikrat so sestrške skupine živahnije od drugih skupin in so pacienti bolj sproščeni. Na njih se dogovorijo o prostem izhodu posameznika ali skupine, ogledu gledališke ali kino predstave, izletu, o rekreaciji kak popoldan, ko ni drugih dejavnosti.

Vsi člani terapevtskega tima enkrat tedensko v lastni terapevtski skupini rešujejo medsebojne in subjektivne težave, ki nastajajo ob delu.

Ravno tako imajo enkrat tedensko case — konferenco, kjer obravnavajo vprašanja o problemih in duševnih motnjah v adolescentnem obdobju.

Case — konferenca je združena z obiski mentorja in se pri tem analizirajo terapevtske in diagnostične dileme, s čimer se razširja znanje celotnega tima.

HOSPITALNA PSIHOTERAPEVTSKA IN SOCIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA MLADOSTNIKA

Delo z mladostnikom se bistveno razlikuje od dela z otroki in odraslimi, zaradi specifičnosti te dobe. Ta specifičnost se kaže v psihoterapevtskem in socioterapevtskem delu. Posebnost se odraža v tem, ker je motivacija mladostnika za psihoterapevtsko obravnavo zelo slaba ali pa zanjo sploh ni motiviran. Zato je potrebna aktivna stimulacija s terapevtove strani, da bi mladostnika vključil v

psihoterapevtski proces, ko je ugotovil, da to zahteva narava mladostnikovih motenj.

V procesu pacientovega motiviranja je nedvomno potrebno, da je oddelek urejen tako, da zadošča mladostnikovim potrebam in zahtevam. Mladostnik se tu srečuje s svojimi vrstniki, ki imajo podobne težave kot on, so pa že na različnih stopnjah zdravljenja. Ima možnost, da opazuje vedenje svojih vrstnikov, uspešnost ali neuspešnost pri reševanju njemu znanih problemov ter izid zdravljenja. Z razvijajočo se motivacijo do zdravljenja je odnos do svojih problemov realnejši in mladostnik postaja v procesu zdravljenja aktivnejši.

V delu z mladostniki je najbolj pomembna skupinska obravnava. Na začetku psihoterapevtske obravnave se pri večini pacientov čuti močan odpor, da pred vsemi člani terapevtske skupnosti razlože probleme, ki so jih privedli na oddelek. Ščasoma ko na svojo problematiko gledajo realneje in ko opažajo podobne odpore tudi pri drugih pacientih, spoznavajo, da je smiselno govoriti glasno prav takrat, ko je bolezenski pritisk najmočnejši. Do tega spoznanja jim pomagajo tudi izkušnje drugih pacientov, ki jih z nasveti spodbujajo. Ko pacient začne glasno govoriti o svojih problemih pred skupino, je napravil velik korak v poteku zdravljenja. Na enak način bo lahko zunaj bolnišnice sproščeno komuniciral z ljudmi, s katerimi prihaja v stik. Ravno ta problem nezmožnosti komuniciranja v skupini ljudi je pogosten v adolescenci.

Nemalokrat so zaviralni faktor pri »odpiranju« pacienta do terapevta, prav pacientove negativne izkušnje z avtoritetami (starši, vzgojitelji, učitelji) in intergeneracijska problematika. Šele takrat, ko mladostnik spozna, da je atmosfera terapevtske skupnosti taka, da ga ne ogroža po tej plati, je sodelovanje aktivnejše.

Opažanja vseh članov terapevtskega tima s sestankom terapevtske skupnosti o posameznem pacientu so velikega pomena za načrtovanje nadaljnega poteka zdravljenja. Enakega pomena je tudi pacientovo sodelovanje v drugih skupinah: psihodrami, muzikoterapiji, likovni terapiji. Tu je pacientu dana možnost za objektivno vrednotenje odnosov, ki jih sami ustvarjajo, naučijo se zaznavati in interpretirati svoja čustva in razpoloženja, ter vrednotiti čustva in doživetja drugih. V okviru teh terapevtskih dejavnosti ima mlad človek nemalokrat prvič možnost izraziti sebe in se preizkušati na povsem novih področjih. Poleg skupinskega psihoterapevtskega pristopa v delu z mladostnikom poteka pogosto sočasno tudi individualna psihoterapevtska obravnava že v času bolnišničnega zdravljenja.

Pri vedenjsko in osebnostno motenih mladostnikih pa se v terapevtskem pristopu uporabljajo v pretežni meri socioterapevtske, se pravi bolj neposredne metode. Socioterapevtska dejavnost si pomaga s pedagoškimi svetovanji ob obveznih ukrepih v ožjem in širšem socialnem okolju mladostnika.

Medicinska sestra, ki je v neposrednem stiku s hospitaliziranim mladostnikom ves dan in vso noč, ima največjo možnost za opazovanje mladostnika, registriranje in ocenjevanje njegovega vedenja in težav, s katerimi se sooča. Ker sestra preživi največ časa s pacienti — v terapevtskih skupinah, kakor tudi v času manj zahtevnih aktivnosti, od dnevnih opravil osebne higiene do skupnega brcanja žoge, ima tudi največ možnosti za izvajanje socioterapije. Med. sestra pogosto najprej opazi pacientovo stisko, se mu poskuša približati, pripravi pacienta, da ji razkrije svoje težave in na podlagi tega pravilno ukrepa. S pogovorom, ki naj bo razumevajoč za njegove težave, in z nasveti, omogoči pacientu razbremenitev.

Z izkušnjami, ki si jih med. sestra pridobi v delu z mladostniki in nenehnim izpopolnjevanjem je sposobna umiriti akutne simptome motenj in pripraviti mladostnika za nadaljnjo psihosocialno obravnavo.

EKSTRAHOSPITALNO VODENJE MLADOSTNIKA

Z odpustom pacienta z oddelka še ni zaključena njegova obravnava. Odpuščenega pacienta vključijo v skupinsko ali individualno ekstrasospitalno obravnavo, upoštevajoč naravo njegovih motenj, zaradi katerih je bil hospitaliziran, ki jo vodi zdravnik, psiholog ali socialni delavec. Pacienti so motivirani za tovrstno obravnavo, ker se radi vračajo v znano okolje — adolescentni oddelek — na katerega jih vežejo prijetni spomini.

Majhno število odpuščenih bolnikov, ki (zaradi oddaljenosti) nimajo možnosti za občasno srečanje s terapevti na oddelku, so vključeni v klube ali dispanzersko skupino v svojem kraju. Če tudi te možnosti ni, se oddelek poveže s terensko patronažno ali socialno službo, ki z obiski na domu spremlja razvoj in življenje mladostnika, s tem pa tudi ugotavlja uspehe zdravljenja in ga po potrebi naroča na kontrole. Terenska patronažna ali socialna služba se povezuje s šolo ali delodajalcem, ugotavlja, kako se je mladostnik vključil v sredino, v kateri je prej prišlo do konfliktnih situacij, katerih sam ni mogel rešiti in zaradi katerih je zabredel v psihične težave in travme.

Literatura

Erić Ljubomir: Zaštita i unapređenje mentalnog zdravljenja mladih. PSIHIATRIJA DANAS — VIII — Beograd 1976. št. 3—4, str. 221—243.

Tomori Martina: Adolescentno obdobje in duševni razvoj mladostnika (V TISKU).

Kastratović Živorad: Adolescentna kriza. PSIHIATRIJA DANAS — VIII — Beograd 1976 št. 3—4, str. 311—321.

Mrevlje Gorazd: Suicid mladih. ZDRAVSTVENI OBZORNIK — XI — 1977 št. 4, str. 306—308.

Ovsenik Nada: Oddelek za mladostnike. SEMINAR O PSIHIATRIJI ZA ČLOVEKA V KRIZI IN O NEKATERIH POSEBNOSTIH NEVROLOŠKE DIAGNOSTIKE — Ljubljana 1975.

Kobal Miloš; Tomori M.: Organizacija psihiatrijskog tretmana adolescenta. JUGOSLOVANSKO-ČEŠKI KONGRES PSIHIATROV — Praga 1976, OBJAVLJENO V ZBORNIKU KONGRESA.

Tomori Martina: Psihoterapija na psihiatričnem oddelku za adolescente. 2. KONGRES PSIHOTERAPEVTOV JUGOSLAVIJE — ŠIBENIK 1975, PSIHOTERAPIJA 2, LJUBLJANA 1976.

Ličina Milan; Milač B., Tomori M.: Terapevtska zajednica na dva urgentna psihiatrijska odeljenja. 2. KONGRES PSIHOTERAPEVTOV JUGOSLAVIJE — ŠIBENIK 1975, PSIHOTERAPIJA 2, LJUBLJANA 1976.

NIHCE NE VE ZA RESNICO. VSI JO IŠČEMO.

K. Jaspers