

## **Psihoanalitične teorije psihoz**

*Bojan Varjačič Rajko\**  
*Psihiatrična klinika Ljubljana*

**Povzetek:** Freud je menil, da psihotične osebe niso primerne za psihoanalitično obravnavo. Značilnost psihoz je videl v odvrnitvi libida z objektov in nezmožnosti za transfer. To stališče je prvi spodbijal Federn. Kasneje so se psihoanalitiki posvečali tudi terapiji psihotičnih pacientov, pri čemer so v tehniko vnašali bistvene modifikacije. V članku so predstavljeni prispevki še nekaterih psihoanalitikov, ki so se ukvarjali s psihozami.

**Ključne besede:** psihoanalitične teorije, psihoze

## **Psychoanalytic theories of psychoses**

*Bojan Varjačič Rajko*  
*Psychiatric Clinic of Ljubljana, Slovenia*

**Abstract:** Freud considered psychotic persons to be inapt for psychoanalytic treatment. He claimed psychotics unable to form transference in the therapy, because of the detachment of libido from objects. Federn was the first to contest this standpoint. Henceforth many psychoanalysts treated psychotic persons and introduced necessary modifications in the technique. Contributions to the theory of psychoses are presented in the article.

**Key words:** psychoanalytical theory, psychoses

CC = 3143

Začetki psihoanalize niso bili naklonjeni preučevanju psihoz. Sigmund Freud (1924) je menil, da oseb s psihozo ni mogoče analizirati, saj niso zmožne tvoriti transferja, ki je v psihoanalizi osnovni vzvod terapije. V Freudovih časih osebe s psihozo torej niso bile deležne analitične obravnave in kakršnakoli teorija psihoz v praksi ne bi imela nobenega pomena. Ne glede na to pa so že Freud in njegovi sodobniki podali nekaj osnovnih teoretičnih nastavkov za razumevanje psihoz. V kasnejši generaciji analitikov se je obravnavi psihoz prvi posvetil Paul Federn (1952), ki je pojmoval, da so osebe s psihozo zmožne transferja, le njegova narava je drugačna. Tovrstno stališče, brez katerega si psihoanalize psihotičnih motenj ne moremo zamisliti, je ostalo vse do danes. A psihoanalitična tehnika, primerna za obravnavo nevroz, ni primerna tudi za obravnavo psihoz. Zato so bile predlagane različne modifikacije tehnike. Vzporeden razvoj teorije psihoz je doprinesel k celotni psihoanalitični teoriji, v kateri je ena temeljnih predpostavk relativna zveznost človekovega razvoja in psihopatoloških fenomenov, ali če poenostavimo, lahko rečemo, da je vsakdo od nas v dovolj stresnih okoliščinah »sposoben« razviti psihotično reakcijo.

Obravnava oseb s psihozo zahteva od terapevta oziroma terapevtke posebne sposobnosti. Pri delu s psihotično osebo računati se mora analitik znajti v kaotičnem, izjemno regresivnem in arhaičnem svetu in se zadovoljiti z manjšo mero lastne narcistične gratifikacije. Pripravljen mora biti na občasne hospitalizacije pacienta. Vse to zahteva od analitika precej prilagodljivosti in zavrnitev izdatnega deleža klasične analitične tehnike in okvirja obravnave.

V običajni klinični praksi na oddelkih, ki ponujajo psihoterapevtsko obravnavo psihotičnih motenj, seveda psihoanalitičnega znanja ne moremo uporabljati neposredno. Naše razumevanje je lahko analitično, psihoterapevtske intervencije pa morajo biti prilagojene stvarnosti okvirja zdravljenja, pacientovemu oziroma pacientkinemu psihičnemu stanju in motivaciji. Analitična teorija nam lahko služi kot pripomoček za poglobljeno razumevanje pacientove duševnosti, pomaga nam ustvarjati odnos in primerno empatijo do pacienta in nam služi kot orodje za spremljanje napredka ali nazadovanja pacienta med zdravljenjem. Psihoanalitično razumevanje v klinični praksi tudi ne more nadomestiti vseh drugih pomembnih znanj s področja psihoz.

V pričujočem članku bomo predstavili teorije psihoz več avtorjev različnih psihoanalitičnih usmeritev. Pregled ni popoln in prispevki številnih pomembnih avtorjev so v opombah le na kratko omenjeni. Pri pregledu se bomo osredotočili na teorijo, ne pa tudi na terapevtske tehnike, ki izhajajo iz njih. Zaradi lažjega branja in zvestobe originalnim besedilom bomo namesto pravilne rabe »osebe z diagnozo iz kroga psihoz« v prevodih uporabljali izraze kot so »oseba s psihozo«, »psihotik«, »shizofrenik« ali celo »psihoza«. Do tovrstne jezikovne rabe, ki jo uporabljajo avtorji sami, moramo biti kritični, saj je nepravilno je reči, da oseba *ima* bolezen oziroma motnjo. To, da »nekaj ima«, je namreč odvisno od tega, kar ji pripiše strokovnjak, ki se nenazadnje odloča na podlagi diagnostičnih kategorizacij, ki so odvisne od

okolščin in časa. Ne smemo tudi pozabiti, da ne zdravimo bolezní, pač pa osebo, ter da »psihotik« ni vedno tudi psihotičen.

Psihoanalitični avtorji v svojih spisih dokaj slabo razlikujejo med posameznimi kliničnimi slikami iz kroga psihoz; izraze, kot so »psihoza« ali »shizofrenija« pogosto uporabljajo kot sinonime, čeprav sta že omenjeni entiteti izjemno raznoliki. Čeprav to lahko razumemo kot znanstveno pomanjkljivost, pa je raba, glede na hermenevitični status analitične teorije, razumljiva.

## Sigmund Freud

Freud (1910, po Greenberg in Mitchell, 1983) se je pri svojem teoretičnem in praktičnem delu ukvarjal predvsem z nevrozami. Psihoze je označil za neanalizabilne, saj je njihovo značilnost videl v odvrnitvi libida od objektov, ki pa onemogoča razvoj transferja v psihoanalitični obravnavi.

Že pri Freudu sta opazna dva modela teoretizacije, ki ju bomo v bolj ali manj čisti obliki srečali pri kasnejših avtorjih. *Model konflikta* predpostavlja strukturo osebnosti, kjer gre za trenja med notranjim in zunanjim svetom ter med instancami psihičnega aparata. *Model deficita* pa išče vzroke v primarni nezadostnosti, neizgrajenosti ega, torej v pomanjkljivi strukturi (Greenberg in Mitchell, 1983).

V zgodnji fazi razvoja psihoanalitične teorije med letoma 1890 in 1892 je Freud (po Pao, 1973) pojmoval, da se nevroza in psihoza nahajata na istem kontinuumu psihičnega zdravja. Razlika med nevrozo in psihozo je v obrambah, ki so na delu. Pri psihozah je temeljna obramba projekcija.

Freud je v obdobju razvoja teorije libida opisal libidinalne faze: glede na objektno usmerjenost naj bi libidinalni razvoj potekal od avtoerotične faze preko narcizma do objektne ljubezni. Dispozicijo za razvoj določene psihične motnje predstavlja razvojna fiksacija libida, ki jo je Freud pri shizofreniji postavil v fazo avtoerotizma, pri paranoji pa v fazo narcizma. Zato je Freud psihoze pojmoval kot narcistične nevrose zaradi nezmožnosti oseb s psihozo usmeriti se v objektni svet (1910, po Pao, 1973). Freud (1910) je v »Primeru Schreber« raziskoval proces razvoja bolezní pri paranoidnem pacientu in poskuša dokazati, da leži točka fiksacije pri paranoji v fazi homoseksualne izbire objekta. Ta nastopi po narcistični fazi in je pred fazo heteroseksualne izbire. Paranojo je torej videl kot obrambo pred homoseksualnimi težnjami, ki so za osebo nesprejemljive in jih potlači, pri čemer pa pride do regresije na zgodnejšo stopnjo narcizma. Pri tem je Freud začrtal lingvistično formulo obrambnega obrata v nezavednem: oseba, ki je fiksirana v fazi homoseksualne izbire in je potlačila ljubezen do istospolnega objekta (očeta), stavek (občutje): »Jaz ga ljubim« pretvori v stavek »Jaz ga ne ljubim, temveč sovražim«. Vendar mehanizem tvorbe simptomov pri paranoji terja, da notranjo zaznavo, občutek, zamenja zunanja zaznava, zato se ta stavek s projekcijo nadalje spremeni v: »On je tisti, ki me sovraži (preganja)«, zato daje taka postavitev pacientu tudi pravico, da sovraži preganjalca.

Freud pravi, da je za paranojo značilna odtegnitev libida z objektov, a da do take odtegnitve prihaja tudi pri drugih vrstah obolenj, npr. pri histeriji. Pomembno je *nadomestilo*, ki ga določena količina libida najde v duševnem svetu. Pri paranoji se libidinalno zasede ego, pri histeriji pa pride do telesnih inervacij in tesnobe. Pri paranoji so namreč pogoste veličinske blodnje in blodnje o propadu sveta, ki jih je moč razložiti prav z narcistično zasedbo ega in temu ustreznim osiromašenjem objektnega sveta, ki postane paranoidni osebi nepomemben. Blodnjavo doživljanje pri paranoji je pravzaprav že poskus ozdravitve, rekonstrukcije, ki predstavlja ponovno zasedbo objektnega sveta, pa čeprav preko sovraštva.

V zgodnjih delih je Freud razmišljal o psihozi kot posledici duševnega konflikta, leta 1911 pa je že dopuščal možnost, da gre pri psihozah za deficite ega: »Ne moremo več zavračati možnosti, da motnje v libidu vplivajo na zasedbo ega, ampak tako lahko spregledamo obratno možnost – namreč, da sekundarna ali inducirana motnja libidinalnih procesov lahko izhaja iz abnormalnih sprememb v egu« (Freud, 1911, str. 75).

Uvedba strukturne teorije leta 1923 bi Freudu lahko ponudila dopolnjeno orodje za razmislek v tej smeri, a tovrstnega stališča Freud kljub vsemu ni razvil dalje (Arlow in Brenner, 1969).

V članku »Metapsihološko dopolnilo k teoriji sanj« je Freud (1917) razglabljal o odnosu med nezavednim, pred-zavednim in zavednim. Razlikoval je med »stvarno« predstavo [thing-presentation], ki živi v nezavednem, in besedno predstavo, ki je značilnost predzavednega. »Pri shizofreniji postanejo same besede, v katerih je bila v predzavednem izražena misel, objekt elaboracije primarnega procesa. V sanjah, na drugi strani, primarni proces ne operira na besedah, ampak na predstavah stvari, h katerim so bile besede priključene. V sanjah pride do topološke regresije, v shizofreniji ne. V sanjah poteka izmenjava med zasedbo besed in zasedbo stvari svobodno, medtem ko je za shizofrenijo tipično, da je ta izmenjava blokirana« (Freud, 1917, str. 229). Omenjeno razmišljanje je bilo podlaga številnim kasnejšim teorijam avtorjev, ki so želeli opisati dinamsko-strukturne posebnosti shizofrenije in posebnosti jezika pri psihozah. Ping Nie Pao (1973), denimo, je iz Freudovega nastavka izpeljal sklep, da se pri shizofreniji zgoščajo in premeščajo besede (in ne stvari), kar povzroči značilne motnje v miselnem procesu.

V članku »Nekateri nevrotični mehanizmi pri ljubosumnosti, paranoji in homoseksualnosti« je Freud (1923) primerjal obrambni mehanizem blodnjave ljubosumnosti s paranoidnim. Odločilni dejavnik pri razvoju ljubosumnostne blodnje igrajo potlačeni homoseksualni impulzi, ki jih ljubosumna oseba projicira v partnerja, kot rekoč: »Ne ljubim ga (je) jaz, temveč ti.« S pretiravanjem in iracionalnimi dvomi v partnerja se ljubosumnež zaščiti pred lastnim izpraševanjem samega sebe.

V dveh zaporednih člankih »Nevroza in psihoza« ter »Izguba realnosti pri nevrozi in psihozi« se je Freud (1923, 1924) osredotočil na metapsihološko razlago razlik med obema motnjama, tokrat že na podlagi novonastale strukturne teorije iz leta 1923, ki uvaja razdelitev psihičnega aparata na id, ego in superego. Freud je podal

strnjeno definicijo bistva obeh motenj: »Nevroza je rezultat konflikta med egom in idom, medtem ko psihoza predstavlja izhod podobne motnje v odnosu med egom in zunanjim svetom« (Freud, 1923, str. 149). Pri nevrozah gre torej za konflikt med gonskimi zahtevami ida ter resničnostjo, pri čemer sodeluje še pritisk superega z ideali in zahtevami; ego se med temi instancami znajde kot izvršilni organ, ki naj bi uskladil različne impulze. Pri psihozi pa gre za delno odvrnitev od zunanjega sveta, ki jo ego nadomesti z izmišljenim notranjim svetom. Pri psihozah je mehanizem, ki povzroči umik iz realnosti, *umaknitev zasedbe*, ta mehanizem pa ustreza vlogi *potlačitve* pri nevrozah. Vendar gre pri tem šele za začetek procesa, prvi korak, ne pa še za bolezen. Drugi korak, ki že pelje k bolezni, je poskus ega nadomestiti izgubo: pri nevrozah izgubo gonske zadovoljitve, pri psihozah pa realnosti. Drugi korak pri nastanku bolezni je torej mogoče pojmovati kot poskus ozdravitve, obnovitve (restitucije) objektivnih zasedb. Obnovitev je pri nevrozi usmerjena v spremembo odnosa do tistega kosa realnosti, ki zahteva gonsko zadovoljitev, pri psihozi pa gre za »kreacijo nove realnosti, ki ne ugovarja tako, kot stara realnost, ki je bila opuščena« (Freud, 1924, str. 185). Tako je poskušal torej Freud razložiti pojav halucinacij in blodenj. Blodnja se v tem smislu uporabi kot »zaplata na mestu, kjer se je najprej pojavila strganina v odnosu ega do zunanjega sveta« (Freud, 1923, str. 151). Freudovo stališče do produktivnih simptomov je po našem mnenju pravzaprav zelo sodobno, saj je Freud obravnaval blodnje in halucinacije kot poskus ozdravitve, ne pa kot bistvo bolezni, ki ga je potrebno kot tujka bolj ali manj nasilno odstraniti. Sodobni pristopi k psihoterapevtski obravnavi oseb s psihozo poudarjajo vrednost blodenj in halucinacij za pacienta oziroma pacientko, iz česar izhaja toleranten odnos do produkcij, brez katerih s pacientko ni mogoče vzpostaviti kontakta. Poleg tega je že Freud (1910, 1923, 1924) nakazal, da se v blodnjah in halucinacijah skriva nek smisel, ki izraža temeljno zagato pacienta.

Tako pri nevrozi kot pri psihozi gre torej za poskus nadvlade ida, ki si ne pusti, da bi mu vladala resničnost. »Nevroza ne utaji realnosti, jo le ignorira; psihoza jo utaji in jo poskuša zamenjati« (Freud, 1924, str. 185). Prvi korak kot zametek bolezni je bolj usoden za psihozo kot za nevrozo, saj odvrnitev od realnosti ne more ne peljati v bolezen, medtem ko potlačitev pri nevrozi lahko uspe. Freud poda zanimiv primer razlike med psihotično in nevrotično obrambo: mlada pacientka je bila zaljubljena v svojega tasta. Ko je stala ob smrtni postelji svoje sestre, jo je prešinilo, da je njen svak zdaj svoboden in bi se lahko z njim poročila. To sceno je takoj pozabila in preko regresije tvorila histerične simptome. Iz primera sledi, da gre način tvorbe simptomov pri nevrozi po poti potlačitve gonske zahteve in temu primerne manjše vrednosti spremenjene realnosti za pacientko. Psihotični proces privede do drugačnega izida. »Psihotična reakcija bi bila utajitev dejstva, da je umrla njena sestra« (Freud, 1924, str. 184). Psihoza se mora nadalje oskrbeti s takimi percepcijami, ki ustrezajo novi realnosti, najradikalnejši način take težnje pa predstavlja halucinacija. Pomembno vlogo ima tudi fantazijska dejavnost. Pri nevrozi se fantazija pripne na košček realnosti, podobno kot lahko opazujemo pri otroški igri; tej fantaziji lahko nevrotična

oseba pripiše skriven ali simbolen pomen. Pri psihozi pa fantazija povsem prekrije zunanjo realnost (Freud, 1924).

## Melanie Klein

Melanie Klein se je ukvarjala z najzgodnejšimi fazami otrokovega razvoja in poskušala opisati kompleksne mehanizme, ki so v tem času delujoči. Večji poudarek kot Freud je dajala agresivnemu gonu. Njen originalni prispevek predstavlja opis dveh pozicij v zgodnjem razvoju: paranooidno-shizoidne in depresivne. Prva predstavlja fiksacijsko točko za psihoze v širšem smislu. »V zgodnjem otroštvu se pojavijo tesnobe, ki so značilne za psihoze in ki prisilijo ego, da izgradi posebne obrambne mehanizme. V tem razdobju se določijo točke fiksacije za vse psihotične motnje« (Klein, 1946, str. 167). Otrok že od samega začetka vzpostavlja objektivne odnose, sprva z delnimi objekti. Ti odnosi se dogajajo na fantazijskem nivoju. V paranooidno-shizoidni poziciji otrok projicira svoje oralno-sadistične impulze v mater, sprva v dojko, ki jo otrok v namene obrambe deli na dobro in slabo, kasneje pa tudi v njeno telo. Posledica projekcije je otrokov občutek preganjanja s strani objekta, v katerega je projiciral agresijo. S pomočjo oralno-sadističnih impulzov poskuša otrok oropati mater dobrih objektov, s pomočjo analno-uretralnih pa vnesti v mater svoje izmečke, t.j. dobre ali slabe objekte, s pomočjo katerih želi nadzirati mater od znotraj. Vse to predstavlja zametek za možen kasnejši nastop paranoje in shizofrenije (Klein, 1946).

V paranooidno-shizoidni poziciji otrok, da bi se ubranil pred tesnobo, uporablja obrambne mehanizme razcepa objekta (kar nujno predpostavlja tudi razcep ega), idealizacije, zanikanja notranje in zunanje realnosti ter zatiranje emocij, poglobljena mehanizma pa sta projekcija in projekcijska identifikacija, preko katerih skuša otrok usmeriti znotraj preteči gon smrti v zunanje objekte (Klein, 1946).

Otrokov ego je po M. Klein (1946) sprva nepovezan. Težnja po povezovanju se izmenjuje s težnjo po cepitvi na manjše dele. Tesnoba izhaja »/.../ iz delovanja gona smrti v organizmu, doživlja se kot strah pred uničenjem (smrtjo) in privzame obliko strahu pred preganjanjem. Strah od uničujočega vzgiba se takoj veže na neki objekt« (str. 171). Kot vire tesnob vidi M. Klein še strah pred zastrupitvijo, strah pred tem, tem, da bi bil otrok požrt, travmo rojstva in nezadovoljene telesne potrebe. Čeprav se nek vzgib veže na objekt, pa se taisti vzgib preko introjekcije neizogibno pojavi tudi v notranjosti, tako npr. pride tudi do strahu pred preganjanjem od znotraj.

Razcep ega na koščke ima za namen izničiti delovanje agresije in se v odraslosti kaže kot bolezensko stanje dezintegracije in depersonalizacije. Otrok projicira agresivne vzgibe v materino dojko, ki tako postane slaba in razpade na koščke, medtem ko svoj libido projicira v dobro in celovito dojko, ki tvori preko projekcijske introjekcije središčno točko znotraj ega, prispeva k povezanosti in integraciji ter se

zoperstavlja procesom delitve. Močna tesnoba pa lahko vpliva tudi na cepitev dobre dojke in tako zavre normalen otrokov razvoj (Klein, 1946).

Tudi idealizacija je povezana z razcepom objekta, »saj se, kot oblika zaščite pred dojko-preganjalcem, dobra obeležja dojke precenjujejo« (Klein, 1946, str. 173). Objekt, ki frustrira, se oddvoji od dobrega objekta, poleg tega pa se »zanika sam njegov obstoj, kot tudi cela frustrirajoča situacija skupaj z nelagodnim občutkom (bolečine) /.../ , kar je v zvezi z zanikanjem psihične stvarnosti.« (Klein, prav tam, str. 173) Tako zanikanje pa je mogoče le ob občutkih vsemoči. Ker se poleg objekta zanika tudi odnos do objekta, se torej » /.../ zanika in uniči tudi tisti del ega, iz katerega izvirajo občutki do objekta« (prav tam).

S projekcijo slabih delov sebe pride do doživljanja objekta ne kot slabega samega po sebi, ampak kot slabega »sebe«, ki je v objektu vsebovan. Vsi opisani procesi privedejo do oslabitve ega, » /.../ saj se agresivnostna obeležja občutkov in osebnosti povezujejo z močjo, čvrstostjo, znanjem in drugimi želenimi vsebinami« (Klein, 1946, str. 175). Za ustvarjanje dobrih odnosov do objektov je potrebna projekcija dobrih delov sebe, a če se ta proces vrši prekomerno (zaradi strahu, da dobre objekte v notranjosti ogrožajo slabi objekti), ima otrok občutek, da je izgubil svoje dobre dele. Mati tako postane za otroka idealni ego, otrok pa ostane s šibkim in osiromašenim egom. Zatekanje k idealiziranemu objektu povzroča motnje v odnosih do objekta in zavira razvoj ega. Če tak idealizirani objekt ni integriran z egom, se ego doživlja kot prazen, nevreden in brez življenja (Klein, prav tam).

Introjekcija se lahko doživi kot prodor iz zunaj navznoter, kar lahko » /.../ izzove bojazen, da drugi, sovražno razpoloženi ljudje upravljajo ne le s telesom, ampak tudi z zavestjo.« Situacijo poslabša že tako oslabljeni ego, ki ne zmore kontrolirati notranjih objektov, ampak ima občutek, da ti kontrolirajo njega (Klein, 1946).

Kasnejši depresivni položaj zaznamujejo večja sposobnost ega za povezovanje, manjša količina tesnobe, doživljanje objekta kot celega in želja po popravilu (reparaciji) tistega, kar je bilo na agresiven način uničeno. Ti procesi vodijo otroka v vzajemne socialne odnose. (Klein, 1946)

## Wilfred Bion

Delo M. Klein je nadaljeval Wilfred Bion. Posvečal se je predvsem usodam agresivnega gona in primitivnih obramb ter raziskoval njihove vplive na psihotične fenomene. Zgodnji razvoj otroka je opisal s stališča interakcije med otrokom in materjo. Materino nalogo je videl v prevajanju otrokovih rudimentarnih, zmedenih, grozečih perceptivnih in čustvenih izkušenj v otroku bolj sprejemljivo obliko (Bion, 1958, 1959). Bion je za psihoanalizo psihoz pomemben tudi zaradi razlikovanja med nepsihotičnim, »zdravim«, in psihotičnim, »bolnim«, delom osebnosti; v psihozi naj bi psihotični del napadal nepsihotičnega (Bion, 1957). Ta preprosta delitev je za

klinično delo po našem mnenju zelo uporabna. Pomeni, da je za graditev odnosa s psihotično osebo potrebno pritegniti njegov ohranjeni, zdravi del. Delovna aliansa je mogoča le na ta način.

## Heinz Hartmann

Heinz Hartmann, najvidnejši predstavnik ego psihološke smeri v psihoanalizi, je avtor številnih novih in predrugačenih konceptov v psihoanalizi. Poudarjal je adaptivno in organizirajočo vlogo ega znotraj strukture osebnosti.

Ego ima po Hartmannu (po Greenberg in Mitchell, 1983) na voljo množico sredstev, s katerimi poskuša doseči ravnotežje znotraj strukture in v odnosu do zunanjega sveta. Hartmann je predpostavljal, da se ego ne razvija iz ida, ampak, da se tako id kot ego razvijata deloma neodvisno iz *nediferencirane matrice ego-id*. Ego ima že spočetka na voljo *primarno energijo ega*, ki ni gonske narave. *Primarne avtonomne funkcije ega* so vrojene in preko njih stopa dojenček v stik z realnostjo. Z razvojem pridobi ego *sekundarne avtonomne funkcije*, ki se izgradijo iz psihičnega konflikta, a se postopoma osamosvojijo in uporabljajo nevtralizirano gonsko energijo. *Ego funkcije*, ki jih je Hartmann povzel od drugih avtorjev ali omenjal v svojih delih, so: nevtralizacija gonske energije, sinteza, integracija, organizacija, stimulusna bariera, regulacija afekta in napetosti, odlaganje zadovoljitve, kontrola gonov, regresija v službi ega, testiranje realnosti, občutek realnosti sveta in selfa, anticipacija, napetost (signalna tesnoba), identifikacija, inteligenca, intencionalnost, percepcija, presoja, govor, jezik, spomin, simbolizacija, mišljenje, odločanje, motorika, usmerjenost k objektom, produktivnost, samo-ohranitev in volja, ego pa je prav tako sedež obrambnih mehanizmov (prav tam)

Ego preide v odnosu do objekta od *faze zadovoljitve potreb* do *faze objektne konstantnosti*. Zadovoljujoči objekt je zaseden libidinalno ali agresivnostno, v fazi objektne konstantnosti pa je objekt zaseden z nevtralizirano energijo, kar mu daje značilnost stalnosti, ego pa neodvisnosti od objekta (po Greenberg in Mitchell, 1983).

Hartmann (1953) je govoril o razvoju otrokove zmožnosti ločevanja med dejavnostjo objekta in lastno dejavnostjo – t. i. proces *objektivizacije* – in je nekatere fenomene psihoze, npr. magično mišljenje, pomanjkanje anticipacije, odsotnost smiselne akcije, obravnaval v luči regresije na zgodnejšo fazo. Deobjektivizacija je povezana s procesom dediferenciacije ega: »Dediferenciacija ega pomeni tudi, da se bolj diferencirane oblike objektnih odnosov /.../ ne morejo več vzdrževati; na njihovem mestu najdemo nepopolno razločitev oziroma zlivanje selfa in objekta ter pomanjkanje diferenciacije med egom in idom« (Hartmann, 1953, str. 191). Avtor je dostavil, da self-objekt in ego-id diferenciacija pri razvoju otroka potekata vzporedno..

Hartmann (1953) je obravnaval psihoze upoštevajoč regresijo različnih avtonomnih funkcij ega. Pri tem je opazil, da ostanejo nekatere ego funkcije, npr.



intelekt, spomin in percepcija, celo v najbolj akutnem stanju psihoze nedotaknjene, kar denimo ne velja za psihične motnje organske etiologije. Hartmann je odprl pot raziskovanju sprememb v določenih funkcijah ega (in ne kar v egu na splošno) tako pri normalnih kot pri patoloških izidih, hkrati pa je natančneje opredelil prej nejasno vlogo ega pri posredovanju med konflikti znotraj oziroma zunaj sistema (intrasistemskimi in intersistemskimi konflikti). Anticipatorna funkcija ega je na primer povezana z defektom egove funkcije *signalne tesnobe*, ki osebo odvrča od ogrožajočih situacij, še preden do njih pride. Do regresije prihaja tudi v jeziku. V navezavi na Freudova razmišljanja o jeziku pri psihotičnih osebah je Hartmann (1953) opisal regresijo na stopnjo, kjer je odsotna simbolna oziroma reprezentativna funkcija jezika: »Izničenje tega pomembnega koraka v razvoju je del procesa dezintegracije ega v psihozi« (str. 183).

Testiranje realnosti je pri osebah s psihozo hujše moteno kakor pri osebah z nevrozo. Hartmann (1953) je razlikoval med notranjo in zunanjo realnostjo ter pisal o pomembnosti tega, da se obe uskladita za namen smotrne akcije. Pravil je, da je pri psihotičnih osebah v ospredju motenost zaznave in interpretacije zunanje realnosti, pri nevrotičnih pa motenost zaznave in razumevanja notranje realnosti. In čeprav imajo psihotične osebe pogosto boljši uvid v nekatere vidike notranje realnosti, je tudi ta pri njih v veliki meri motena. Najpomembnejša dejavnika sta torej prilagoditev in uskladitev obeh realnosti, ki sta potrebni, da je lahko neka akcija ego-sintona, tj. taka, da jo ego sprejme za svojo.

Hartmann (po Greenberg in Mitchell, 1983) je v teorijo uvedel koncept *nevtralizacije gonske energije*. Nevtralizirano energijo je postavil ob bok agresivnostni in libidinalni energiji, iz česar je izpeljal nov premislek o ekonomskem vidiku delovanja psihičnega aparata. Hartmann je videl šibkost ega psihotične osebe v labilni nevtralizaciji gonske energije, ki izhaja iz vrojenega ali pridobljenega zgodnjega deficita ega (Hartmann, 1953). Nezmožnost za nevtralizacijo ima mnoge posledice. Ena od teh je oslabitev potlačitvene funkcije ega, ki razpolaga z nevtralizirano energijo agresivnega gona. »Vemo tudi, da so primitivni obrambni mehanizmi – kot obrat zoper lastno osebo, obrat v nasprotno, projekcija, in najbolj osupljiva od vseh, odtegnitev libida – bolj značilni za shizofrenijo, kot pa taki, kot je potlačitev, ki zahteva nenehno vzdrževanje nasprotne zasedbe« (Hartmann, 1953, str. 179). Posledica oslabitve funkcije nevtralizacije je vdor nezavednega v zavedno, preplavljenost ega in selfa z libidom, ki je odtegnjen objektom, ter seksualizacija oziroma agresivizacija ego funkcij. Hartmann (1953) je poudarjal, da sta objektni in self vidik ekonomije psihične energije vzajemno povezana. Stalni in zadovoljujoči objektni odnosi pomagajo pri nevtralizaciji gonske energije in obratno, saj predpostavljajo »polni objektni odnosi /.../ določeno stopnjo nevtralizacije tako libidinalne kot agresivne energije, kar zagotavlja konstantnost objekta neodvisno od situacije zadovoljitve« (str. 191). Hartmann je predvideval, da je ena od težav ega tudi nezmožnost premeščati nevtralizirano energijo znotraj psihičnega aparata tja, kjer je ta v nekem trenutku najbolj potrebna. Agresivna gonska energija, ki se

ne nevtralizira, se tako usmeri navznoter (tudi v sistem superega) ali navzven in deluje destruktivno. »Izbruhe nenavadnega nasilja superega shizofrene osebe bi lahko opisali kot preoblikovanje njegove energije, ki pripelje normalno agresivno zasedbo še bližje k čisto gonski obliki« (str. 188). Poleg tega je v superegu na delu tudi arhaizacija dominantnih identifikacij.

## Imre Hermann

Hermann (1980) se je pri obravnavi psihoz posvečal predvsem regresiji, ki sega v najzgodnejše obdobje življenja, ko otrok vzpostavlja stik s svetom na podlagi vonja in nihanja temperature.

Hermann (1980) je smatral, da so projekcija, slušne in vidne halucinacije v bistvu uspešni poskusi rekonstrukcije, saj obstajajo še bolj arhaični načini vzpostavljanja stika: »Po naši definiciji je projekcija proces, ki vsebuje vzročnost v smislu, da se notranji vzrok zamenja z zunanjim. Na področju percepcije obstajajo za to vzporednice. Ko obravnavamo vidne in slušne občutke, zaznavamo le zunanje vzroke« (str. 4). Zaznava temperature pa razliko med egom in objektom pušča nejasno, saj se toplota, ki jo oddajamo, prenese na objekt in obratno. »Zaznava temperature bi lahko torej nudila model za mentalni proces, ki pripíše zunanjemu objektu kvaliteto selfa, selfu pa kvaliteto zunanjega objekta« (str. 4). Hermann je govoril o *temperaturni orientaciji* kot o prototipu kasnejšega zlivanja z objektom. Takó vonjanje kot temperaturna orientacija sta po Hermannu povezani z zgodnjim odnosom z objektom. Zaznavanje temperature in vonjanje peljeta otroka v iskanje objekta [going-in-search], otroku pa je lasten tudi gon po držanju oziroma obešanju [clinging].

Hermann (1980) govori o *dvojnem mišljenju* kot o značilnosti psihotičnega mišljenja, ki sega v zgodnji odnos z materjo, s katero je otrok zlit. Hermann misli z dvojnimi mišljenjem na fenomene podvajanja subjekta v zunanjem svetu, ki se lahko odigrava na način istovetnosti ali nasprotnosti. Psihotična oseba se lahko povsem izenači z drugo osebo ali pa v drugi osebi vidi popolno nasprotje sebe, kar lahko pripelje do paranoidnega doživljanja.

## Robert Bak

Hartmannove in Hermannove poglede je v svojih delih razvijal Robert Bak. V članku »Shizofrenska obramba zoper agresijo« je Bak (1954) postavil tezo, da je za nastop psihoze odgovorna pomanjkljiva nevtralizacija agresije (in ne preplavljenost ega z libidom, kot je to smatral Freud, kakor tudi ne pomanjkljiva nevtralizacija libida in agresije, kot je to smatral Hartmann). Za psihoze je značilna izguba nadzora nad impulzi, kot tudi izguba kontrole nad avtonomnimi funkcijami ega. Ego postane

objekt gonskih teženj in izgubi aktivno vlogo pri izvrševanju svojih funkcij. »Nenadna nezmožnost ega, da nevtralizira agresijo (kar pomeni tudi izgubo objekta do različnih stopenj) osvobodi celoten agresivni gon, to pa razvije izjemno silo in uniči self, ki je postal njegov objekt« (Bak, 1954, str. 130). To je odvisno od kvantitativnega deleža agresije ali od motenega delovanja dela ega, ki je odgovoren za nevtralizacijo. Da bi se lahko ego preko zlivanja z zunanji in notranji objekti osvobodil agresije, je potrebna regresija do narcizma. »Pacient se zliva z okoljem s pomočjo svobodne komunikacije preko telesnega ega« (str. 132). Pride torej do izgube diferenciacije med egom in objekti, pa tudi do razločitve gonov, oba manevra pa eliminirata ogrožajoče delovanje agresije v psihičnem aparatu.

V članku »Regresija ego orientacije in libida pri shizofreniji« se je Bak (1939) oprl na Hermannovo teorijo o zgodnjih načinih vzpostavljanja odnosa s svetom. Bak je v članku opisal, kako pomembno je ravnovesje toplote za dojenčka, saj dojenčkova temperatura že nekaj ur po rojstvu upade za skoraj dve stopinji. Dojenček ima težnjo zlititi se s toploto okolja, kar lahko stori le s pomočjo hranjenja in stika z materjo. Koža tu nastopi kot organ libida, ki ima pasivni cilj biti negovan in ogret. Iz prvotne *epidermične termične libidinalne katekse* postopoma izidejo druge libidinalne faze razvoja. Preko opazovanja vedenja in doživljanja shizofrenih pacientov lahko sklepamo, da nekateri regresirajo prav do te zgodnje točke v razvoju. Bak je, denimo, blodnje, v katerih se telo doživlja kot prazna vreča, skozi katero prehaja hrana, razumel kot regresijo do faze, ko še nista obstajala notranji in zunanji svet in je bila libidinalno zasedena le koža. V luči te teorije je poskušal razumeti tranzitivistične fenomene (tj. pojave, pri katerih oseba projicira sebe ali dele sebe v zunanji svet) kot željo po stapljanju s toploto sveta. Omenja pacienta, ki je v svetu videl množico svojih dvojnikov (mehanizem projekcije periferije lastnega ega), in verjel, da s svojimi žarki oživlja svet, ki je zamrznil. Preobremenjenost nekaterih shizofrenih pacientov s prostorom, bližino in oddaljenostjo od ljudi, pojasnjuje z regulacijo temperature oziroma občutjem, da je mogoče z večjo bližino tudi več inkorporirati.

## Kurt Eissler

Eissler (1954) je na podlagi primera ene od svojih pacientk osvetlil vprašanje vznika in regulacije emocij v egu. Pri tem je izhajal iz treh tez: »Prvič, ego je edina provinca človeške osebnosti, v kateri domujejo emocije. Drugič, emocije lahko vplivajo na človekovo vedenje, ne da bi dosegle zavest. In tretjič, mnoge, če ne kar vse emocije se lahko reducirajo na signale« (Eissler, 1954, str. 141). Eisslerjevi pacientki emocije niso služile kot signal, pač pa so » /.../ dosegle maksimalno intenziteto takoj, ko so bile aktivirane. Tesnoba se je vedno razvila v teror, simpatija v občutek goreče ljubezni, odpor v sovraštvu« (str. 141). Eissler je pisal, da emocije običajno ne dosežejo maksimalnega izraza in da normalni emocionalni proces deluje na podlagi redukcije emocij na signale, ki usmerjajo vedenje. Ta proces je bil pri njegovi pacientki moten,

kar je imelo za posledico emocionalno preplavljanje ega in njegovih funkcij, telesne podobe, gibalnega in perceptivnega sistema ter reprezentacij zunanjega sveta. Emocije so zajemale energijo tudi s pomočjo aktivacije vseh spominov, s katerimi so bile povezane in podprte. Pacientka je bila prepričana, da so njene emocije prepoznavne in vidne, torej da je bila ujeta v nekakšen socialni animizem. Podatki iz okolja, ki objektivno niso potrjevali takega stališča, je priredila tako, da so ustrezali njenemu doživljanju. Ena od posledic tako motenega emocionalnega procesa je bila omejena hkratna prisotnost emocij. Pacientka je lahko doživljala le eno emocijo naenkrat, ne pa celega spektra emocij. Eissler je pisal, da imajo zaradi navedenih značilnosti čustvovanja osebe s shizofrenijo težave z občutenjem upanja. Upanje namreč predpostavlja predvidevanje *možnosti*, da se bo nekaj zgodilo. Eisslerjeva pacientka pa je bila *prepričana*, da se bo željen dogodek tudi zares zgodil (Eissler, 1954). Pacientka je bila kljub vsemu zelo uspešna v kompleksnem službenem okolju. Do tega je lahko prišlo, ker je imela pacientka na voljo tudi obrambo v obliki »občutka mrtvosti.« Takoj, ko je začutila emocijo, s katero bi se lahko nevarno izpostavila, se je počutila mrtvo. Poleg tega je pacientka iz občutka mrtvosti – kot z nepopisanega lista - proizvedla za določeno situacijo ustrezno, a hlinjeno emocijo. Na podlagi tega procesa je Eissler uvedel razlikovanje *med emocijo ida* in *emocijo ega*; prva izhaja in črpa iz gonskih sil, slednja pa nastane v egu. Eisslerjeva genetska hipoteza je, » /.../ da se ego brani proti gonom tako, da jih reducira na emocije. Emocije se potem najbrž strdijo v mehanizme in s tem okrepijo borbo ega proti idu« (Eissler, 1954, str. 142).

Za to, da različni deli psihičnega aparata prihajajo do svojega izraza in delovanja, je potrebna določena razlika med splošno sistemsko zasedbo in zasedbo posameznih elementov sistema. »Ker delujejo emocije z nenevtralizirano energijo, sistemska kateksa shizofrene osebe pa je tudi nenevtralizirana, ti dve ne moreta stati ločeno, ampak se nujno zlijeta, ne da bi pustili ostro definirano mejo« (Eissler, 1954, str. 143).

Iz kliničnih opažanj je zgradil Eissler (1954) še eno genetsko hipotezo, tokrat povezano s kreiranjem *jedra ega*. Zaznavni aparat je sprva pod prevlado *ida* in v psihični aparat neomejeno vstopajo zaznavni impulzi tako iz notranjega kot iz zunanjega sveta; notranji in zunanji tok trčita in se srečujeta vedno globlje v psihičnem aparatu. Okrog različnih zaznavnih sistemov postopoma nastanejo jedra, ki se slednjič zlijejo v enotno jedro ega. Nadalje se perceptivni sistemi obdajo z *mejo*, ki jih ščiti pred neposrednimi vdori notranjih impulzov, kar zagotavlja perceptivnim sistemom integriteto in relativno neodvisnost. Podobne obrambne bariere se tvorijo v odnosu do zunanjih impulzov. Gre za proces strukturiranja psihičnega aparata in za razvoj pomembne funkcije ega: »Shizofreni pacient po eni strani nima trdne bariere, ki bi preprečevala neposreden dostop notranjim dražljajem; po drugi strani so njegovi zaznavni sistemi ves čas na meji, da bodo preplavljeni z vpadi zunanjih dražljajev« (Eissler, 1954, str. 143). Drugače rečeno: »Shizofrenik bodisi narekuje

svojim perceptivnim sistemom, kaj naj zaznavajo, bodisi jim avtomatično in podložno sledi« (str. 143). Zaradi opisane nezadostne strukture ega je oseba s shizofrenijo ves čas v nevarnosti, da bo travmatizirana. Eissler je menil, da je cilj analitične terapije pomagati pacientu izgraditi potrebne strukture ega.

## Harold F. Searles

Searles (po ProMente, 2000) je pri svojem razumevanju shizofrenije sledil teoriji objektivnih odnosov M. Mahler, po kateri gre otrok skozi kratko fazo avtizma, kateri sledijo simbioza, separacija in slednjič individuacija. Po Searlesu je shizofrenija »posledica nezmožnosti razrešitve simbioze mati - otrok preko individuacije, ali, kar je še hujše, posledica nevzpostavljene čvrste simbioze. Zato je otrok nesposoben, da napreduje izven zaprte in popolne odvisnosti, ki odlikuje njegov odnos z materjo« (ProMente, 2000, str. 36). Otrok ne zmore diferencirati ega od tistega, kar ni ego, istoveti notranji svet in zunanje dogodke, pri tem pa razvija magične procese mišljenja. »Shizofrena osebnost nikoli ne doseže objektivne stalnosti objektivne osebnosti, to pa je podlaga za motnje funkcij ega, njihovo šibko diferenciacijo ali integracijo, motnje kontrole in regulacije obnašanja, osebnih odnosov in adaptacije, kar je vidno tekom premorbidne faze« (str. 36).

Za shizofrene paciente je značilno, da doživljajo zunanji svet kot ekvivalenten avtizmu njihovih objektov. Prvi zunanji svet, »ki je bil predstavljen pacientu /.../, je vseboval mater, ki je bila v znatni meri sama avtistična. Kolikor se je otrok potopil v odnos s to posebno obliko 'zunanjega' sveta, je to pomenilo neznosno omejitvev za otrokov potencialno razvijajoč se self« (Searles, 1970, str. 18). Otrok, ki v zunanjem svetu naleti na mamo, ki je preokupirana sama s seboj, se umakne v lasten avtistični svet. Za fazo avtizma je značilno, da otrok še ne doseže zaznavne in izkušnjske diferenciacije med seboj in materjo, niti med materjo in ne-človeškim svetom. Otrok ni zmožen povezati telesnih občutij, emocij in misli med seboj (Searles, 1970).

Searles (1973), ki se je veliko ukvarjal s psihoterapijo psihotičnih pacientov, je v svojih delih opisal mnogo primerov, ko je v teku terapije preko procesov projekcijske identifikacije sam doživel različne avtistične ali simbiotične fenomene: doživljanje telesa kot nepovezanega, fantazija o tem, da mora držati skupaj dele svojega želodca, strah pred čutenjem sebe kot ločenega od pacienta (v primeru ločenosti je Searles doživel občutke, da umsko ni dorasel in da ne zmore normalno govoriti), občutja, da za pacienta sploh ne obstaja ipd. Taka občutja so mu predstavljala tudi pomembno diagnostično orodje. Natančno je spremljal pacientovo doživljanje v fazi avtizma, pozoren pa je bil tudi na prehod v fazo simbioze. Za slednjo je značilno pacientovo spoznanje, da je odvisen od objekta - terapevta; pacient doživi izkušnjo zlivanja, vse to pa ga lahko navda z novimi tesnobami, pred katerimi se je prej umikal v svoj fantazijski svet (Searles, 1973).

Searles je določil štiri različne tipe *transferne psihoze*, ki odražajo razvojni proces, skozi katerega je moral iti pacient kot otrok (po Ivezic, 1997):

- 1) *Faza brez kontakta*: pacient se ne čuti povezanega s terapevtom ali ga niti ne prepozna.
- 2) *Ambivalentna simbioza*: pacient zaznava terapevta, a ima do njega izjemno mešana čustva, kar mu onemogoča uspešno identifikacijo z njim.
- 3) *Simbioza, v kateri gre za željo popraviti terapevta*: pacient želi pozdraviti, izpopolniti (napraviti celega) terapevta-starša, da bi se slednji vzpostavil kot ločena oseba in tako tudi pacientu omogočil neodvisno bivanje. Gre za ponavljanje situacije iz otroštva, v kateri je pacient čutil, da se ne more ločiti od matere, ker bi to za mater pomenilo smrt.
- 4) *Situacije, v katerih pacient želi, da bi terapevt mislil namesto njega*, hkrati pa želi pobegniti od tako tesne zveze s terapevtom.

Značilnost psihotičnega transferja je, da izgubi »kot da« kakovost transferja, ki je značilna za transferno nevrozo. Pacient doživlja terapevta kot resnično osebo iz preteklosti, ne pa kot nadomestek ali simboličen ekvivalent te osebe (po Ivezic, 1997).

Iz razmisleka o značilnostih avtizma na eni in simbioze na drugi strani je Searles (po Ivezic, 1997) izpeljal pomembnost obravnave *odvisnosti* shizofrenega pacienta od oseb in okolja. Searlesova teza je, da ima shizofreni pacient močne težnje po zadovoljitvi *vseh* svojih potreb, hkrati pa si takih potreb ne more priznati zaradi slabe izkušnje iz preteklosti in se od njih ogradi s pomočjo različnih obrambnih mehanizmov.

Ovisnostne težnje so povezane tako z zadovoljevanjem fizioloških potreb (na oralni in genitalni ravni ter potreb po telesni negi) kot psiholoških potreb po ljubezni, varovanju, integraciji fragmentiranega notranjega sveta in popolnemu vodenju življenja. Teh potreb se shizofreni bolnik ne zaveda, proti njim pa se bori s pomočjo občutij grandioznosti, sovražnosti, tekmovalnosti, prezira, zanikanja odvisnosti od okolja itd. Vira tesnobe ne predstavljajo le odvisnostne težnje, pač pa tudi obrambe zoper njih in neizogibna frustracija potreb. Shizofrena oseba ni zmožna odlaganja zadovoljitve, pri čemer se bori s strahom, da bo v primeru zadovoljitve naletela na zavrnitev, slab nasvet, strup ipd. Čuti, da bo inkorporirala preveč, s tem pa izgubila samega (Searles, 1955).

Ovisnostne potrebe vzbujajo anksioznost, ker so izjemno močne, totalne in izključujoče po svoji naravi. Naravno je, da kot take ne morejo biti zadovoljene v resničnosti. Poleg tega je eden od virov tesnobe spoznanje, da je druga oseba zaradi opisane narave potreb za shizofreno osebo strašljivo pomembna, celo nepogrešljiva za njeno preživetje. Slednje spoznanje črpa oseba iz izkušnje simbioze z materjo, za katero je značilna materina posesivnost, vzajemno občutje grandioznosti, ob tem pa pomanjkanje zadovoljevanja resničnih otrokovih potreb. V primeru, da bi se

shizofrena oseba podredila drugi osebi, bi to zanjo pomenilo tudi podrejanje idealom in željam te osebe, taka vrsta konformnosti pa je nasprotna njenemu identitetnemu občutju, ki črpa predvsem iz ekscentričnosti (Searles, 1955).

Shizofreni bolnik doživlja drugo osebo kot sovražno, zavračajočo in ogrožajočo, kar je posledica projekcije različnih lastnih teženj: sovraštva, oralne požrešnosti, odvisnostnih potreb. Stik z drugo osebo je torej nemogoč zaradi sovraštva, ki ga oseba s shizofrenijo čuti pri drugih osebah, zaradi anticipirane zavrnitve njenih odvisnostnih potreb in zaradi anticipacije kazni, ker je drugo osebo zaradi lastne požrešnosti »izpraznil«. Poleg tega je dejavna projekcija lastne nezanesljivosti do druge osebe. Vzajemnost je torej nemogoča, saj dobiček ene osebe nujno pomeni izgubo pri drugi osebi. Poleg sovražnosti, ki jo shizofrena oseba čuti do sveta, sta zanjo značilni tudi sovražnost do sebe in občutja krivde. Kot bi oseba želela reči: »*Premalo sem vredna, da bi kogarkoli skrbelo zame.*« Taka oseba je v svojem življenju dobila občutek, da njene potrebe niso legitimne in da želi preveč. Svoje potrebe si pusti zadovoljiti le v primeru, če postane telesno ali psihično bolna (Searles, 1955).

Če bi shizofrena oseba priznala svoje odvisnostne potrebe, bi s tem priznala tudi dejstvo, da je v bistvu izjemno osamljena. Občutja omnipotence služijo taki osebi kot zatočišče pred občutji osamljenosti in odvisnosti. Shizofrena oseba kot vsemogočnega pogosto doživlja tudi terapevta, kar pa nujno naleti na razočaranje in občutke krivde, saj pacient od terapevta (tako kot prej od matere) ne more dobiti »vsega«, za kar okrivi sebe, ker ni našel »prave kombinacije.« Taista logika pelje shizofrenega pacienta stran od objektnega sveta, saj od navadnih smrtnikov ni moč dobiti ničesar (Searles, 1955).

## Ping - Nie Pao

Pao je poskušal približati dva načina razmišljanja o shizofreniji: model konflikta in model deficita. V nauk o psihozah ni vnesel česa temeljno novega, pač pa je spretno uporabil že znane koncepte in jih poskušal integrirati v enotno teorijo psihoz.

Pao (1977) je razlikoval *dve vrsti deficita*. Prvi – *genetski* – je prisoten že pred notranjo katastrofo, drugi – *funkcionalni* – pa po njej. Pri genetskem deficitu je treba razlikovati med *prirojenimi deficit* primarnega avtonomnega ego aparata in deficitom, ki je nastal kot *posledica zgodnjih travmatskih doživetij*. Pri funkcionalnem deficitu je treba tudi ugotoviti, katera področja zajema, na primer osiromašene objektne odnose, težave pri komunikaciji, nezmožnost nevtralizacije agresije ipd. Glede na vrsto deficita je potrebno izbrati tudi način zdravljenja oziroma psihoterapije (Pao, 1977). Nagy (1997) meni, da je pri prirojenem genetskem deficitu indicirana medikamentozna terapija in socioterapevtski pristop, pri funkcionalnem pa se temu lahko pridruži tudi dinamsko orientirana psihoterapija.

Pao (1977) je bil mnenja, da lahko takó nevrozo kot psihozo sprožajo konflikti občečloveške narave, da pa je odgovor na določen konflikt odvisen od načina, kako se psihični aparat, natančneje ego, z njim spoprime. Bistveno vlogo pri tem ima način, kako oseba doživlja tesnobo. Pao je menil, da oseba, nagnjena k psihozi, na konflikt reagira s tesnobo, ki poprime dimenzije panike in tako zavrača Freudovo vztrajanje na regresiji kot vzroku za nastanek psihotičnih simptomov. Psihotična regresija, je po Pau posledica preplavljenosti z organizmično paniko in nezmožnosti ega za integracijo. V tem pogledu je Pao sledil Hartmannovemu razumevanju delovanja psihičnega aparata in nadaljuje, da regresija ni totalna, ampak zajame le nekatere ego funkcije. Regresija ne povzroča simptomov, jih pa spremlja.

V članku »O formaciji shizofrenih simptomov« se je Pao (1977) na podlagi kliničnega primera posvetil opisu petih korakov pri nastanku psihotičnega simptoma. Prvi korak zahteva *prisotnost konflikta*, za katerega Pao meni, da je lahko tako libidinalne kot agresivnostne narave in pri psihotičnih osebah ni nič drugačen kot pri drugih ljudeh. »Shizofreni pacienti so zmožni, tako kot kateri koli drug človek, držati svoje konflikte v spečem stanju s pomočjo obrambnih mehanizmov, ki pa so navadno bolj primitivni po naravi (zanikanje, introjeksija, projekcija, zlivanje itn.). A ko so konflikti ponovno aktivirani, shizofreni pacienti ne doživljajo tesnobe tako, kot je to običajno za povprečne ljudi; oni doživljajo organizmično paniko« (Pao, 1977, str. 393).

Nastop *organizmične panike* predstavlja drugi korak pri nastanku simptomov; termin si je Pao sposodil od M. Mahler, ki govori o »organizmični stiski«. Gre bolj za fiziološki kot psihološki odziv organizma na neugodne pogoje okolja, tj. neprimerno ravnanje primarnega objekta. »Otrok se pogosto znajde v stanju organizmične stiske brez olajšanja. Somatske spominske sledi organizmične stiske se lahko odrazijo v nagnjenosti k tesnobi« (Pao, 1977, str. 394), ki pa se doživlja kot panika. Pao je omenil nekaj sorodnih konceptov, ki opisujejo otrokovo nezmožnost samemu spopasti se s tesnobo: nagnjenost k uporabi vzdrževalnih mehanizmov (Mahler, 1968, po Pao, 1977), okrnjena kapaciteta za gonsko nevtralizacijo (Hartmann, 1953, po Pao, 1977), nezmožnost internalizirati materinsko kapaciteto za obvladovanje tesnobe (Hendrick, 1938, po Pao, 1977). Psihotičnim osebam predstavljajo drugi ljudje potencialni vir panične tesnobe, zato imajo težave pri vzpostavljanju objektnih odnosov in so ves čas na preži. Po drugi strani si želijo simbioze, da bi lahko vzdrževali svoje notranjo ravnovesje. V odnosih iščejo idealizirane, onnipotentne self-objekte, od katerih pričakuje simbiotično nego (Pao, 1977).

Tretji korak predstavlja *okrevanje ega* po kratkem obdobju doživljanja organizmične panike. »Ko si Ego opomore, se pojavi regresija v procesih percepcija – kognicija - motorični aparat. Skupaj s ponovno aktivacijo primitivnejših struktur in obrambnih mehanizmov bo doživljanje selfa privzelo regresivno kvaliteto« (Pao, 1977, str. 395). Pao je tu mislil na spremembe v doživljanju selfa, ki je v zdravem stanju v izmenjavi z objektnim svetom ter ima občutek kontinuitete v času, prostoru in občutju samega sebe (Pao, 1977).



Naslednji, četrti korak je Pao poimenoval *sestavljanje in najboljša možna rešitev*. Paov koncept se povezuje z mnogimi drugimi, npr. s sintetično funkcijo ega (Nunberg, 1929), ter organizirajočo oziroma integrirajočo funkcija ega (Hartmann, 1939). Oseba torej išče novo ravnotežje na različnih ravneh: med zunanjim in notranjim svetom, med različnimi gonskimi impulzi, med različnimi strukturami osebnosti. Na nek način gre za opustitev zrelejše organizacije z manj zrelo, a varnejšo in bolj znano organizacijo. Za to organizacijo so značilni manj zreli obrambni mehanizmi, poleg tega pa še vzdrževalni mehanizmi, ki zajemajo deanimacijo, dediferenciacijo, deneutralizacijo ipd. V danem trenutku predstavlja taka nezrela organizacija najboljšo možno rešitev (Pao, 1977). To dejstvo je po našem mnenju izjemno pomembno pri obravnavi oseb s psihozo, saj vodi k spoštovanju dosežene obrambne konstelacije in k previdni obravnavi obramb, ki imajo v psihičnem aparatu smiselno funkcijo.

Peti korak vodi k *oblikovanju simptomov*, ki so po svoji naravi lahko paranoidni, hebefreni ali katatoni. Pogosto se simptomi pri enem in istem pacientu menjajo, kar lahko opazimo pri dolgotrajni analitični obravnavi, obstaja pa določena nagnjenost k tipu simptomov. Pao je, tako kot mnogi drugi avtorji, priznaval hkratni obstoj »zdravega« delo osebnosti v akutnem psihotičnem stanju (Pao, 1977).

Pao je za psihoanalizo psihoz pomemben tudi zaradi priporočil, kako pristopiti k analitični obravnavi pacienta s psihozo. V svojih delih poudarja, da je pri tem bistveno upoštevanje faze, v kateri se nahaja pacient. Naloga terapevta v akutni fazi je, denimo, olajšanje organizmične panike, v fazi stabilizacije pa previdno ravnanje z doseženo organizacijo in modifikacija patološkega selfa. »S kliničnega vidika predstavlja ponovno organizirani self bolj stalen aspekt /.../ shizofrenega procesa« (Pao, 1977, str. 393). Po akutni fazi pacient namreč vnovič osvoji izgubljene ego funkcije, kot so spomin, pozornost ter predzvedni avtomatizmi, a ljudje lahko opazijo, da se je spremenil, da ni več ista oseba (Pao, 1977). Tako razumevanje se sklada z dandanes splošno sprejetim stališčem, da so t. i. pozitivni simptomi shizofrenije prehodni in manj značilni za bolezen, negativni simptomi, ki sledijo burni fazi, pa določujoči in težje dostopni tako medikamentom kot drugim terapevtskim posegom

## Gaetano Benedetti in Maurizio Peciccia

Benedetti in Peciccia sta v nekaterih skupnih prispevkih izoblikovala pogled na razumevanje in psihoterapijo psihoz, ki po našem mnenju teoretično sicer ne prinaša nič radikalno novega, je pa zanimiv zaradi uporabe drugačnega teoretičnega jezika in izdelave prirejene tehnike analize pacientov s psihozo.

Peciccia in Benedetti (1996) sta opisala za psihotično osebo značilno nezmožnost topografske regresije, tj. odsotnost komunikacije med različnimi ravnmi psihičnega aparata. Pisala sta o fragmentiranosti selfa psihotične osebe, ki vsebuje plasti različnih razvojnih obdobj, te plasti pa med seboj niso povezane, ampak odcepljene; manjka jim integriranosti, medsebojne komunikacije: »Zdi se, kot da so

primarni procesi blokirani in da se izvajajo procesi premestitve in zgoščevanja znotraj vsake stopnje, nikoli pa ne med eno ravnijo podob in drugo« (Peciccia in Benedetti 1996, str. 27–28). Korak k ozdravljenju bi predstavljal skupen simbol selfa, torej enotna predstava, ki bi zmogla zastopati self v odnosu do notranjega in zunanjega sveta in bi bila zastopniška za več ravni hkrati. Tu se avtorja sklicujeta tudi na Lacanov (1966) koncept zrcalnega stadija, v katerem pride do takšne celostne identifikacije selfa z določeno reprezentacijo, torej poenotenja otrokovih kaotičnih doživljanj samega sebe v podobo sebe, kot jo vidi v zrcalu. V tem stadiju, menita avtorja, pride tudi do razvoja *membrane selfa*, ki pri shizofrenih osebah manjka. »Periferni del selfa se zdi, kot bi manjkal, tisti del namreč, ki se je razvil preko objektnih odnosov in je lahko metaforično predstavljen kot varovalna membrana celice, ki se je diferencirala tako, da absorbira vpliv zunanjega sveta« (Peciccia in Benedetti, 1996, str. 24). Pri shizofreničnih osebah »pomanjkanje membrane – simbol selfa – izpostavi notranjost celice – center selfa – neposredno, brez kakršnegakoli posredovanja, zunanjemu svetu. Center selfa se tako izlije in projekcijsko razprostrani navzven« (Peciccia in Benedetti 1996, str. 24). Posledično je self okrnjen v funkcijah komunikacije, simbolnega sporočanja, samo-refleksije in kreativnosti, saj je za te procese potrebna določena zavarovanost in ločenost selfa, da v odnosu do zunanjega in notranjega sveta izvaja določene operacije (Peciccia in Benedetti, 1996).

Pri osebah s psihozo je še posebej opazen *razcep med ločenimi in simbiotičnimi stanji selfa*. Ti dve stanji pri psihotični osebi obstajata neodvisno drug od drugega. Prehod iz enega stanja v drugo se doživlja kot ogrožajoč. »Grožnja, ki jo pred pacienta postavljajo medosebni odnosi, izhaja deloma iz dejstva, da odnos z zunanjim svetom in drugimi pri pacientu aktivira množstvo notranjih psihičnih nivojev, ki med seboj niso integrirani, s tem pa povzročajo fragmentacijo, izgubo konsistentnosti ter izgubo občutka bivanjske nespremenljivosti« (Peciccia in Benedetti 1996, str. 33). Avtorja sta omenila Sternovo (1985, Peciccia in Benedetti 1996) razlikovanje med zlito »self – drugi« entiteto ter »izoliranim selfom«. Sklepata, da se v zgodnjem razvoju ti stanji pri otroku izmenjujeta in da do določenega obdobja še nista integrirani, ampak tuji drug drugemu. Do integracije lahko pride znotraj zadovoljujoče interakcije med otrokom in materjo. V nasprotnem primeru se otrok umakne v eno od stanj oziroma ju med seboj loči, saj bi integracija pomenila nastop tesnobe, ki izvira iz slabe izkušnje prehodov med njima. Za odvijanje medosebnih odnosov je potrebno skoraj popolno sodelovanje med tema dvema stanjema. Simbiotično stanje namreč omogoča občutek, da »smo z drugim človekom«, ki lahko zrcali naš simbiotičen self oziroma »simbiotičen par v nas samih«. Stanje simbioze, ki se prepleta s stanjem ločenosti, je potrebno tudi, da bi človek psihično preživel v zunanjem svetu, ki temelji na principu realnosti in na vsakem koraku ponuja razloge za rušenje iluzij. Gre torej za nujnost uglasenosti med iluzijo in deziluzijo, onnipotenco in impotenco, zlivanjem in ločenostjo (Peciccia in Benedetti, 1996).

Benedetti (Benedetti in Peciccia, 1998) je pojasnjeval nastanek negativnih in pozitivnih simptomov na sledeč način: »Negativni simptomi izražajo zlom izčrpanega

psihotičnega ega, manko njegovih resursov /.../ Tako imenovani pozitivni simptomi označujejo vpliv odcepljenih delov pacientovega selfa, ki jih šibki psihotični ego ne more potlačiti v nezavedno in ki se pacientu zato kažejo kot dogodki zunanjega sveta /.../« (Benedetti in Peciccia, 1998, str. 83). Peciccia (Benedetti in Peciccia, 1998) je menil, da izvirajo negativni simptomi iz avtističnega, pozitivni pa iz simbiotičnega stanja.

Peciccia in Benedetti (1998) sta razvila posebno obliko terapevtskega dela, pri kateri pacienti ponazarjajo svoj notranji svet preko risbe. Terapevt pacientovo risbo dopolni in mu jo nato vrne, proces pa se lahko odvije večkrat. V ozadju takega pristopa je predpostavka, da risba predstavlja psihično predstavo (ne pa tudi besedo), na katero lahko neposredno vpliva terapevt, s tem, da jo preoblikuje in vrne v obliki, ki ohranja zasnovo, a jo pozitivizira, napravi sprejemljivejšo in dostopno besedam. Preko te tehnike pride tudi do tvorjenja povezav med psihičnimi predstavami in besedami. Podoben princip sta avtorja zagovarjala v psihoanalizi psihotičnih oseb. Nista bila zagovornika interpretacij, saj te ».../ ne morejo ojačati ega, ker le povečajo količino dela, ki ga mora opraviti« (Benedetti, 1973, str. 246). Terapevtske simbioze ni potrebno interpretirati, ker se psihični procesi, ki vodijo k spremembi, dogajajo na predverbalni ravni. Interpretacije so potrebne le, kadar pride do močnega negativnega prenosa, ki lahko ogroža skupno delo, npr. pri fantazijah, da terapevt preganja pacienta. Benedetti zato raje govori o *psihosintezi*, ki je ».../ pacientovo in terapevtovo skupno grajenje nove identitete selfa iz izkušnje terapevtskega odnosa« (Benedetti in Peciccia, 1998, str. 81). Za procese, ki se odvijajo znotraj terapije, sta Benedetti in Peciccia izumila izraze, kot so *terapevtska simbioza*, *prehodni subjekt*, *projekcijska kontra-identifikacija*, *introjektivna identifikacija*, *egoifikacija*, *transformirajoče podobe*, *progresivna patologija* (Benedetti in Peciccia, 1998). Izrazi spominjajo na že uveljavljene v psihoanalizi, vendar avtorja po našem mnenju želita preko njih v razumevanje terapevtskega procesa vnesti nov vidik, določen premik v gledišču.

V *terapevtski simbiozi*, ki se razvije v terapiji, je pomembna vloga terapevta kot osebe, ki napravi dele selfa, ki jih pacient projicira v terapevta, bolj sprejemljive. Terapevt v neznosne in odcepljene dele selfa vnese svoje fantazije in ustvarjalnost in jih vrača pacientu v predelani obliki. Ne gre za to, da bi terapevt oporekal strašljivim in bizarnim podobam, ki jih prinaša s seboj pacient, temveč jim mora terapevt opaziti, vnesti vanje nekaj novega in jih umestiti v nov horizont (terapevtove *transformirajoče podobe*). Pomembno je, da terapevt pride v stik s *simbiotičnim selfom*, ki se razvije v terapiji in vsebuje oba selfa udeležencev. Benedetti (1973) v članku poda primer pacienta, ki prenaša v terapevta svoj brezup. Če je bil brezup pred tem nekaj, kar je za pacienta predstavljalo cel svet, je sedaj ta *le del* celega terapevtovega sveta. Pacient lahko na ta način vnese vase terapevta in z njegovo pomočjo preoblikuje svoj brezup. Če v patološki simbiozi pacient izgubi sebe in svoje meje, jih v terapevtski simbiozi preko terapevta začuti in znova najdeva, terapevt pa postane za pacienta model integracije. Pacient *egoicira* (tj. ponovno privzame v svoj ego) dele sebe, ki so bili prej odcepljeni. (Benedetti in Peciccia, 1998)

Avtorja (po Koehler, 2003) sta pojem »prehodni subjekt« teoretično povezala z Winnicotovim prehodnim objektom in Kohutovim self-objektom. Od Winnicotovega koncepta se razlikuje v tem, da gre pri prehodnem objektu za cele dele selfa, ki jih otrok srečuje v svetu, pri prehodnem subjektu pa gre za disociirane dele selfa, ki potrebujejo zibko terapevta, da bi kdaj postali celi. Kohutov self-objekt pomeni v psihoterapiji del terapevta, ki za pacienta opravlja določeno funkcijo ega. Self-objekt je na nek način pozunanjen, pacient ga v terapiji postopoma ponotrnanja in vgradi vase, medtem, ko je prehodni subjekt znotraj pacienta (hkrati v pacientu in terapevtu) in ima kreativni naboj, saj lahko pacienta spremeni. »Je zrcalna podoba, ki obogati in ki se začne z zaznavo partnerja, konča pa se s pacientovim prevzemanjem idealiziranih aspektov partnerjeve osebnosti, ki preoblikujejo njegovo negativno samopodobo« (Benedetti, 1973, str. 172). Tak subjekt se lahko denimo pojavi v obliki preganjalne slušne halucinacije, ki predstavlja terapevta v pacientu. Taka vrsta halucinacije pomeni *progresivno patologijo*, ki kaže na proces zdravljenja. »Pomislimo o glasu, ki ga halucinira shizofreni pacient, ki pa svetuje pacientu, kako naj premaga svoje strahove ali ponuja dobro interpretacijo njegovih simptomov« (Benedetti in Peciccia, 1998, str. 79).

## Zaključek

Ob obravnavi teorij avtorjev iz različnih dob razvoja psihoanalize je mogoče opaziti, kako se je v teoriji psihoz sprva zrcalila Freudova teorija gonov in strukturna teorija (denimo Klein, Hermann in Bak), zatem teorija objektnih odnosov in ego psihologija (Hartmann, Searles), v obdobju zadnjih dveh desetletij pa avtorji težijo k integraciji različnih pogledov in uvajajo najnovejše odnosne in intersubjektivne paradigme (denimo Benedetti in Peciccia). S teoretičnim premikom v odnosno smer je tudi psihoterapija psihotičnih oseb, ki jo je Freud zavračal, ker je smatral, da psihotične osebe ne tvorijo transferja, postala mogoča. Avtorji so podrobneje opisali naravo transferja, ki ga psihotična oseba kljub vsemu ustvari in ki ima bolj arhaične, regresivne, predojdipske značilnosti. Te je potrebno prepoznati in iz njih izhajati, da bi pacient v procesu psihoterapije napredoval na zrelejše ravni delovanja psihičnega aparata.

Tehnike obravnave se pri posameznih avtorjih zelo razlikujejo, kar je odvisno tudi od teorije v ozadju. Nekateri, kot npr. Wilfred Bion, je pacientom direktno interpretiral njihove mentalne vsebine in vedenje med seansami (a je poudarjal tudi pomembnost analitika kot tistega, ki opravlja materinsko vlogo), drugi pa, kot npr. Benedetti ali Searles, gradijo pacientov psihični aparat s pomočjo odnosa, v katerem se ponavljajo razvojne faze in preko katerih lahko pacient osvoji ali pridobi nekaj, za kar je bil v razvoju prikrajšan.

Kot smo videli v pregledu, se je teorija psihoz ne le nadgrajevala, pač pa tudi spreminjala. Vzemimo za primer Freudovo pojmovanje temeljne težave

psihotične osebe, da umakne svoj libido z objektov v svoj jaz, iz česar naj bi izhajali psihopatološki fenomeni kot npr. veličinske blodnje. Paul Federn (1952), ki ga tukaj nismo obravnavali, je za razliko od Freuda trdil, da problem psihoze ni pretirana narcistična zasedba ega, ampak prav nasprotno – pomanjkanje te zasedbe. Tako pojmovanje je potrebno gledati skozi model duševnosti, ki ga predlaga Federn. Narcistična zasedba *ego mej* je po Federnu pomembna za delovanje zaznavnih organov, ki služijo egu za stik z realnostjo in dajejo občutju sebe jasen obris, ter da se ego razmeji od zunanjega sveta. Tu ne gre za dve pojmovanji, od katerih je eno pravilnejše, pač pa za razlike v teoretični zgradbi.

Psihoanalitične teorije psihoz dajejo pogosto vtis, da so redukcionistične, ne upoštevajo dognanj drugih ved in premalo razlikujejo med različnimi slikami psihoz. To zagotovo ne velja za sodobnejše avtorje, ki poskušajo smiselno integrirati psihološka, medicinska in antropološka znanja. Arieti je eden od klasičnih avtorjev, ki ga v prikazu nismo omenili, a je vreden omembe prav zato, ker je bil eden od redkih psihoanalitikov, ki se je od 60. let naprej posvečal obravnavi *formalnih motenj mišljenja* pri psihotičnih osebah (Arieti, 1974). Tako mišljenje je poimenoval »paleološko« in ga ni psihoanalitično interpretiral. Zato pa je poskušal analitsko razumeti vsebinske motnje mišljenja kot izraz čustev, temeljnih konfliktov, želja in potreb pacientov.

V kratkem pregledu so bili izpuščeni mnogi zaslužni avtorji in avtorice, kot na primer Paul Federn, Margaret Mahler, Frieda Fromm Reichmann, Harry Stuck Sullivan, Silvano Arieti, Herbert Rosenfeld, Hanah Segal, Edith Jacobson, Maurits Katan, Jose Bleger in Franco De Masi. Spisek izpuščenih lahko služi radovednemu bralcu kot kažipot za nadaljnje branje.

## Literatura

- Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Basic Books.
- Arlow, J. A., Brenner, C. (1969). The Psychopathology of the Psychoses: A Proposed Revision. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 5-14.
- Bak, R. C. (1939). Regression of Ego-Orientation and Libido in Schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 20, 64-71.
- Bak, R. C. (1954). The Schizophrenic Defence Against Aggression. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 129-134.
- Benedetti, G. (1973). The Irrational in the Psychotherapy of Psychosis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 1, 243-251.
- Benedetti, G. (1999). Interpretation of Schizophrenia. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 27, 551-562.
- Benedetti, G. in Peciccia, M. (1998). The Ego Structure and the Self-Identity of the Schizophrenic Human and the Task of Psychoanalysis. *International Forum for Psychoanalysis*, 7, 169-174
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 266-275.

- Bion, W.R. (1958). On Hallucination. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 341-349.
- Bion, W.R. (1959). Attacks on Linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Eissler, K.R. (1954). Notes Upon Defects of Ego Structure in Schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 141-146.
- Federn, Paul (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Freud, S (1910/2005). *Pet analiz*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (1911) Psychoanalytic Notes on a Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913). The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, London.
- Freud, S. (1917). *A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 217-235. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, London.
- Freud, S. (1923). Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 1-10.
- Freud, S. (1924). *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and The Id and Other Works, 181-188. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, London.
- Greenberg, J. R. in Mitchell S. A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Harvard University Press.
- Hartmann, H. (1953). Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia. *Psychoanalytic Study of a Child*, 8, 177-198.
- Hermann, I. (1980). Some Aspects of Psychotic Regression. A Schreber Study. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 2-10.
- Ivezić, S. (1997). Psychotherapy of Schizophrenic Patients. V M. Kocmur (ur.) *Shizofrenija: zbornik predavanj* (str. 79-101). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje.
- Klein, M. (1997). *Zavist in hvaležnost: Izbrani spisi Melanie Klein*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Koehler, B. (2003). Interview with Gaetano Benedetti, M.D. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 75-87.
- Laplanche, J. in Pontalis, J.B. (1973). The Language of Psycho-Analysis. *International Psychoanalytic Library*, 94, 1- 497.
- Nagy, A. M. (1997). Psihodinamsko razumevanje psihoz. V M. Kocmur (ur.) *Shizofrenija: zbornik predavanj* (str. 36-42). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje.
- Pao, P. (1973). Notes on Freud's Theory of Schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 469-476.
- Pao, P. (1977). On the Formation of Schizophrenic Symptoms. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 389-401.

- Peciccia, M. in Benedetti, G. (1996). The Splitting between Separate and Symbiotic States of the Self in the Psychodynamic of Schizophrenia. *International Forum for Psychoanalysis*, 5, 23-37.
- ProMente (2000). *Revija za psihološko medicinu i primenjenu psihologiju*, št. 9-10, str. 35-38.
- Searles, H. F. (1955). Dependency Processes in the Psychotherapy of Schizophrenia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 19-66.
- Searles, H. F. (1970). Autism and the Phase of Transition to Therapeutic Symbiosis. *Contemporary Psychoanalysis*, 7, 1-20.
- Searles, H. F. (1973). Concerning Therapeutic Symbiosis. *Annual of Psychoanalysis*, 1, 247-262.

*Prispelo/Received: 17.10.2008*

*Sprejeto/Accepted: 14.12.2009*