

SUPERVIZIJA PSIHOTERAPIJSKOG RADA SA PSIHOTIČNIM PACIJENTIMA IZ TEORIJSKE I KLINIČKE PERSPEKTIVE INTERSUBJEKTIVNOSTI

/THE SUPERVISION OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH PSYCHOTIC PATIENTS FROM THE THEORETICAL AND CLINICAL PERSPECTIVE OF INTERSUBJECTIVITY

Ettore Jogan

SAŽETAK/SUMMARY:

Rad donosi neka kritička razmišljanja o neutralnosti i anonimnosti psihoanalitičara u tradicionalnom *settingu*. S novom paradigmatom objektnih relacija psihoanalitičar je postao više osobno uključen u terapijski proces. U tom je smislu razvijen intersubjektivizam na području Sjedinjenih Američkih Država, koji je na neki način drugačiji od europskoga koncepta transfera i kontratransfera. U svakom slučaju, može se reći da je u tretmanu psihotičnih pacijenata više indiciran interaktivni pristup između pacijenta i psihoanalitičara. Isto načelo vrijedi i za superviziju rada sa psihotičnim pacijentima pri kojoj, osim tehničkih savjeta i pomoći, terapeutu treba pružiti emocionalnu i ljudsku potporu i *kontejniranje*.

Paper presents some critical rethinking about the neutral and anonymous approach of the analyst in the traditional setting. With the new paradigm of the object-relations, the analyst becomes more personally involved in the therapeutic process. In this sense, the trend of intersubjectivity developed in the USA that is slightly different from European concept of transference-countertransference. In any case, this more interactive approach between the patient and the analyst is more indicated in the treatment of psychotic patients. The same principle is valid for the supervision of the work with psychotic patients, where the therapist, beyond the technical advice and aide, also needs an emotional and human support and containment.

KLJUČNE RIJEČI / KEYWORDS:

tradicionalni psihoanalitički *setting* / *traditional psychoanalytical setting*, neutralnost i anonimnost analitičara / *analyst's neutrality and anonymity*, intersubjektivistički pristup / *intersubjective approach*, tretman i supervizija psihotičnih pacijenata / *treatment and supervision of psychotic patients*.

Ettore Jogan, Psihijatar, psihoanalitičar, član Međunarodnog udruženja psihoanalitičara (*International Psychoanalytic Association* – IPA), član Talijanskog psihoanalitičkog društva (*Società Psicoanalitica Italiana* – SPI), privatna praksa
Ettore Jogan, psychiatrist, psychoanalyst, member of IPA, member of SPI, private practice

Prije nego što se usredotočim na superviziju terapijskog rada sa psihotičnim osobama, želim nešto više reći o intersubjektivnosti, pojmu koji se na psihoanalitičku scenu probio posljednjih desetljeća uglavnom zaslugom američke psihoanalize. U klasičnoj psihoanalizi uloga psihoanalitičara u terapijskom procesu bila je prilično jasno definirana: trebao bi djelovati kao aseptični kirurg, kao zamagljeni zaslon, kao neutralna anonimna osoba i, naravno, s isključenim tjelesnim kontaktom.

Takav pristup bio je u skladu s metodom i teorijom koja je tu terapijsku tehniku preporučivala. Psihoanalitičar je sa svojom aseptičnom i anonimnom neutralnošću poticao pacijente na slobodne asocijacije putem kojih su lakše izražavali svoje nesvjesne dinamike i sadržaje. U takvu neutralnom *settingu* terapeut je ostao meta pacijentovih impulsa, nagona i raznih projekcija (1).

Svoju neutralnost osiguravao je što manjim utjecajem na pacijentovo doživljavanje, trudeći se ne smetati njegovim spontanim produkcijama. Uglavnom je kod pacijenata pobuđivao transfer, razvoj tzv. transferne neuroze (tj. pounutrene/internalizirane odnose iz prošlosti), i pokušavao ga s pacijentom preraditi i premostiti pomoću interpretacija, koje su bile glavni terapijski instrument.

Taj se klasični uzorak s vremenom znatno promijenio. Nove teorije, nove spoznaje i nove škole obogaćivale su početnu strukturu, a dijelom je i komplicirale. Vrlo često taj je proces tekao s podosta konflikata, tako da ti različiti teoretski smjerovi još nisu potpuno integrirani. Nove teorije i spoznaje pojavile su se još kad se psihoanaliza počela baviti problematikom djece s teškim patologijama, dakle, problematikom ranog psihičkog razvoja. U teoriji



psihoanalize promijenila se temeljna paradigma: od pojma nagona, koji su bili središnji motivacijski element u psihičkom događanju, prešlo se na pojam odnosa, koji su postali najvažnijim elementom psihičkog razvoja i djelovanja ljudske psihe. S promjenom položaja teorije nagona i njegovim povlačenjem u pozadinu, promijenio se i položaj psihoanalitičara. Od neutralne, distancirane uloge, analitičarova uloga postala je kompleksnija, bogatija i aktivnija.

Do toga teoretskog i tehničkog pomaka u Europi je došlo uglavnom zaslugom britanske škole objektnih odnosa. Njezini su pripadnici Fairbairn (2), Guntrip (3), M. Klein (4), Winnicot (5) i učenici tih škola.

U Sjedinjenim Američkim Državama razvoj psihoanalize bio je vrlo šarolik. Nakon razdoblja u kojem je prevladavala Hartmanova psihologija ega na američkoj sceni psihoanalize pojavile su se tri struje: Sullivanova struja interpersonalista (6), Kohutova struja psihologije *selfa* (7) i Renikova struja intersubjektivista (8,9). Sva ta teoretska usmjerenja na različite su načine i različitim pristupima isticala važnost međuljudskih odnosa.

O promijenjenoj ulozi psihoanalitičara u terapijskom odnosu, talijanski psihoanalitičar Bordi pisao je 1995. godine u

članku koji govori o neutralnosti psihoanalitičara (10). Bordi kaže da pojam neutralnosti treba kritički preispitati i osuvremeniti na osnovi novih teorijskih spoznaja i nove teorijske psihoanalitičke paradigme utemeljene na odnosu. U suvremenijoj ulozi analitičar aktivnije sudjeluje u odnosu s pacijentom i u terapijskom polju, kažu Baranger M. i W. (11), te aktivno sudjeluje u traženju značenja i smisla pacijentovih psiholoških sadržaja. Bordi kaže da je u tom smislu Freud kao kliničar bio znatno interaktivniji u radu s pacijentima nego što je kasnije teoretizirao i pisao o terapijskom radu. Kad je riječ o neutralnosti i aseptičnosti, još su rigidniji postali njegovi učenici i sljedbenici. Bordi je u vezi s time citirao Freudovo pismo Ferencziju iz 1928. godine, koje donosi Jones (12), a u kojem Freud kaže: „Savjete koje sam prethodnih godina napisao u vezi s terapijskom tehnikom uglavnom sam iznio u negativnu smislu. Naglašavao sam što psihoanalitičar ne bi smio činiti kako se ne bi udaljio od psihoanalitičkog rada. Ono što bi psihoanalitičar trebao činiti prepustio sam osjetljivosti i sposobnosti pojedinca. A dogodilo se to da su previše poslušni psihoanalitičari interpretirali moje savjete na vrlo rigidan način i nisu se uspjeli fleksibilnije prepustiti vlastitu iskustvu i osjećaju za mjeru.“

U psihoanalizi su uloga, odgovornost i sposobnost objekta u psihičkom ra-

zvoju djeteta postajale sve važnijima. Pojavili su se pojmovi kao *good enough mother*, koji je skovao Winnicott (5), te *handling, holding containment, reverie, mirroring* (13) i *roleresponsiveness* (14). To je i analitičaru dalo novu važnost i novu odgovornu ulogu. U filozofskom smislu, kaže Bordin, psihoanalitičar je prešao iz neutralne, pozitivistički objektivizirane uloge u ulogu hermeneutičko-konstruktivističkog aktera koji u susretu s pacijentom zajedno s njim oblikuje terapijski proces. Taj se proces ne oslanja samo na uvid (*insight*) i spoznaju, što je bilo karakteristično za događanje u prošlosti, nego i na izgradnju novih značenja i novih odnosa u sadašnjosti.

U Europi je taj pomak od klasične teorije i tehnike prema suvremenijem pristupu objektnih odnosa tekao postupno, premda je često bio konfliktan i problematičan (npr. u Engleskoj među pripadnicima škole M. Klein i struje neovisnih psihoanalitičara) (4, 5).

U Sjedinjenim Američkim Državama ti su događaji tekli burnije, uz odlučan iskorak, kao što su to opisale talijanske psihoanalitičarke M. Ponsi i S. Turilazzi Manfredi (15, 16).

One svjedoče da je u SAD-u dugo prevladavala Hartmanova psihologija ega, koja se temeljila na tradicionalnom psihoanalitičkom modelu. Ona je još

uvijek bila u okviru shvaćanja pojma *one person psychology*. U sklopu toga klasičnog pristupa američki su analitičari pojam kontratransfer dugo rabili prema prvotnom Freudovu poimanju, dakle, kao neželjenu komplikaciju u radu s pacijentom koju bi analitičar trebao što bolje prevladati. U Europi smo već u pedesetim godinama oblikovali novi pogled na kontratransfer kao važan instrument u spoznavanju pacijentova nesvjesnoga. To se dogodilo zaslugom P. Heinmann (17) i M. Little (18). Važnu studiju te tematike iz Argentine je ponudio H. Racker (19). Prije 20 – 25 godina, dakle u devedesetim godinama prošlog stoljeća, neki su psihoanalitičari iz SAD-a sve kritičnije razmišljali i pisali o tradicionalnom psihoanalitičkom pristupu. Nasuprot distanciranoj neutralnosti i anonimnosti psihoanalitičara, sve su više zagovarali njegovu sve veću osobnu angažiranost i osobnu emotivnu prisutnost – dakle *two person psychology*. Ta su kritička gledanja isticala subjektivnu uključenost analitičara u terapijskom procesu na osnovi čega se oblikovala struja intersubjektivista.

Ta transformacija tradicionalnog pristupa u analizi u SAD-u poprimila je značajke otpora prema Hartmanovoj psihologiji ega, vjerojatno kao posljedica njegove dugogodišnje dominacije na sjevernoameričkoj psihoanalitičkoj sceni. Zaokret u psihoanalitičkim kru-



govima u SAD-u bio je izraz općenitije promjene u filozofiji spoznavanja u postmodernom društvu (to vrijedi i za Europu). Kod te populacije ne postoji objektivna spoznaja i znanje, nego samo društveni konsenzus, koji je prijelaznog karaktera. Društveni konsenzus omogućuje nam da nešto definiramo kao objektivnu danost. Stvarnost bi bila konvencija, dogovor koji izgrađujemo putem govora i verbalnih konstrukcija.

Usredotočimo li se na specifičnije psihoanalitičke pojmove, primarni je pojam transfer. Radikalniji kritičari klasičnog poimanja transfera, npr. Gill (20, 21, 22), smatrali su da transfer nije samo pojava koja izvire iz pacijentove unutrašnjosti nego u koju je uključen i analitičar. Nehotice i nesvjesno, psihoanalitičar uvjetuje transfer i usmjeruje ga. Pacijent, s druge strane, osjeća toliko psihoanalitičarovih značajki da pomoću tih podataka gradi transfer interaktivnije. U vezi s time, iznio bih vlastito razmišljanje. Čini mi se da je riječ o terminološkoj problematici. Što podrazumijevamo pod pojmom transfer? Je li to neki uži ili širi koncept? Ako je riječ o užem konceptu, kao što mi se čini da je bilo njegovo prvotno značenje, to bi značilo da pacijent prenosi (lat. *transferre*) na psihoanalitičara uzorke međusobnih odnosa iz prošlosti. A ako je riječ o širem konceptu, osim te dinamike u terapijskom odnosu morala bi biti prisutna i neka suvremenija, nova

relacijska dinamika, koja se gradi u odnosu s terapeutom. To često nazivamo realnim terapijskim odnosom, radnom ili terapijskom alijansom, novim odnosom i sl. Kad Gill govori o međusobnom oblikovanju transfera uz sudjelovanje psihoanalitičara, možda misli upravo na taj širi pojam transfera (22).

I Gabbard je (23, 24) naglasio intersubjektivnu dinamiku u terapijskom procesu kad je rasvijetlio značenje pojma projektivne identifikacije, koji je postupno prodro i na američko područje. Iako je koncept projektivne identifikacije izrazito klajnovski, taj su pojam u američku analizu prosljedili Kernberg i Ogden te ga obogatili komunikacijskom komponentom (sažeto prema Bionu), u smislu da pacijent često namjerava pomoću projektivne identifikacije poručiti psihoanalitičaru nešto važno i tako u njemu prouzročiti neku promjenu. I to bi dakle bila dinamička interakcija (25, 26).

Specifičnije američki jest pojam enactment (možemo ga prevesti kao aktualizaciju, realizaciju ili insceniranje), koji naglašava interakciju između pacijenta i terapeuta koja se događa na nesvjesnoj razini (15).

Udubimo li se u značenje pojma kontratransfer, susrest ćemo njegove različite interpretacije i definicije. Nakon što se i američka psihoanaliza

u popriličnoj mjeri riješila prvotno negativnog predznaka u vezi s kontratransferom u Freudovu značenju pojma (27), susrećemo se s užim i širim poimanjem tog koncepta. Njegovo uže poimanje odnosi se doživljaj psihoanalitičara povezan sa sadržajima i dinamikom pacijenta – to bi bio doživljaj povezan s događanjem u pacijentu. Šire poimanje obuhvaća šire događanje u terapeutu, koje je, naravno, do neke mjere povezano s pacijentom u pojedinim aspektima, a u drugim aspektima nije. Širim pojmom kontratransfera mogli bismo obuhvatiti i transfer psihoanalitičara prema pacijentu, što se ponekad i događa. U tom slučaju pacijent postaje transfernim objektom psihoanalitičara (19).

U vezi s kontratransferom, M. Ponsi i S. Turilazzi Manfredi (16) pitaju se postoji li razlika između općeprihvaćenog koncepta kontratransfera u Europi i američkog koncepta subjektivnosti psihoanalitičara. Možda je ponekad riječ samo o različitoj terminologiji, a ponekad je razlika u sadržaju. Talijanske autorice navode da pojam kontratransfer u Sjevernoj Americi još uvijek do neke mjere ima prvotni, negativni predznak: dakle, riječ je o neurotski neprerađenim aspektima psihoanalitičarove osobnosti koji se bude u kontaktu s pacijentom i mogu ometati ili čak negativno utjecati na cjelokupni terapijski proces.

Kad je riječ o cjelokupnom psihoanalitičarovu doživljaju u radu s pacijentima, američki psihoanalitičari nazivaju ga psihoanalitičarovom subjektivnošću. Tako psihoanalitički proces postaje susret dvaju subjekata, čime proces postane intersubjektivan.

I u Europi postoje dvojbe u vezi s definicijom kontratransfera. Za razliku od Amerikanaca, odavno smo odbacili prvotno negativno značenje riječi kontratransfer, ali ostalo je otvoreno pitanje užeg i šireg shvaćanja tog pojma. Uže značenje poklapa se s riječju, osobito s prefiksom *kontra*. On označava da je kontratransfer u vezi s transferom ili reakcija na transfer. Dakle, psihoanalitičarov kontratransfer u tom bi smislu bila specifična reakcija ili odaziv na pacijentov transfer, štoviše, i na pacijentove projekcije i projektivne identifikacije.

Šire razumijevanje kontratransfera obuhvaćalo bi uže značenje i osobno psihoanalitičarovo doživljavanje u kontaktu s pacijentom, pri čemu bi ta iskustva mogla biti vrlo subjektivna, ali ne nužno u vezi s pacijentovim transferom. Možda bi se šire značenje pojma kontratransfer moglo približiti američkom pojmu psihoanalitičarove subjektivnosti? Citirane talijanske psihoanalitičarke dopuštaju mogućnost, iako tako ne misle, da su ta dva koncepta jednakovrijedna i da se mogu jednakovrijedno primje-



njivati. Dinamika između transfera, kontratransfera i intrasubjektivnosti u američkoj psihoanalizi temelji se na različitim kulturnim pretpostavkama (u američkoj struji intersubjektivista veća je pozornost na konkretnom vanjskom objektu, a u europskoj psihoanalizi na unutarnjem objektu). U europskoj psihoanalizi, koja se temelji na teoriji objektnih odnosa, objekt je nešto kompleksno, nešto između unutarnjeg i vanjskog svijeta. Vrlo često naglasak je na unutarnjem objektu. U američkom konceptu intersubjektivnosti odnos između subjekta i objekta ima stvarniju podlogu u vanjskom svijetu.

U Europi se stvorila poprilično dvosmišlena predodžba pojma kontratransfer: on je povezan s pojavom pacijentova transfera, ali većina psihoanalitičara ipak je svjesna da je u terapijskom procesu psihoanalitičar angažiran u širem smislu: svojom osobnošću, svojom pričom, svojim iskustvima i svojim unutarnjim svijetom. Ukratko, svojom subjektivnošću. Sve smo te sadržaje objedinili u riječi kontratransfer i nemamo različitu terminologiju za označavanje kontratransfera u užem i širem smislu.

Nakratko ćemo se zaustaviti na kritikama koje se pojavljuju u psihoanalitičkim krugovima u vezi s položajem intersubjektivnosti te na kritikama koje se bave tradicionalnim položajem neutralnosti i anonimnosti psihoanalitičara.

Najugledniji kritičar intersubjektivizma bio je nedavno preminuli francuski analitičar engleskog podrijetla, A. Green (28). Njegova kritika sadržava razne argumente. Ponajprije, psihoanalitičari spočitavaju intersubjektivistima što pripisuju preveliku važnost intersubjektivnoj interakciji, dakle, subjektivnom položaju psihoanalitičara, a pritom zanemaruju pacijentov unutarnji svijet i njegove unutarnje psihičke reprezentacije (*representations*). Optužuju ih da preferiraju terapijski proces „ovdje i sada“ i da zanemaruju dinamiku nesvjesnoga i konflikte, da intersubjektivistička struja pridaje preveliku važnost interakciji između pacijenta i terapeuta (dakle i *enactmentu*) te da se premalo pozornosti posvećuje slobodnim asocijacijama. Opasnost je takva pristupa i u tome što psihoanalitičar previše otkiva svoje subjektivno doživljavanje s pacijentom (*self-disclosure*) kad se nađe u kontratransfernoj stisci iz koje se ne zna izvuci na drugačiji način. Još opasnija može biti činjenica da psihoanalitičar pokazuje svoju subjektivnost zbog vlastitih narcističkih potreba i zanemaruje potrebe pacijenta. Sve to dovelo bi do nazadovanja psihoanalitičke teorije i tehnike, a ne do njezina napretka.

Te kritike mogli bismo sažeti u jednu, a to je da novi pristup ugrožava tradicionalnu psihoanalizu, narušava njezinu

specifičnost i ugrožava identitet analitičara.

Jednako je zanimljiva kritika koja dolazi od intersubjektivista protiv tradicionalnog položaja psihoanalitičara. Od mnogobrojnih pripadnika te struje, citirao bih dva uglednija: O. Renika (8, 9) i T. Jackobsa (29). Renik smatra da je anonimnost psihoanalitičara mit kojeg se moramo riješiti. Očito je da se analitičar može truditi ostati psihoanoniman koliko hoće, ali dio njegove subjektivne ličnosti uvijek će se pokazati: hotimice ili nehotice. Njegovo držanje, stil interpretiranja, njegova neverbalna i verbalna komunikacija, oprema ordinacije i odjeća mnogo će toga poručiti pacijentu i na osnovi toga pacijent će izgraditi svoju sliku o terapeutu usporo sa svojim transfernim doživljajima. Sve to spada u namjerno i nesvjesno otkrivanje analitičarove osobnosti (*self-revelation*).

U vezi s time spomenuo bih kliničku vijnjetu poznatog američkog psihoanalitičara (Možda je to bio Greenson?) koju sam pročitao prije više godina: nakon duljeg razdoblja psihoanalize pacijent je „pogodio“ kojoj od političkih opcija terapeut pripada i koju stranku na izborima bira. Kad se psihoanalitičar iznenadio pacijentovim otkrićem, pacijent mu je jednostavno objasnio kako je do toga došao. Citirao je njegove interpretacije u različitim kontekstima iz kojih

je neizravno shvatio kakvo je političko mišljenje njegova psihoanalitičara.

Renik smatra da analitičarova pretjerana distanciranost može čak i štetiti boljem tijeku psihoanalitičkog procesa. Udaljenost, hladnoća, rigidnost i emocionalno nereagiranje psihoanalitičara mogu uzrokovati vrlo snažnu idealizaciju. Tako psihoanalitičar za pacijenta može postati vrlo idealiziran i nedostižan objekt.

Ako se pacijent zaustavi u takvoj idealizaciji, psihoanalitički proces će stagnirati i s vremenom se naći u mrtvoj točki.

Bordi u svojem članku o neutralnosti analitičara navodi da ako psihoanalitičar djeluje kao novi objekt, njegova pretjerana anonimna udaljenost za pacijenta može postati negativan identifikacijski model (10). Naime, pacijent bi psihoanalitičarovo držanje – emocionalnu udaljenost, hladnoću i racionalnost – mogao shvatiti kao jedinu pravilnu mentalnu dimenziju kojoj i on mora težiti. Renik zaključuje da je anonimnost nedostižna i da je psihoanalitičarova subjektivnost uvijek prisutna, stoga je treba shvatiti vrlo ozbiljno i na najprimjereniji način uzeti u obzir u terapijskom procesu i interakciji s pacijentom.

Dok sam se bavio posebno teškim patologijama i psihozama, naišao sam na više autora, među kojima su bili Scor-



tecci i Arrigoni (30), koji su zastupali tezu da sa slabo strukturiranim osobama ne smijemo biti osobito rigidno profesionalni, da moramo primijeniti ljudskiji pristup, biti sposobni priznati i pokoju vlastitu slabost kako bismo se takvim pacijentima lakše približili.

Naša pretjerana profesionalna poza kojom nehotice ističemo vlastite sposobnosti i mnogo zdravije psihičko funkcioniranje za njih može biti vrlo frustrirajuća, a može pobuditi i zavist. Searls (31) kaže da nedostatak interaktivnijeg pristupa u terapiji koči bogatiji konstruktivan terapijski razvoj. Može i ponovo traumatizirati neke pacijente koji bi se tako i u terapijskom *settingu* susreli s neodazivajućim i neodgovarajućim objektom. Autori su vrednovali ljudsku i subjektivnu komponentu terapeuta u terapijskom radu s teškim pacijentima dajući joj prednost pred ostalima.

Možemo reći da su kritičari obiju strana teorijskog pristupa jedinstveni u odnosu na jedno gledište, a to je briga za tijek psihoanalitičkog procesa. Usredotočuju se na ono što ga može potaknuti i što ga sprječava. Intersubjektivisti kažu da psihoanalitičarovo tradicionalno držanje, premda je za njega namijenjeno, ne djeluje uvijek poticajno na psihoanalitički proces. Psihoanalitičarov opušten pristup može kod pacijenta potaknuti produktivniju ko-

munikaciju. Tradicionalno usmjereni psihoanalitičari kažu da subjektivniji pristup zadržava terapijski proces na površini, da ne ulazi u veću dubinu i ne potiče veću transfernu dinamiku. (Usput rečeno, Renik tvrdi da uvijek svi razvijamo transfernu dinamiku, čak i kad je naš psihoterapeut ljudski topao i emocionalno angažiraniji) (9).

Zbog prethodnih argumenata tradicionalno usmjereni psihoanalitičari skeptični su prema intersubjektivnom pristupu u psihoanalizi. Možemo dodati i da intersubjektivisti kažu da s tim novim pogledima i pristupima danas imamo više mogućnosti i više tehničkih instrumenata za vođenje psihoterapijskog procesa, zato u tome vide napredak općeg psihoanalitičkog razvoja. Tradicionalno usmjereni analitičari u suvremenim strujama vide određeno nazadovanje.

Intersubjektivisti zagovaraju veću osobnu prisutnost psihoanalitičara u terapijskom procesu, dakle i mogućnost da se psihoanalitičar osobnije razotkrije u odnosu s pacijentom, takozvanim samootkrivanjem (*self disclosure*). To znači da pacijentu izravno govori o svojem kontratransfernom doživljavanju, da mu ponekad izravno odgovara na konkretna pitanja ili da mu prepričava neku zgodu iz svojeg života koja je povezana s pacijentom i njegovim iskustvima.

Na široj psihoanalitičkoj sceni, s obzirom na njihovo stajalište o intersubjektivnosti, mogli bismo navesti tri skupine psihoanalitičara. Tradicionalno usmjereni psihoanalitičari još zastupaju rigidniji *setting*. Skupina oduševljenih intersubjektivista zastupa veću aktivnu prisutnost psihoanalitičara i njegovu veću osobnu angažiranost u psihoterapijskom procesu, a skupina umjerenih intersubjektivista zastupa veći oprez kod samootkrivanja, njegovo brižljivo doziranje i opreznu primjenu ostalih novih instrumenata. Njihova je primjena opravdana samo kad to ima smisla, kad je umjesno i korisno za razvoj terapijskog procesa.

Klasični pristup uglavnom potiče razvoj transfernih dinamika i njihovu proradu, a intersubjektivni pristup uzima u obzir transfernu dinamiku s naglaskom na izgradnji novih odnosa, na njihovoj važnosti, u čemu pacijent i psihoterapeut jednako sudjeluju, naravno, u drugačijoj, aktivnijoj ulozi nego u klasičnom *settingu*.

Mislim da je interaktivniji odnos primjereniji i dragocjeniji kad radimo s teškim pacijentima, gdje se problematika ne razotkriva samo u konfliktima nego i u deficitima. U takvim slučajevima psihoterapeut mora odigrati vrlo složenu dvostruku ulogu: mora preuzeti ulogu transfernog objekta, a istodobno djelovati kao novi, konstruk-

tivni objekt i neprestano prelaziti iz pozicije u poziciju.

Kad je riječ o superviziji u psihoterapiji psihotično poremećenih osoba, podijelio bih tu djelatnost na dva područja. Prvo područje odnosi se na rad s pacijentima koji su vođeni individualno u psihoanalitički orijentiranoj psihoterapiji. Drugo područje supervizije namijenjeno je za pomoć psihijatrijskom timu koji djeluje u sklopu neke psihijatrijske ustanove (npr. psihijatrijske bolnice, centra za mentalno zdravlje...) i terapijski se bavi određenim brojem teških pacijenata koji funkcioniraju na pretežno psihotičnoj razini.

Supervizija bi se trebala provoditi kod jednih i drugih, a njezina je svrha:

1. nuditi specifičnu stručnu pomoć pojedinom psihoterapeutu ili terapijskom timu tako da im otkrije sve moguće terapijske pristupe koji proizlaze iz različitih terapijskih smjerova i kliničkih iskustava;
2. nuditi emotivnu i psihičku potporu terapeutu ili timu, što je vrlo bitno kad se radi s tako zahtjevnom i opterećujućom populacijom.

Posvetit ću nekoliko riječi individualnoj superviziji pacijenta u individualnoj psihoanalitičkoj psihoterapiji.

Takva psihoterapija pretpostavlja da je terapeut iskusan i da ima dovoljno



teorijsko znanje da može na terapiju primiti pacijente sa psihotičnim komponentama. Na teorijskom području mora poznavati razvojno-psihoanalitičke teorije jer za takve je pacijente pristup koji se temelji isključivo na poznavanju Freudove teorije nedostatan. Kao što znamo, klasični psihoanalitički pristup primjereniji je za bolje strukturirane osobe koje pretežno funkcioniraju na neurotskoj razini.

Pacijenti sa psihotičnom patologijom često funkcioniraju na prilično regresivnim razinama gdje je *self* još vrlo krhak, granice između *selfa* i objekta još su vrlo nejasne, izrazito su prisutni simbiotski i progoniteljski odnosi i prevladavaju primitivni obrambeni mehanizmi (kao što su rascijepljenost, fragmentacija, nijekanje, projekcija i patološke projektivne identifikacije). Cjelokupno mentalno i emocionalno stanje pacijenta u kontratransfernom doživljavanju može postati vrlo opterećujuće za terapeuta. Terapeut treba superviziju kao svestranu potporu u tom teškom radu jer u suprotnome u osamljenosti i izolaciji svoje ordinacije takav teret ne bi mogao podnijeti.

Svrha je supervizije da pomogne terapeutu da se empatički približi tim vrlo regresivnim pozicijama pacijenta s ciljem postupnog vođenja do zrelijih mehanizama funkcioniranja (32, 33, 34). Supervizija mora pomoći terapeutu

da što lakše i u što duljem razdoblju izdrži u poziciji u kojoj mora pratiti pacijenta i dijeliti s njim njegove patološke razine funkcioniranja. Supervizija mu pomaže da bude strpljiv kad je pacijentovo napredovanje sporo ili kad nema napretka. U pacijenata sa psihotičnom patologijom zamjećuju se znatne oscilacije u napredovanju odnosno nazadovanju u psihoterapijskom procesu. Te su oscilacije izrazitije ako je njihova psihička struktura vrlo krhka pa teško postižu stabilniju razinu funkcioniranja. Zbog toga u terapijskom procesu treba obratiti posebnu pozornost na pacijentovu ranjivost i istodobno pažljivo pratiti njegove reakcije na terapijske postupke. Njegovo napredovanje ili nazadovanje pokazat će nam jesmo li ga prebrzo podizali u zreliju fazu za koju još nije spreman ili su naši postupci bili u skladu s njegovom sposobnošću da prijeđe iz regresivnije u zreliju fazu funkcioniranja. Problemi povezani s oscilacijama sposobnosti napredovanja u terapiji kod psihotičnih pacijenata i pacijenata s izrazitim psihotičnim komponentama vrlo su izraženi. Ti pacijenti teško izdržavaju veće emotivno opterećenje i emotivan angažman čak i kad su već postigli napredak na razini strukturiranosti. Zbog krhkosti strukture često se u takvim situacijama regresivno dekompenziraju.

Supervizija je tu da podupre konstruktivni pristup terapeuta tako da ga za-

štiti kako ne bi prerano klonuo pod teretom malodušja i osjećaja nemoći. Ograničava terapeuta kako u funkciji svojeg idealiziranog stručnog ega ne bi bio prezahtjevan prema pacijentu. Osim toga, supervizija štiti terapeuta od pacijenta – kako ga ne bi povukao na svoju regresivnu razinu funkcioniranja kad se terapeut pacijentu pretjerano empatički približi.

Cilj je supervizije pomoći terapeutu da zadrži konstruktivnu i uravnoteženu poziciju. Supervizor lakše od terapeuta zadržava tu poziciju jer je emotivno udaljeniji od cjelokupne terapijske situacije i stoga manje emocionalno opterećen. U članku koji sam sa skupinom kolega predstavio na 10. kongresu *Società Psicoanalitica Italiana* (35) položaj terapeuta i supervizora metaforički smo usporedili sa speleolozima koji se spuštaju u jamu (psihozu). Jedan od njih spušta se po užetu prvi i dublje – to je terapeut, a drugi iza njega nadzire situaciju – to je supervizor: on pazi da nešto ne krene po zlu i čim se nešto zakomplicira, pokušava izravno intervenirati.

Moram naglasiti da s takvim pacijentima radim uglavnom na izgradnji međusobnoga dobrog odnosa, čime im nudim reparacijsko iskustvo. Tek nakon toga pozabavim se i transfernim dinamikama. Rad na uvidu pomoću interpretacija, kao u klasičnoj psiho-

analizi, u slabo strukturiranih pacijenata vrlo je često tek od marginalnog značenja. Taj pristup mogu primijeniti tek povremeno, kad je pacijent već dovoljno strukturiran i sposoban raditi na takvoj razini.

U vezi s tom tematikom, prikazat ću jednu kliničku vinjetu.

Mladić od dvadeset pet godina primljen je na psihijatrijski odjel zbog akutne psihotične krize sa znacima disocijacija i deluzija persekutornog (proganjajućeg) sadržaja. Od početka supervizije terapijskog rada s tim mladićem podupirao sam terapeuta u pokušaju pronalaženja i prepoznavanja mogućeg inicijalnog događaja koji je izazvao mladićevu psihotičnu dekompenzaciju. Bitno je da supervizor upozori terapeuta na to da već tijekom hospitalizacije obrati pozornost na peristatičke elemente, odnosno životne situacije i okolnosti u pacijentovu životu koje bi mogle imati ulogu okidača u nastanku psihoze. Nakon mjeseci liječenja psihofarmacima znaci psihoze su nestali. Nakon bolničkog liječenja preuzeo ga je mladi kolega psihijatar koji je imao dobru psihoterapijsku izobrazbu. Terapijski rad provodio se u obliku jedne seanse na tjedan. Tijekom terapijskog procesa u anamnezi se pokazalo da pacijent potječe iz obitelji s prisutnom patologijom. Otac se vrlo rano rastao od maj-



ke i od tada nije mario za bivšu obitelj – ni za bivšu suprugu ni za pacijenta i njegova mlađeg brata. Majka je bila prilično primitivna žena, opterećena materijalnim i ostalim konkretnim problemima s kojima se susretala kao samohrana majka. Emocionalno neosjetljiva osoba koja se vrlo malo bavila djecom.

Kolega i ja stekli smo dojam da su pacijent i njegov brat odrastali usamljeno u ne baš ugodnoj društvenoj i kulturnoj okolini. Roditelji su bili rodom iz jedne od bivših jugoslavenskih republika pa su ih u zgradi u kojoj su stanovali, a isto tako i u školi, pogrdno nazivali „čefuri“. Godinama ga je pratio osjećaj manje vrijednosti i unutarnje nesigurnosti. Zasigurno je to bilo povezano s vrlo lošim internaliziranim objektnim odnosima. Roditelji nisu bili siguran i pouzdan uzor za stabilniju identifikaciju. Zbog očeve odsutnosti pacijent je ostao bez muške figure kao referentne točke. Tu identifikaciju postupno je gradio s terapeutom. I spolni identitet kod njega je bio nedefiniran: kolebao se između homoseksualne i heteroseksualne usmjerenosti, a i to samo na fantazijskoj razini. Do tada još nije imao nikakvo spolno iskustvo. Zbog krhke strukture osobnosti sa stvarnošću se suočavao uz mnogo straha i panike. Nije uspio uspostaviti normalne socijalne odnose, zato je bio socijalno izolirana osoba. Nijedno

radno mjesto nije uspijevaao dulje zadržati. S porastom pritiska rasplamsao bi se i osjećaj ugroženosti koji ga je doveo do psihotične dekompenzacije. I kasnije, izvan akutne faze psihoze, ostavljao je dojam psihičke krhkosti, a time i mogućnosti za ponovnu psihotičnu dekompenzaciju. Terapeut se empatički približio njegovim strahovima, njegovoj ranjivosti, i pozitivno ga podupirao u prevladavanju psihičke krhkosti tako da je pacijent nakon godinu dana terapije djelovao stabilnije i činilo se da ima više samopoštovanja. Nažalost, ti rezultati nisu dugo trajali. U svakoj zahtjevnijoj situaciji ponovo se vraćao na regresivnu razinu funkcioniranja. To osciliranje trajalo je prilično dugo. Svaka, pa i najmanja zapreka kod koje se trebao dodatno emocionalno angažirati vratila bi ga u prvotnu fazu. Terapeut je to osciliranje vrlo teško podnosio i sam je balansirao između nade i razočaranja nad pacijentovim funkcioniranjem. Supervizija je terapeutu pružila nužnu potporu što mu je pomoglo da izdrži u toj zahtjevnoj situaciji dijeleći s pacijentom teška emocionalna stanja koja mu je on prenio putem projektivne identifikacije.

Iz literature i kliničke prakse spoznao sam da nas teški pacijenti opterećuju vrlo teškim psihičkim stanjima na dulje razdoblje. Iz te se pozicije ne pokreću toliko dugo jer terapeuta trebaju

da s njima dijeli bolne emocije i težak osjećaj nemoći. Tako gotovo prisiljavaju terapeuta da dulje dijeli s njima njihovu bol jer se pritom ne osjećaju toliko usamljenima kao prije.

Kolegica mi je pričala o vrlo mučnim kontratransfernim doživljajima sa psihotičnim mladićem koji je tijekom psihoterapijske seanse ušao u regresivnu poziciju te se ljuljao u stolcu u fetalnom položaju. Takvo stanje trajalo je vrlo dugo i ponavljalo se tjednima. Terapeutkinja se osjećala bespomoćnom jer pacijent na pokušaje verbalne komunikacije nije reagirao što je onemogućilo bilo kakav terapijski rad. Dodatno opterećenje bilo je to što je tijekom takvih seansi pacijent u tišini netremice gledao u nju. U takvoj situaciji supervizija je bila iznimno važna. Od supervizora je dobila potporu da ostane uz pacijenta premda su se seanse činile besmislenima. U toj fazi terapijskog procesa jedini smisao njezine prisutnosti bio je da pacijent ne ostane sam u svojoj psihotičnoj regresiji. Moguće je da je pacijent time prisilio svoju terapeutkinju u svojoj bespomoćnosti da s njim dijeli njegove mučne osjećaje.

Pacijenti svoje terapeute često prisiljavaju da dulje budu u takvu položaju jer tek su tada uvjereni da im je terapeut zaista sklon, da s njima suosjeća i da ih neće napustiti nađu li se u nekoj poteš-

koći. Tek kad terapeut uspješno „polaži taj ispit“, pacijent će imati doživljaj dobrog korekcijskog iskustva. Terapeutkinja iz navedenog primjera taj je test položila, što je pacijentu omogućilo da se polako počne vraćati iz vrlo regresivne pozicije u manje patološku, koja je otvorila veće mogućnosti za terapijski rad.

I sâm sam se našao u poteškoćama u radu s pacijenticom koja je imala tešku *borderline* patologiju i koja bi se povremeno destrukturala do psihotične razine funkcioniranja. Ubrzo nakon početne faze terapije prešla je u izrazitu simbiotsku ovisnost s paničnim doživljajima usamljenosti i napuštenosti. To se manifestiralo čestim ispadima kojima je narušavala *setting*, čestim telefonskim pozivima mimo dogovorenih seansi ili upadanjem u ordinaciju kad sam radio s drugim pacijentima. Vrhunac te simbiotske potrebe izrazila je fizičkim napadom na predmete u mojoj ordinaciji kad nisam mogao ugoditi njezinim regresivnim očekivanjima/zahtjevima. U to vrijeme pomagali su mi kolege s kojima sam surađivao na grupnoj superviziji iz područja teških patologija (32, 33). Simbiotska faza te psihoterapije uistinu me gušila. Pacijentičina ljepljiva ovisnost pobuđivala mi je neugodan osjećaj kao da me netko vuče prema dolje, u vodu, i da teško dišem. Uspio sam nastaviti rad zbog potpore mo-



jih kolega koji su bili vrlo empatični u vezi s tim mojim doživljajima, istodobno mi dajući nadu da će se ta situacija riješiti i da nastavak rada s pacijentima ima smisla.

Oko 1970. godine u Italiji su se počele razvijati antipsihijatrija i alternativna psihijatrija, koja je naglašavala sociogenezu u nastanku psihičkih smetnji i bolesti. Velik broj psihijatara započeo je sa svojom psihoanalitičkom edukacijom i ta psihoanalitička kultura počela je postupno ulaziti u psihijatrijske ustanove (36). U tim su godinama psihoanalitičari počeli dolaziti u psihijatrijske ustanove u ulozi supervizora. Nudili su svoju pomoć psihijatrima i njihovim suradnicima kad bi se terapijski tim našao u krizi ili konfliktu te kad nije uspijevaao konstruktivno obavljati svoj posao. Tu praksu psihoanalitičke supervizije u psihijatriji uveli smo pod utjecajem iskustava koje su imali u Francuskoj, gdje je taj način rada uveden mnogo prije.

Autori koji su se bavili supervizijom u psihijatrijskim ustanovama u Italiji, Bolognini i Mantovani (36), Correale (37) i Mantovani (14), upozorili su na bitnu razliku u radu koji su obavljali psihijatar i njegov tim i psihoanalitičar supervizor. Psihijatar često mora intervenirati i aktivno posegnuti u terapijsko vođenje psihotičnog pacijenta, mora odgovoriti mnogim potrebama

pacijenta i okoline, često se mora suočiti s hitnim slučajevima i otporom pacijenta prema liječenju. Zato mu katkad ponestane vremena za slušanje, udubljivanje i razmišljanje.

Psihoanalitički pristup prava je suprotnost psihijatrijskom pristupu: mnogo je slušanja i razmišljanja, a manje djelovanja. Psihoanalitička supervizija postaje komplementarna psihijatrijskom radu ako postoji prostor za razmišljanje, za udubljivanje i traženje uvijek novih značenja pacijentova funkcioniranja i reagiranja terapijskoga kolektiva na pacijente.

Bolognini i Mantovani (36) upozoravaju na probleme s kojima se može susresti analitičar, ali i sam supervizor kad prihvati supervizijski rad sa psihijatrijskim timom.

1. Potreba za supervizijom je lažna. Iza prividne potrebe za supervizijom može se kriti stvarna potreba za grupnom terapijom tima. Supervizor na takvu potrebu treba reagirati samo djelomično i vrlo diskretno, ali tako da i dalje nudi pomoć koja je povezana s radom s pacijentima, a ne da odgovara na osobne psihičke potrebe pojedinih članova tima.
2. Psihijatrijski tim može imati pretjerana očekivanja od supervizora. On može nasjesti na tu idealizaciju zbog vlastitih narcističkih potreba.

3. Tim može u supervizoru tražiti saveznika koji bi se borio protiv nekog neprijatelja (izmišljenog ili stvarnog).
4. Postoji opasnost da se psihoanalitički pristup uspostavi kao ideološki fetiš, kao jedina istina i znanje za pravilno vođenje psihotičnih pacijenata. Psihoanalitičar se u tom slučaju može postaviti kao učitelj koji ima znanje i uči sve ostale, a oni se prilagode kao pasivni učenici.

Supervizija bi ustvari trebala ispunjavati neke bitne kriterije (prema preporuci spomenutih autora):

1. u psihijatrijskom timu trebala bi pobuditi pozitivnu i konstruktivnu nadu kako bi se izbjegli malodušnost, osjećaj nemoći i osjećaj misaonog osiromašenja u grupi;
2. trebala bi štititi terapijski tim od pregorijevanja (*burn-out sindrom*);
3. trebala bi pobuditi pozitivno i solidarno razmišljanje uz koje će se lakše empatično podijeliti poteškoće što bi rezultiralo razvojem većeg osjećaja pripadnosti;
4. trebala bi poticati zdrav narcizam kod psihijatrijskog tima;
5. trebala bi poticati sposobnost razmišljanja i udublivanja u psihijatrijskom timu;
6. trebala bi pomoći u premošćivanju konflikata koji se rađaju između članova psihijatrijskog tima.

Klinički primjer timske supervizije:

Prije tri godine radio sam kao supervizor na odjelu za hitnu psihijatriju. Psihijatrijski tim nije imao nikakvu psihoanalitičku izobrazbu. Došao sam na poziv direktora psihijatrijske službe, koji je imao određeno psihoanalitičko iskustvo. Poslao me na odjel s namjerom da promijenim zastarjele uzorke razmišljanja kod osoblja i obogatim njihov svakidašnji rad. U početku sam se vrlo teško uključio u tim. Razlog je bio to što me poslao direktor, dakle, nisam došao na poziv tima. Tim me u početku doživljavao vrlo negativno jer je smatrao da sam podređen direktoru i da ću izvršavati njegove zapovjedi. Postupno, uz mnogo poteškoća, uspio sam uvjeriti cijelu grupu da je svrha mog dolaska rad na njihovu odnosu s pacijentima, pomoć u svakidašnjem radu i u nošenju s teškoćama koje on donosi, da nisam došao kao pripadnik politike uprave ili zdravstvene ustanove. Ustrajnim radom uspio sam dovesti psihijatrijski tim do toga da rade na odnosu s pacijentima. Mnogo smo sastanaka „potrošili“ baveći se frustracijama psihijatrijskog osoblja koje je ono doživljavalo u svakidašnjem radu. Bili su pod pritiskom neugodnih uvjeta u kojima su radili: bili su razapeti između potreba i zahtjeva pacijenata, pritiska uprave, javnog mišljenja, a bili su opterećeni i nedostatkom sredsta-



va. Vrlo često cijeli bi tim skliznuo na razinu žrtve uz osjećaj nemoći, što je kod mene uzrokovalo velik napor u želji da preusmjerim doživljavanje i razmišljanje u pozitivnom smjeru.

Dodatna frustracija za manje educirane osobe bila je kad su utvrdili da psihoanaliza ne nudi konkretan terapijski pristup (kao neki novi lijek ili recept s jasnim uputama), nego tek drugačiji pogled i psihološki pristup koji se razlikuje od tradicionalnog psihijatrijskog, koji se oslanja na biološku i liječničku paradigmu.

U sjećanju mi je ostala klinička situacija kad smo uistinu uspjeli raditi psihoanalitički: bila je riječ o regresivnom, zahtjevnom pacijentu koji je svojim ponašanjem izazivao mnoge probleme. Od sestara i tehničara očekivao je veliku pažnju, nije poštovao pravila, ponašao se kao zahtjevno razmaženo dijete.

Na supervizijskom susretu tog su pacijenta prikazali medicinska sestra i tehničar, svaki na svoj način, u skladu sa svojim reakcijom na njegove provokacije/zahtjeve. Sestra je prema pacijentu bila vrlo empatična, majčinski nastrojena i pokušavala mu je udovoljiti. Tehničar se prema njemu postavio gotovo agresivno, rigidno mu je postavljao granice i tako ga pokušao preodgojiti. Između sestre i tehničara izbio je sukob. Neprestano su se sva-

đali tko je od njih dvoje u pravu, odnosno čiji je pristup pravilan. U grupi sam u raspravi otvorio širi reflektivni prostor: upozorio sam da je vrlo teško definirati problem u funkciji jedne istine kad je riječ o psihičkim potrebama pojedinca. Ponudio sam novo gledište u smislu da svi imamo višeslojne psihičke potrebe. To je još izraženije u psihotičnih pacijenata koji imaju mnogo neintegriranih aspekata. I taj pacijent imao je potrebu za empatičnom tolerancijom, a istodobno je svojim provokativnim ponašanjem „prisiljavao“ okolinu da mu postavlja granice. Na oba aspekta osoblje je reagiralo različito, naravno, u skladu sa svojim strukturama osobnosti. Sukob između osoblja pokazao je njihovu nesposobnost integracije obaju aspekata, što se u vanjskom svijetu manifestiralo kao neintegrirani dijelovi pacijenta. Takve i slične dinamike relativno su česte u svim supervizijskim grupama koje se terapijski bave psihotičnim pacijentima. Na supervizijama smo radili na boljoj integraciji osoblja, a time i na usklađenijem pristupu radu s pacijentima. Time smo smanjili sukobe među osobljem i postigli konstruktivnije ozračje u timu.

Kad bismo na supervizijskim susretima uspjeli raditi na opisan način, uspijevali smo riješiti neke probleme i sukobe i otvarali smo nove mogućnosti razmišljanja i nova značenja u

odnosima s pacijentima i unutar tima. Tada bismo superviziju zaključili s pozitivnim osjećajem zbog dobro obavljena posla. Svi smo se osjećali bolje i u timu se pojavila pozitivna energija. Nakon ponavljanja takvih situacija zamijetili smo da se optimistično ozračje u timu ustalilo. Bilo je manje pasivnosti, manje osjećaja nemoći i manje jadikovanja zbog frustracija na poslu.

Moje je iskustvo u tome što sam u taj psihijatrijski tim uspio unijeti pozitivno ozračje barem za razdoblje u kojem smo zajedno radili. Ne znam je li tim to iskustvo internalizirao do te mjere da takav rad postane načinom njihova funkcioniranja i dijelom njihova znanja, što bi donijelo trajnu korist.

Smisao psihoanalitičke supervizije u radu s pacijentima sa psihozom naglasit ću Bionovom tvrdnjom, a njezino značenje ističe i Ogden (38), koja kaže da za prevladavanje teških emotivnih stanja (kakva nalazimo u psihotičnih pacijenata i njihovih terapeuta) trebamo psihičku pomoć i potporu nekoga drugoga (npr. supervizora).

ZAKLJUČAK

Sažeo bih još nekoliko misli. Kao što sam spomenuo, za terapijsku obradbu psihoza prijeko je potreban drugačiji

pristup od klasičnoga psihoanalitičkog. Mora biti riječ o interaktivnom pristupu u kojem će terapeut sudjelovati mentalno i emotivno jer kod psihoza odnosno psihotičnih struktura osobnosti treba raditi i na deficitu psihičke strukture, a ne samo na konfliktu. I pristup supervizora mora biti sličan, dakle, interaktivan.

U tradicionalnom supervizijskom *settingu*, kako kažu Herron i Teitelbaum (39), supervizor klinički materijal iz psihoterapijske seanse doživljava s laganom primjesom objektivizacije i stavlja se u autoritativnu ulogu kojoj se terapeut prilagođava kao marljiv učenik. I nas su učili da interpretacije moraju biti što jasnije i djelotvornije. Tek kasnije počelo se govoriti o „nezasićenim“ interpretacijama koje djeluju kao poticaj za nastavak psihičkog funkcioniranja pacijenta, a ne kao jasno definiranje pacijenta i njegovih dinamika, što takav pristup objektivizira.

Psihotični pacijenti svakako spadaju u skupinu teških pacijenata, a autoritativan pristup apsolutno je neprimjeren. Terapeut ima veću autonomiju, a supervizor opsežniji interaktivni dijalog s terapeutom. I terapeut i supervizor moraju zadržati skromnost i poniznost kako bi se tim pacijentima u terapijskom radu mogli što više približiti na ljudskiji i stručan način.



LITERATURA

1. Freud, S. (1974). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. Opere, Vol. VI. Torino, Boringhieri.
2. Fairbairn, W.R.D. (1952.). An object relations theory of the personality. New York, Basic Books.
3. Guntrip, H. (1969.). Schizoid phenomena, object relations and the self. New York, Int. Univ. Press.
4. Klein, M. (1978.). Scritti 1921-1958. Torino, Boringhieri.
5. Winnicott, D.W. (1965.). The maturational process and the facilitating environment. New York, Int. Univ. Press.
6. Sullivan, H.S. (1953.). The interpersonal theory of psychiatry. New York, Norton.
7. Kohut, H. (1971.). The analysis of the self. New York, Int. Univ. Press.
8. Renik, O. Analytic interaction: conceptualizing technique in the light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal. Q.* 1993;62.
9. Renik, O. The ideal of anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanal. Q.* 1995;64.
10. Bordi, S. Lo stato attuale del concetto di neutralità analitica. *Borla: Riv. Di Psicoanal.* 1995;3.
11. Baranger, M., Baranger, W. (1990.). La situazione analitica come campo bipersonale. Milano, Cortina.
12. Jones, E. (1962.). Vita e opere di Freud. Milano, Il Saggiatore.
13. Bion, W.R. (1967.). Second thoughts. New York.
14. Sandler, J. (1976.). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Review of Psychoanalysis.* 3.
15. Ponsi, M. La partecipazione dell'analista: un tema emergente nella psicoanalisi nord-americana. *Borla: Riv. Di Psicoanal.* 1999;1.
16. Ponsi, M. Turilazzi Manfredi S.: Transfert- controtransfert e intersoggettività. Contrapposizione o convergenza? *Borla: Riv. Di Psicoanal.* 1999;4.
17. Heimann, P. On countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 1950;30.
18. Little, M. Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.* 1951;32.
19. Racker, H. (1968.). Transference and Countertransference. London: The Hogarth Press.
20. Gill, M.M. (1995.). Teoria e tecnica dell'analisi del transfert. Roma, Astrolabio.
21. Gill, M.M. Transference: a change in conception or only emphasis? *Psychoanal. Inq.* 1984;4.
22. Gill, M.M. The analyst as participant. *Psychoanal. Inq.* 1987;7.
23. Gabbard, O. (1994.). Psychodynamic Psychiatry and Clinical Practice. New York, Am. Psychiatric Press.
24. Gabbard, O. Countertransference: the emergent common ground. *Int. J. Psychoanal.* 1995;76.
25. Kernberg, O. (1976.). Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson.
26. Ogden, T.H. (1986.). The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue. New York, Jason Aronson.
27. Freud, S. (1974.). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. Oper, Vol. VI. Torino, Boringhieri.
28. Green, A. (1997.). Smembramento del controtransfert. Relazione letta al Colloquio Italo-Francese Palermo.
29. Jacobs, T. On the question of self-disclosure by the analyst: error or advance. *Psychoanal.Q.* 1999;68.
30. Scortecchi-Arrigoni, M. La tecnica del trattamento degli stati psicotici. U: Trattato di Psicoanalisi. Semi A.A., ur. Milano, Cortina, 1997;1.

31. Searles, H.F. (1974.). Scritti sulla schizofrenia. Torino, Boringhieri.
32. Jogan, E. (1999.). An Analyst „at the border“ for the patient at the border. Clinical case. Usmeno izlaganje. Padova, Centro Veneto di Psicoanalisi.
33. Jogan, E. (2006.). The contribution of Psychoanalysis to Psychiatry. Usmeno izlaganje. Trst.
34. Boccanegra, L., De Zordo, M.R., Jogan, E., Magrini, M., Milella, M., Russo, S., Trevisan, A., Zennaro, C. (2001.). Selfcredibility unsaturated: The contribution of the group of colleagues in elaboration of the transference feelings of the analyst involved in the treatment with the psychotic patients. Seminar o Psihozah, Società Psicoanalitica Italiana, Bologna.
35. Boccanegra, L., De Zordo, M.R., Jogan, E., Magrini, M., Milella, M., Russo, S., Trevisan, A., Zennaro, C. (1994.). Severe pathologies: which object for the patient? Which objects for the analyst.10. Congresso – Società Psicoanalitica Italiana, Rimini.
36. Bolognini, S., Mantovani, M. (1999.). Le attività di supervisione. U: G. Berti Ceroni A. Correale: Psicoanalisi e Psichiatria. Milano, Cortina.
37. Correale, A. Alcune riflessioni sui gruppi di supervisione nei CSM. Riv. Gruppo e Funzione analitica.1985;6.
38. Ogden, T.H. (2009.). Rediscovering Psychoanalysis. East Sussex, Routlege.
39. Herron, W.G., Teitelbaum, S. Traditional and Intersubjective Supervision. The Clinical Supervisor. 2001;20(1).