

# KONCEPTI IN MODALITETE RAZVOJNE ANALITIČNE PSIHOTERAPIJE

---

Peter Praper

---

**Ključne besede:** psihoterapija, razvoj, teorija objektnih odnosov

**Keywords:** Psychotherapy, Development, Theory of Object Relations

## POVZETEK

Analitična psihoterapija, ki je nastajala v odnosu do psihoanalize - iz nje in proti njej -, je od Adlerjevega odhoda iz kroga Freudovih izbrancev razvila mnogo pristopov. Danes je zato težko govoriti o enoviti analitični psihoterapiji. Bolj kot specifična definicija je določujoča šola, ki razvija nek analitični psihoterapevtski pristop. Če Adler postavlja v ospredje individualizacijo, izpostavlja Sullivan, ki je prav tako močno vplival na nadaljnji razvoj, interpersonalni nivo. Ko že kaže, da se bo poglobil prepad med iskalci v individualnem in tistimi na medosebnem nivoju, premosti ta razcep teorija objektnih odnosov, posebno tisti del, ki je nastajal preko Hartmannove ego psihologije, z razvojnimi koncepti, razumevanjem procesov, ki potekajo v nenehni interakciji med posameznikom in okoljem, s ponotranjanjem in pozunanjanjem. Na tej osnovi je nastajala razvojna analitična psihoterapija, ki je dodobra redefinirala psihoterapijo v odnosu do

psihoanalize. Tako sta prepoznavni dve paradigmi, ki se bolj dopolnjujeta kot si nasprotujeta.

## CONCEPTS AND MODALITIES OF DEVELOPMENTAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY

### ABSTRACT

Peter Prober

Analytic psychotherapy, deriving from the relation to psychoanalysis (out of it and against it) was developing in many directions. Therefore it is very difficult, if not impossible, to speak about a unique analytic psychotherapy. There is a long way from Adler's focusing the individual and his self-realization to Sullivan's exposing the importance of interrelations. When it seemed that the splitting is going on to a fragmentation of different approaches and schools, the theory of object relations bridged the orthodox psychoanalysis and "the environmentalists". Including Hartmann's ego psychology, it succeeded to integrate many different concepts into an interactional, relational and above all, developmental paradigm of a personality, bringing into the focus the processes of internalisation and externalisation of object relations.

This was the background of a redefinition of psychotherapy into "the developmental analytic psychotherapy", for more a completion than an opposition to psychoanalysis.

## DEFINICIJA

Analitična psihoterapija je nastajala v odnosu do psihoanalize - iz nje in proti njej.

Začetki segajo nazaj do Adlerja, ki se je razšel s Freudom, ker se mu je zdelo, da znotraj Freudove psihoanalize ne bo prostora za njegove poglede in njegov pristop. Posvetil se je namreč analizi agresivnega gona, teženj, ki so povezane s potrebo po samouveljavljanju. Kot posledico zavor na področju teh teženj je Adler videl razvoj občutkov manjvrednosti.

Morda se Adlerjeva individualna psihologija ni uveljavila kot klinična praksa, vendar je predstavljala enega od temeljev uvajanja humanistične paradigme v terapevtske pristope.

Drug pomemben korak pri razvoju analitične psihoterapije so naredili neoanalitiki, predvsem Sullivan, z interpersonalno psihoanalizo, ko je tehniki svobodnih asociacij dodajal tehniko usmerjenih vprašanj. Uvedel je tudi usmerjeni uvodni intervju, ki je postal tako značilen za psihoterapevtske pristope.

Na tem nivoju se je razvila tudi nam znana analitična psihoterapija Schultz-Henckejeve šole iz Gottingena, ki jo je Leopold Bregant prenesel v Slovenijo (Bregant, 1986).

Nastajanje analitične psihoterapije sloni torej na tistih usmeritvah, ki so izšle iz psihoanalize, a so se obrnile tudi proti njej. Definirale so se predvsem preko zanikanja nekaterih načel ali tehnik psihoanalitičnega pristopa. Ta tradicija se vleče vse do danes, saj še danes pogrešamo pozitivno definicijo analitične psihoterapije, vključno z opredelitvijo njenih specifičnih diferenc do drugih pristopov.

V naši zavesti zajema pojem psihoterapije tiste pristope, ki so bolj kot na genezo usmerjeni na današnje življenjske pogoje, tiste, kjer ne uporabljamo kavča, temveč pozicijo vis a vis, frekvenca pa ni tri do petkrat tedensko, temveč enkrat do dvakrat tedensko. Kadar govorimo o analitični psihoterapiji, je izogibanje genezi, transferju in odporom vseeno že vprašljivo. Brez dela na teh področjih ne more biti analize.

Hartmannova ego psihologija in teorija objektivnih odnosov sta pobudila psihoanalitike nove generacije - R. Spitz, M. Mahler in E. Jacobson v Združenih državah ter Anno Freud, Bowlbyja, Winnicotta in druge v Veliki Britaniji - da so pričeli raziskovati razvoj strukture ega po temeljnih razvojnih linijah. Tako je nastajala sodobna psihoanalitična razvojna psihologija, kar je klinike navedlo, da so pri delu s pacienti z razvojnimi deficiti ega pričeli oblikovati razvojno analitično psihoterapijo. Ta se ni redefinirala zgolj v odnosu do psihoanalize, ampak je prepoznala zase specifične indikacije, cilje in tehnike.

Za razliko od psihoanalize, ki se ukvarja z dinamiko teženj gonov ter z ozaveščanjem in predelavo ponotranjenih konfliktov (z libidnimi ter agresivnimi manifestacijami ida), se razvojna analitična psihoterapija ukvarja z razvojnimi deficiti in strukturnimi modifikacijami ega.

Moderna psihoanaliza se je sicer modificirala, in to do take mere, da je prilagodila tehnike za paciente z mejno organizacijo osebnosti. Psihoanalitiki skušajo predvsem skozi premišljeno izgradnjo terapevtske alianse in uporabo konfrontacij ter interpretacij pripeljati pacienta do nivoja, ko je sposoben tudi analize odporov in transferja.

Razvojna analitična psihoterapija, kjer so cilji širši in številčnejši, proces pa je v bistvu naravnian na izgradnjo strukture ega in njegovih adaptacijskih zmožnosti, pa je vendar terapija zase.

## DIAGNOSTIČNA FAZA

Usmerjeni uvodni intervju ali usmerjena anamneza sta v analitični psihoterapiji v navadi že iz časov, ko je bila ta še zgolj dinamična. Uvedel ga je Sullivan v sklopu svojega tipa medosebne terapije. Danes je diagnostična faza v navadi tudi v bolj klasično usmerjeni psihoanalizi.

Pri primerih, ki zahtevajo razvojno analitični pristop, je potrebno dinamično interpretativno diagnozo nujno dopolniti še z razvojno diagnozo (Praper, 1992). Ta se nanaša na ocenjevanje glede na to, kako se formira in kje leži jedro patologije. Tako smo pogosto postavljeni pred diferencialno diagnostično vprašanje, ali gre za nevrotično, mejno organizirano ali psihotično osebnost. Hkrati je znotraj vsake kategorije potrebno diferencirati med različnimi tipi patologije.

Pri diagnostiki ego modifikacij je težišče na oceni, ali gre za razvojne zastoje ali za popačenja razvoja ali morda regresije. Blanckova (1979) priporočata, da ločimo med:

- ego oškodovanostjo (kjer ključni dejavniki patologije ležijo že v dispozicijah strukturiranja ega);
- ego skrenjenostjo (kjer gre za zastoje in neugodne usmeritve razvoja v kritičnih točkah);
- ego popačenostjo (ko posameznik niza nerealne in napačne podobe o sebi v koncept sebe - self);
- ego regresijo (ko na posamezni liniji ali na več razvojnih linijah ego funkcioniranje zdrsne na primitivnejše nivoje).

Pri vsem tem je potrebna ocena, na katerih razvojnih linijah se modifikacije pojavljajo, hkrati pa tudi ocena, ali je razvoj na pomembnih razvojnih linijah harmoničen ali disharmoničen. V primerih disharmonije je lahko problematično tudi prehitro napredovanje na nekaterih razvojnih linijah ob običajnem razvojnem tempu na drugih.

Koncept razvojnih linij je uvedla Anna Freud (1963), ki pa je že omenjala raziskave M. Mahlerjeve in menila, da je proces separacije in individualizacije, na katerega je opozarjala ta ugledna raziskovalka, dejansko prototip razvojnih linij. Kernberg (1992) skuša povezati različne vrste motenosti in meni, da sta teža in vrsta patologije odvisni od stopnje popačenosti procesa ponontranjanja v objektivnih odnosih v prvih letih življenja.

Raziskovanje oseb z razvojnimi deficiti ega, ki zahtevajo razvojno analitične terapevtske pristope, kaže, da sta proces formiranja patologije in vprašanje, kje bo ležalo patološko jedro v strukturi osebnosti, odvisna od številnih spletov interakcije v objektivnih odnosih (Praper, 1996).

Diferencialna diagnoza kljub mnogim znanim značilnostim ni lahka, saj pri različnih osebah opažamo podobne vzorce vedenja, toda z različnim ozadjem, prav tako pa je možno, da iz istega ozadja izhaja dokaj variabilno vedenje. To se še posebno rado kaže pri osebnostih, ki trpijo zaradi globokega razcepa v strukturi. Prav zato za psihoterapevta ni toliko pomembna klinična slika kakor prepoznavanje strukture osebnosti. Vzemimo strah pred separacijo, ki je za osebe z ego modifikacijami prav tako kardinalen, kakor je za nevrotične anksiozna reakcija ob impulzih temeljnih teženj. Pri nevrotično strukturirani osebnosti opazimo, da na izgubo reagira z žalovanjem.

Nasprotno pa osebe z razvojnimi deficiti ega ob grožnji izgube postanejo panične, vendar pacient z borderline sindromom odvisnosti zaradi občutka, da zapuščen ne bo mogel skrbeti zase, narcisistično moteni bi se počutil praznega in razvrednotenega, shizoidni pa bi se boril s svojim strahom pred izničenjem.

Dvoumnost jezika je podoben problem. Tipično za ljudi z ego modifikacijami je, da besede uporabljajo s specifičnim pomenom in že sama zahteva po jasni besedni komunikaciji pomeni zanje distanco in grožnjo separacije. Velik del komunikacije pripada neverbalnim simbiotičnim vzorcem, ki pa jih takšen pacient zaradi ambivalence do simbioze tudi razume zdaj tako, drugič drugače. Nejasnost velikokrat prinaša nova razočaranja in jezo. Mejno organiziranim manjkajo besedne predelave emocionalnih vsebin. Tako besede, kot so: šok, depresija, razumevanje, ljubezen, toplina, seks..., skrivajo različne pomene. Kadar pacient z borderline sindromom odvisnosti pravi, da je depresiven, navadno želi povedati, da se počuti zavrženega. Narcisistično moteni bi s tem izrazom prej opisoval občutke praznine in ponižanosti, shizoidni pa izginjajoči občutek povezanosti nasploh.

Po vsem tem bi bilo na mestu vprašanje, kako je sploh mogoče takšno mnogoplastno in izčrpno diagnostično oceno formirati po uvodnem intervjuju, ki traja kakšne štiri seanse. Odgovor je preprost: "Ni mogoče!" Začetno diagnostično oceno zato postavljamo v razvojni analitični psihoterapiji le kot delovno hipotezo, ki jo preverjamo, dopolnjujemo in spreminjamo skozi ves terapevtski proces. Kljub temu pa namige o tem, da je indicirana dolgotrajnejša razvojna analitična psihoterapija, dobimo dokaj hitro. Hartmann opozarja na fenomen, ki ga imenuje "mentalna površina". Pozorni smo na to, kako nekdo išče tretma, izbira terapevta, kakšna je njegova pritožba, kakšno zgodovino terapij ima za seboj, kaj je tipično za njegov prvi prihod (pride v spremstvu, veliko pred dogovorjeno uro ali je morda zamudil).

Težave pri vzpostavljanju dogovora za obisk in uvodni intervju in kasneje težave pri vzpostavljanju terapevtske delovne alianse praviloma nakazujejo šibkejšo strukturo z ego modifikacijami.

**V začetni fazi** razvojne analitične psihoterapije pacientov z razvojnimi deficiti ega je od vsega najpomembnejše, da terapevt ponudi in razvija obstojen, konstanten in podpirajoč odnos. Pri tem mora pozorno prisluhniti,

kako pacient krmari med bližino in distanco, skrbno mora dozirati gratifikacije in frustracije.

Preočitno ponujanje bližine bi pacienta z borderline odvisnostjo prepričalo v lažno možnost zlivanja in oskrbovanja ali pa bi ga pahnilo v kontraodvisno obrambo, shizoidnega bi prestrašil občutek, da ga bo terapevt pogoltnil, narcisistični pa bi to razumel kot nerealno občudovanje.

Na drugi strani bi pretirana distanca terapevta takim pacientom onemogočala doživeti korektivno simbiozo.

Očitno imajo mnogi terapevti (morda tisti, ki so sami doživljali preveč ambivalence v simbiozi ali pa niso dobro izpeljali lastne separacije in individualizacije) probleme v odnosu s temi pacienti. Za načeli empatije včasih skrivajo lastno težnjo po zlivanju ali strah pred to možnostjo, čeprav je empatija zmožnost razumeti drugega, ne da bi se z njim zlival.

Ali lahko terapevt ponudi pacientu povsem dobro možnost korektivne simbioze? Žal je odgovor negativen. Oralna faza z masovnim ponotranjanjem je že zdavnaj minila. Poleg tega je pacient običajno do roba napolnjen z negativnimi ali vsaj ambivalentnimi izkušnjami. Novih izkušenj ne more preprosto dodati, preden ne opravi nekaj diferenciacije in poznanjanja starih izkušenj.

V tej fazi terapevt običajno intenzivno uporablja tehniko, imenovano "ego suport". To so premišljeni ukrepi podpore za razvojni korak v strukturiranju tega iz neke kritične točke v atmosferi terapevtskega (objektnega) odnosa. Terapevtu pomaga to, da pozna pacientov razvojni (terapevtski) proces. Ve, ali je razlog zapleta in razvojnega deficita razvojni zastoj ali regresija. Poznavanje pacientovega razvojnega procesa nam tudi pomaga poiskati pot suporta. Naj to ilustriram s primerom pacienta Milana B. Po tem, ko je v terapiji naredil že velik korak k individualizaciji in separaciji, je padel v hudo regresijo. To se je zgodilo potem, ko se je razšel z dekletom. Terapevt je vedel, da ne more enostavno ponovno podpreti separacije in individualizacije, ampak je sprožil proces žalovanja. Šele ko je ta izzvneval, je pacient lahko ponovno pridobil avtonomijo (Praper, 1993).

Nekateri terapevti uporabljajo "tehniko trepljanja po ramenu", kadar pri pacientu opazijo nizko samospoštovanje ali celo samozaničevanje. Morda pri narcisističnih to sproži "fenomen", ki ga Lanon imenuje "ego tripp", ki se

pokaže v narcisističnem bahanju, kar pa je zopet nerealistična vsebina, ki se je pacient polasti z zlivanjem s terapevtom. Sicer pa lahko trepljanje po ramenu sproži hudo reakcijo zavračanja.

Pacientka Minka je v skupini spregovorila o svoji hudi telesni hibi, za katero je krivila po njenem mnenju brezbrizno mater. Eva jo je poskušala potolažiti na ta način, da jo je prepričevala, da te hibe sploh ne bi opazila, če je ne bi Minka sama opozorila. Minka je bila ogorčena. Očitala je Evi, da je brezbrizna, da podcenjuje njene probleme. Sprožilo se je maligno zrcaljenje, ki je obe v skupini obvladovalo vsaj pol leta.

Transferne vsebine pri pacientih z razvojnimi deficiti ega se ne kažejo kot erotizirani transfer kakor pri nevrotičnih, ampak kot simbiotični ali kontrasimbiotični elementi, vraščeni v samo terapevtsko alianso. Tega vsaj v začetni fazi terapije ni mogoče analizirati.

Terapevt, ki je uspel v začetni fazi ustvariti osnovno navezanost in znižati ambivalenco, s tem ko pacientu pomaga do več zaupanja, je v tem delu opravil svojo nalogo.

**V srednji fazi** je mogoče prepoznati trdnejšo terapevtsko delovno alianso, v kateri terapevt že bolj načrtno podpira razvojne korake na ključnih razvojnih linijah, ob tem pa že uporablja ključni tehniki konfrontacije in interpretacije. Masterson (po Manfield, 1992) uporablja predvsem konfrontacije z značilno triado fenomenov: impulz in aktivacija - boleči občutki - obramba. Na primer: Pacient je začutil potrebo po samouveljavitvi. Uprl se je ženi. Ob tem je takoj začutil strah pred separacijo. Doživel se je kot nevhvaležnega, slabega in krivega ter se pričel opravičevati in početi stvari, s katerimi bi se odkupil. Pacientov problem je, da teh korakov ne vidi povezano in ne razume svojih postopkov. Konfrontacija zanj torej ni le zrcalo, ampak tudi integracija prej ločenih fragmentov.

V razvojni analitični psihoterapiji igra interpretacija pomembno vlogo, vendar so tukaj interpretacije večinoma razvojne, ne dinamične. Terapevtu ne gre toliko za ozaveščanje konfliktov kakor za vzdrževanje nivoja avtonomije in doseganje novih nivojev avtonomije. Običajno prične z osvetljevanjem ter odstranjevanjem ovir za boljšo diferenciacijo in za prakticiranje. Kadar pacient reagira s separacijskim strahom in depresijo (kajti s tem izgublja fantazirano zlitost ali pa se mora odpovedati izzivu za individualizacijo), to postane predmet terapije.



Srednja faza se prevesi v drugo polovico, ko pacient pokaže boljše kapaciteto za ozaveščanje in analizo, v ospredje pa pridejo dinamični zapleti. Terapevt podpre analitično delo in avtonomnejše reševanje konfliktov ob uresničevanju zdaj že boj socializiranih teženj. Pacient ta nivo doseže z boljše nevtralizacijo med libidnimi in agresivnimi impulzi.

**Zaključna faza** terapije je zahtevna že pri nevrotičnih. Vsega ni mogoče odanalizirati, zato analiza ne more biti zaključena. Zaključni pa se lahko terapija, ko pacient pridobi analitični način podpore samorazvoju in prične takšen način uporablja avtonomno.

Pri pacientih z razvojnimi deficiti ega je veliko bolj zapleteno. Zaključna faza pogosto verificira potek celotne terapije. Pacient, ki je prakticiral tako, da se je individualiziral (razvijal svoje interese in druge elemente psihičnega aparata, vključno z bolj konstruktivnimi obrambnimi reakcijami), bo pridobil kapaciteto, da odžaluje terapevta. Zaključna faza bo vključevala proces žalovanja skozi značilne podfaze. Kadar pacient tega nivoja ne doseže, je v terapiji nekaj manjkalo ali pa pacient preprosto ne zmore razviti te kapacitete. Takšen pacient pogosto zaključi terapijo po starem vzorcu: preneha hoditi pred koncem, da bi, s tem ko on zapusti terapevta, preprečil občutke zapuščenosti, oprime se kontraodvisne pozicije, išče nadomestni objekt ali pa skuša preživeti z inkapsuliranim terapevtom, kar priča o prolongirani primitivni emocionalni identifikaciji.

V nekaterih primerih soočanje z neizbežnostjo zaključevanja terapije močno pospeši individualizacijo pacienta. Dva od mojih pacientov, s katerima sem bil najbližje možnosti neskončne terapije, sta kasneje, po zaključku terapije, poročala o čudnem fenomenu - da nadaljujeta terapevtski proces vsak sam zase in da sta dosegla občutno izboljšanje. Kaže, da sta izkušnje iz terapije, ki sta jih prej hranila kot drobce, pričela integrirati v celoto samorazumevanja.

## DIADNA TERAPIJA

Izraz "diadna terapija" za individualni tretma uporabljam iz dveh razlogov: prvič, nobena terapija ni individualna (avtoanalize se ne obnesejo), ampak lahko poteka le v paru, in drugič, še bolj pomembno je vedeti, da diadna terapija pomeni diadni odnos, v katerem se po naravi rešuje problem vstopa v simbiozo, formiranja navezanosti, temeljnega zaupanja in vsega tistega, kar v dobri simbiozi generira nadaljnji proces v smeri separacije in individualizacije. Zato je priporočljivo, da pacienti z ego modifikacijami, ki vključujejo te diadne karakteristike, začnejo v diadni terapiji. Takšno orientacijo priporočajo tudi takrat, ko načrtujemo diadno terapijo do začetne triangulacije, nakar nameravamo spremeniti terapevtski seting in vključiti pacienta v terapevtsko skupino.

## SKUPINSKA RAZVOJNA ANALITIČNA PSIHOTERAPIJA

Skupinska modaliteta terapije, ki se dotakne posameznika skozi aktualne medosebne interakcije, je pri pacientih z ego modifikacijami uporabna v dveh situacijah:

1. Nekateri pacienti imajo tako ambivalenten odnos do simbioze v diadi, da terapevtsko lažje delajo v skupini.
2. Ko skozi diadno terapijo pacient doseže triangulacijo in je že zmožen diferenciacije v skupini, je prehod v skupinsko psihoterapijo običajno zelo stimulirajoč.

Skupina omogoča pojavljanje multiplih transferjev, tako tistih (ojdipskih in predojdijskih) s starševskimi figurami, kot tudi tistih z vrstniki, sorojenci.

Pacienti z ego modifikacijami z vrstniki pogosto lažje navežejo kontakt kot pa z avtoriteto starševske figure terapevta v diadi. Običajno pacient v diadni terapiji tudi zavlačuje z grandioznimi, onnipotentnimi in omniscientnimi fantazijami o terapevtu, nakar se poskuša z njim zlivati. V skupini ga "vrstniki" postavljajo na realnejša tla.

Skupina omogoča diferenciacijo in iskanje svojega mesta po vertikali in horizontali odnosov. Oblikuje občutek za enakopravnost in usmerja v vzajemnost. Pot od odvisnosti do vzajemnosti v skupini je manj boleča kot gibanje v smeri neodvisnosti od terapevta v diadni terapiji, ker to nujno

vključuje problem, kako "zapustiti" terapevta, kar emocionalno pomeni ostati sam.

Gotovo v skupini pacientov z razvojnimi deficiti ega nastajajo tudi nove situacije in mehanizmi, ki se zoperstavljajo terapevtskemu procesu. Pacienti velikokrat funkcionirajo preko acting outa in ga skušajo celo vrednotiti kot iskrenost in odprtost. Razvijajo skupne odpore, izražajo veliko zavisti in jeze, kar se kaže v pogostem malignem zrcaljenju. Večkratne projekcijske identifikacije se zoperstavljajo procesu diferenciacije. Pri iskanju poti skozi na videz nasprotujoči si težnji po pripadnosti in po svobodnosti (samostojnosti), se pogosto pojavlja vmesna pozicija kontraodvisnosti, ki se kaže v zavračanju in zoperstavljanju procesom ponotranjanja. Kadar skupina nekako "institucionalizira" to fazo, nekaj časa deluje antiterapevtsko in tudi odklanja terapevtske intervence terapevta. V ta namen utegnejo celo formirati podskupine zunaj terapije.

Terapevt v razvojni analitični skupini je hkrati mama, ki nudi zatočišče, razumevanje, konstantnost in zaupanje, ter oče, ki izziva, vabi v prakticanje in podpira samopotrjevanje. Iz prvega skupina stke bazični matriks, iz drugega dinamični matriks. Ko prekrije oba, je terapevt res samo še njen služabnik, ki ji omogoča delo, kot pravi Foulkes.

## KOMBINIRANA TERAPIJA

Kombinirana terapija je nova modaliteta, ki nastaja s kombinacijo individualne ter skupinske terapije pri enem in istem terapevtu. Tako so mogoče dobre predelave simbiotičnih problemov v diadni terapiji in hkrati boljša diferenciacija ter individualizacija v skupini. Individualna terapija pogosto funkcionira kot objekt, ki se odziva na potrebe v podfazi približevanja. Pogosto ravno motene osebnosti v diadi funkcionirajo povsem drugače kot v skupini. Novejše raziskave potrjujejo domneve, kako pomembno je, da otrok odrašča v popolni družini z materinsko in očetovsko figuro ter v krogu sorojencev. Tako je tudi kombinirana terapija bolj naravno okolje za pospeševanje osebne rasti. Toda tudi ta modaliteta prinaša nove zaplete. Kombinacija običajno ni dostopna vsem članom skupine, kar sproža zavisti in ljubosumnost. Za pacienta, ki je v kombinirani terapiji, je več možnosti, da se njegovi acting outi v skupini analizirajo v individualni terapiji, za ostale pa ne. Terapevt mora pokazati izjemno spretnost, da takšne zaplete naredi za predmet terapije tudi v skupini. Prednost

kombinirane terapije je gotovo v tem, da prav vsili diferenciacijo in delo na njej. Terapevtsko izkušnjo omogoča v ustrežnejši obliki tudi tistim, ki bi sicer ostali večni pacienti v diadni terapiji ali pa bi preuranjeno zapuščali slupine.

## **SUPERVIZIJA V RAZVOJNI ANALITIČNI PSIHOTERAPIJI**

Supervizija kliničnega dela je v razvojni analitični psihoterapiji morda še bolj odločujoča kot v dinamičnem pristopu. Nevrotični terapevt pogosto ne razume dobro procesa mejno organiziranih oseb in mu zmanjka empatičnosti. Terapevt z mejno organizacijo bolje razume specifični jezik, ima pa druge težave - se preveč zliva ali togo brani svojo diferenciranost: preveč "pomaga" z gratificiranjem ali pretrdo sili v prakticiranje. Pogosto se sam znajde v paranoidni ali depresivni poziciji. Enkrat meče pacienta iz terapije, drugič pa ga zopet ne pusti proč.

Supervizija se pri terapevtu dotakne še globljih in bolj intimnih plasti. Trči na poteze terapevtovega narcizma in pogosto prilije ogenj na občutke razvrednotenja in sramu.

Ob dolgotrajnih razvojno analitičnih psihoterapijah so torej smiselne tudi dolgotrajne supervizije, v katerih ima terapevt priložnost zagledati tudi svoj življenjski proces, posebej še, če izkušnje iz supervizije dodaja izkušnji lastne terapije, ki predstavlja nepogrešljivi del edukacije.

## **LITERATURA**

1. Blanck G. in R. (1979) Ego Psychology II. Psychoanalytic Developmental Psychology. Columbia University Press, New York.
2. Bregant L. (1986) Psihoterapija 14. Ured. Dougan K. Katedra za psihiatrijo Medicinska fakulteta, Ljubljana.
3. Freud A. (1963) The Concept of Developmental Lines - The Psychoanalytic Study of the Child, 13:92 - 124, International University Press, New York.
4. Kernberg O. (1992) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, Northvale, London.

5. Manfield P. (1992) Split Self/Split Object. Understanding and Treating Borderline, Narcissistic and Schizoid Disorders. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London.
6. Praper P. (1992) Dinamično interpretativna ali tudi razvojna diagnoza v tretmaju nepsihotičnih pacientov. Psihološka obzorja, vol. 1, No 1 (st. 73 - 77).
7. Praper P. (1993) Na tanki črti med benigno in maligno regresijo. V: Praper P. Regresija. Zbornik prispevkov 3. Bregantovih dnevov. Psihoterapevtska sekcija SZD in sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS, Ljubljana.
8. Praper P. (1996) Razvojna analitična psihoterapija. Inštitut za klinično psihologijo, Ljubljana.

ANUŠKA FERLIGOJ, KARMEN LESKOŠEK IN TINA KOGOVIŠEK (1995). ZANESLJIVOST IN VELJAVNOST MERJENJA. LJUBLJANA: FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE (METODOLOŠKI ZVEZKI 11). ISBN 86-90227-47-1

Kvaliteta merjenja ter skladnost teorije in stvarnosti sta osrednji vprašanji sleherne empirično utemeljene znanosti, ki ne zanemara več samo psihologov, temveč ju zlasti v zadnjih desetletjih vedno bolj poglobljeno raziskujejo tudi sociologi, komunikologi, politologi, pedagogi in raziskovalci drugih družbenih ved ob pomoči matematikov, metodologov in filozofov znanosti. V znani zbirki *Metodološki zvezki* je izšla knjiga *Zanesljivost in veljavnost merjenja*, ki ji je uspelo razmeroma zapleteno snov obdelati zgoščeno in pregledno na dobrih stosedemdesetih straneh. Namenjena je boljšemu študentu višjih letnikov ali podiplomcu različnih družbenih ved, ki obvlada osnovne pojme opisne in večrazsežne statistike ter se ne ustraši tudi kakega obrazca. Pri tem pa se knjiga precej spretno izogne matematično strogemu dokazovanju, kar družboslovce tako hitro odbije od podobnih, vendar bistveno obsežnejših in težje berljivih del. Poudarek knjige je na razumni uporabi metod, s katerimi lahko preverjamo kvaliteto merjenja v raziskovalni praksi. Računske podrobnosti avtorice namenoma prepuščajo priročnikom za rabo priljubljenih programskih paketov, kot sta SPSS in LISREL.