Intersubjektivnost u odnosu liječnik-bolesnik

Lekčević, Mateja

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:488493

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Mateja Lekčević

Intersubjektivnost u odnosu liječnik-bolesnik

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na **Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu**

KBC Zagreb pod vodstvom **prof. dr. sc. Darka Marčinka** i predan je na ocjenu u

akademskoj godini 2015./2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

UVOD 1

RAZVOJNA TEORIJA INTERSUBJEKTIVNOSTI 2

DESTRUKCIJA I PREŽIVLJAVANJE U KLINIČKOM ODNOSU 4

ANALITIČKI TREĆI 5

PROJEKTIVNA IDENTIFIKACIJA 6

TERAPIJSKI SAVEZ 7

MENTALIZACIJA 11

Uloga djetinjstva u razvoju mentalizacije 12

Privrženost (engl. Attachment) i mentalizacija 14

Primjena mentalizacije 14

VERBALNA I NEVERBALNA KOMUNIKACIJA 18

ZAKLJUČAK 20

ZAHVALE 21

LITERATURA 22

ŽIVOTOPIS 24

Intersubjektivnost u odnosu liječnik-bolesnik

Mateja Lekčević

Intersubjektivnost je novi psihoanalitički pravac koji u središte stavlja uzajamni odnos liječnika i bolesnika. Analitičar više nije samo promatrač, već i aktivni sudionik u analitičkom procesu. Unutar analitičkog procesa stvara se treća subjektivnost koju Ogden naziva *analitički treći*. Pod tim podrazumijeva zajednički kreiran nesvjesni život analitičkog para, tj. to je produkt jedinstvene dijalektičke napetosti stvorene između odvojenih subjektivnosti analitičara i analiziranog unutar analitičkog okvira. Zadatak analitičara je pokušati opisati specifično iskustvo nesvjesnog međusobnog djelovanja individualnih subjektivnosti i intersubjektivnosti. Za razliku od neki drugih pravaca psihoanalize, kontratransfer je ovdje izrazito značajan te je kod analitičara potrebna visoka razina samosvijesti. Intersubjektivnost je zapravo proces kreiranja analitičkog subjekta koji ranije nije postojao. Stoga se bolesnikova povijest ne otkriva, nego se nanovo kreira u transferu/kontratransferu i stalno se mijenja kroz razvoj intersubjektivnoga *analitičkog trećeg* kojeg interpretira analitičar. Projektivna identifikacija i terapijski savez bitni su čimbenici za uspješan terapijski proces.

Mentalizacija je proces s pomoću kojeg osoba na temelju mentalnih stanja kao što su osjećaji, želje, potrebe, razlozi i vjerovanja, interpretira svjesno ili nesvjesno svoje i tuđe postupke i ponašanja dajući im smisao. Kapacitet za mentalizaciju je izrazito važan za uspješan ishod terapije. Također, terapijski savez može poboljšati kapacitet za mentalizaciju kod onih osoba kod kojih se nije dobro razvila. Osim verbalne komponente terapijskog procesa, važan je i onaj neverbalni dio koji pomoću novog i zdravog odnosa omogućava razvijanje zdravog terapijskog saveza i mijenjanje bolesnikovog ponašanja.

Ključne riječi: intersubjektivnost, analitički treći, terapijski savez, mentalizacija

Intersubjectivity in doctor-patient relationship

Mateja Lekčević

Intersubjectivity is a new psychoanalytic direction in which the focus is on a mutual relationship between doctors and patients. An analyst is no longer just an observer but an active participant in the analytical process. The third subjectivity is created within the analytical process, named by Ogden the analytic third. The analytic third is a jointly created unconscious life of the analytic pair, i.e. it is a product of the unique dialectic tension created between separate subjectivities of the analyst and analysand within the analytic framework. The task of the analyst is to try to describe the specific experience of the unconscious interaction of individual subjectivity and intersubjectivity. Countertransference is of extreme importance, in contrast to some other directions of psychoanalysis, and it requires a high level of self – consciousness from analyst. Intersubjectivity is a process of creating the analytic subject that did not previously exist. Therefore, the patient`s history is not revealed but created anew in transference/countertransference and is constantly changing throughout the development of the intersubjective analytic third that is interpreted by an analyst. Projective identification and therapeutic alliance are important factors for a successful therapeutic process. Mentalization is the process by means of which a person, based on mental states such as feelings, desires, needs, reasons and beliefs, is interpreting consciously or unconsciously personal and others` actions and behavior and giving them meaning. Capacity for mentalization is extremely important for successful outcome of the therapy. A therapeutic alliance can improve the capacity for mentalization in those individuals in which it has not been well developed. Besides the verbal component of the therapeutic process, the non-verbal part is also important and allows the development of a healthy therapeutic alliance and changing the patient`s behavior through a new healthy relationship.

Key words: intersubjectivity, analytic third, therapeutic alliance, mentalization

UVOD

Klasična psihodinamska teorija govori o izoliranom pojedincu koji se bori s endogenim nagonima, konfliktima, obranama i intrapsihičkim strukturama koje mogu biti promijenjene kroz transfer s liječnikom, a liječnikovo nepristrano promatranje dopušta da donese interpretacije koje će pomoći pacijentu. Kod ove teorije kontratransfer je nešto što se samoanalizira zasebno, kako se ne bi kompromitirala liječnikova objektivnost.

Nasuprot tomu, teorija intersubjektivnosti govori kako odnos između dvije osobe pridonosi terapijskoj promjeni, i u tom odnosu obje osobe pridonose ubrzavanju tog procesa. Stoga se razvoj događaja miče s nagona na afekte i mijenja se sredstvo promjene, s interpretacije od strane stručnjaka ili „objekta“, prema novom, vjerojatno obnavljajućem iskustvu relacijskog odnosa sa stvarnom, pogrešivom osobom – subjektom s vlastitim unutarnjim životom (Applegate, 1999). Kod intersubjektivnosti, transfer i kontratransfer su su-kreirani u „prostoru odnosa“ između bolesnika i liječnika, gdje se formira intersubjektivni sistem recipročnog uzajamnog utjecaja (Stolorow, 1994). Sistem transfer – kontratransfer esencijalan je element za terapijski proces, koji donosi informacije o najdubljim zabačenim mjestima obje subjektivnosti, kako bolesnika, tako i liječnika (Bollas, 1987).

RAZVOJNA TEORIJA INTERSUBJEKTIVNOSTI

D. W. Winnicott, pedijatar i psihoanalitičar koji je pridonio nastanku koncepta intersubjektivnosti, izjavio je na sastanku jednog Britanskog psihoanalitičkog društva da „ne postoji takva stvar kao dojenče“ i kasnije objasnio da „kadgod netko nađe dojenče nađe i majčinu skrb, a bez majčine skrbi ne bi bilo dojenčeta“ (Winnicott, 1960). Time je izašao iz domene klasične psihoanalize (psihologija jedne osobe) i ušao u područje teorije objektnih odnosa (psihologija dvije osobe). Udaljavajući se od uvriježenog pogleda na dijete i majku kao intrapsihički povezane individue, Winnicott je prebacio fokus na interpsihički „njegujući par“ koji je kreiran njihovom interakcijom. Uz to je prepoznao postojanje djeteta kao zasebne osobe govoreći: „ Do kraja drugog tjedna svakom djetetu se dogodilo toliko stvari koje su u potpunosti osobne“ (Winnicott, 1988). Uvidio je istodobno postojanje jedinstvenosti i razdvojenosti kao prvog razvojnog paradoksa, u čemu se osjećaj za sebe i drugoga održavaju u dijalektičkoj napetosti. Postoji početna svijest o sebi pri rođenju, ali za svoj puni razvoj zahtijeva posrednu sredinu koja istovremeno brani i čini moćnim. Početno podržavajuće okruženje je „primarna majčina preokupacija“, gdje majka mora „osjećati kako se osjeća dijete kako bi prepoznala njegove potrebe“ (Winnicott, 1956). Vjeruje se da djetetovo iskustvo empatične rezonance stvara osjećaj da može po volji prizvati vanjska stanja da zadovolji svoje potrebe. Kad dijete treba jesti, majka se pojavi, željna da ga nahrani. Kroz ponavljajuće slučajeve ove skoro savršene usklađenosti, dijete stvara iluziju svemoći. Izgleda da je drugi partner u njegujućem odnosu pod čarolijom djetetove magične kontrole. Prema interpretaciji Ogdena (1994) u procesu primarne majčine preokupacije majka dopušta svojoj subjektivnosti da daje prostora djetetovoj. U ovoj transakciji nije izgubljena niti djetetova iluzorna svemoć niti subjektivnost majke. Paradoksalno, „dijete i majka su jedno, i dijete i majka su dvoje“ (Ogden, 1986). Iz oscilirajućih trenutaka jedinstvenosti i razdvojenosti

razvija se zapetljana uzajamnost između djeteta i majke. Tokom bezbrojnih interakcija zrcaljenja tokom hranjenja i ostalih iskustava s majkom, oči majke reflektiraju djetetu svijest o sebi jer ono vidi sebe u očima majke. U drugom razvojnom paradoksu Winnicott izjavljuje da jedino kad je dijete „samo“ u intimnoj, nezahtjevajućoj prisutnosti drugoga, ono može otkriti osobni život i kontinuiranost. Ovaj osjećaj osobnosti koji nastaje omogućuje djetetu da izdrži sve češća iskustva razočaranja zbog smanjivanja primarne majčine preokupacije. Da bi se mogli nositi s tim razočaranjem, djeca stvaraju privrženost prema prijelaznom objektu čija svojstva mirisa, okusa i teksture pobuđuju umirujuće funkcije majke i time ublažavaju separacijsku anksioznost. Dijete „kreira“ objekt dajući mu simbolično značenje, usprkos tome što je objekt već bio tamo i čekao da ga se pronađe. Ovo omogućuje djetetu da integrira saznanje da je njegov osjećaj svemoći bio iluzija i da drugi postoji kao neovisna samoregulativna osoba (Ogden, 1994). Prijelazna povezanost poprima oblik posrednog područja ili prostora između djeteta i majke, prostor koji paradoksalno „postoji (ali ne može postojati) između djeteta i objekta“ (Winnicott, 1971a). On to područje između naziva potencijalni prostor – živo, dinamično područje međudjelovanja između vanjskog svijeta drugih i djetetove subjektivne predodžbe tog svijeta. Ovdje se mašta i stvarnost, ja i ne-ja, unutarnje i vanjsko, isprepliću u formu „trećeg“ (ili posrednog) područja doživljaja. Da bi se shvatilo kako se ova promjena događa treba objasniti Winnicottovu formulaciju agresije i destruktivnosti i njegovo razlikovanje između povezanosti s objektom i koristiti se objektom. Povezanost s objektom definirao je kao djetetov subjektivan način doživljaja u kojem zamišlja majku kao nastavak njegove svemoći. Dok je termin koristiti se objektom povezan s djetetovim percipiranjem majke kao neovisne, samoregulirajuće osobe koja ima vlastitu subjektivnost. Prijelaz se događa, kroz ono što Ogden naziva paradoks kreativne destrukcije majke (Ogden, 1994). Taj paradoksalni proces u kojem je drugi u mašti uništen omogućava prepoznavanje drugoga kao subjekta. Winnicott (1971b) kaže kako objekt mora biti uništen

unutar nas, kako bismo znali da je preživio izvan nas i tako prepoznajemo da subjekt nije pod našom mentalnom kontrolom. Stoga, majka zaslužuje svoju subjektivnost zato što preživljava djetetovu destrukciju bez osvete i povlačenja. Da bi se zadobila intersubjektivnost to uvijek povlači za sobom agresiju i neizbježan sudar volja. Ako majka na to reagira bez osvete i povlačenja, taj prelazak od povezanosti s objektom na koristiti se objektom potvrđuje djetetovu izdržljivost. Rezultat toga je prepoznavanje i prihvaćanje tuđe neovisnosti i u tom procesu dijete obnavlja osjećaj povezanosti s drugim i u tom nalazi izraz ljubavi. Kad majka ne uspije preživjeti djetetovu negaciju nje same, dijete ostaje ostavljeno s neprerađenim, neprobavljivim bijesom koji se ne može kasnije slomiti ili metabolizirati i stoga kompromitira pokušaje regulacije afekta. Potencijalni prostor intersubjektivnosti ruši se unutra, poništavajući međuprostor gdje djetetovo uzbuđenje i agresija mogu biti prepoznati i uzajamno prerađeni. Kao rezultat, agresija je internalizirana ili eksternalizirana kao sadizam (Benjamin, 1995). Osoba ostaje narcistički ograničena, slomljenih simboličkih kapaciteta te za njega/nju afekti i djelovanje postaju stvari.

DESTRUKCIJA I PREŽIVLJAVANJE U KLINIČKOM ODNOSU

Winnicott je prvi pisao o kliničkim manifestacijama destrukcije gdje je dao povlasticu liječnikovoj subjektivnosti. Primjećujući da majke redovito mrze svoju djecu u određenim trenucima, vjerovao je da je liječnikovo priznanje i prihvaćanje njihove mržnje prema određenim bolesnicima, posebice veoma uznemirenim bolesnicima koji testiraju liječnikovu izdržljivost kroz neprijateljstvo, destrukciju ili druge oblike ispada, nužno za uspjeh terapije. Izjavio je da je u nekim situacijama liječnikova mržnja tražena od strane bolesnika i ono što je tada potrebno je mržnja koja je objektivna. „Ako bolesnik traži objektivnu i opravdanu mržnju, on je mora moći dostići, inače ne može osjetiti objektivnu ljubav“ (Winnicott, 1947).

Kada destrukcija ne naiđe na preživljenje ili kad druga subjektivnost nije otkrivena afektivnim odgovorom, rezultat je obrambena internalizacija neprerađenog afekta. Ostavljeni neriješeni, osjećaji su premješteni u dramu unutarnjih objekata, mijenjajući se iz područja intersubjektivnosti u područje intrapsihičkog (Benjamin, 1995). Jedan od načina kako liječnici pomažu bolesnicima da integriraju agresiju izazvanu transferom su interpretacija i konfrontacija. Uspješan liječnik posuđuje svoju subjektivnost, ali ju ne gubi. On poštuje bolesnikov raspon afekata tako što ih prepoznaje, a time prepoznaje i cijelu osobu koja ih generira. U takvim međuodnosima mogu se susresti liječnikove i bolesnikove subjektivnosti u potencijalnom prostoru i poboljšati kapacitet za intersubjektivnost kod oboje.

ANALITIČKI TREĆI

Ogden (2004) se nastavlja na Winnicottovu izjavu i kaže da u analitičkom kontekstu „ne postoji analizand osim u odnosu s analitičarom, i ne postoji analitičar osim u odnosu s analizandom“. On smatra da bi dijalektičko kretanje individualne subjektivnosti (analitičara i analizanda kao odvojene individue, svaka sa svojim nesvjesnim životom) i intersubjektivnosti (zajednički kreiran nesvjesni život analitičkog para – analitički treći) trebao biti središnji fenomen psihoanalize. Ova treća subjektivnost, intersubjektivni analitički treći, produkt je jedinstvene dijalektičke napetosti stvorene između odvojenih subjektivnosti analitičara i analiziranog unutar analitičkog okvira. Analitičko iskustvo događa se na sjecištu prošlosti i sadašnjosti, i uključuje prošlost koja se iznova kreira pomoću iskustva stvorenog između analitičara i analiziranog (unutar analitičkog trećeg). Zadatak analitičara uključuje pokušaj opisivanja specifičnog iskustva nesvjesnog međusobnog djelovanja individualnih subjektivnosti i intersubjektivnosti. Nijedna misao, osjećaj ili senzacija ne može se smatrati istom kao što je bila ili kao što će biti izvan konteksta ove specifične (i konstantno

promjenjive) nesvjesne intersubjektivnosti kreirane od strane analitičara i analiziranog. Analitičarova sanjarenja, misli koje mu dolaze o privatnim poslovima koje treba obaviti, primjećivanje nekih detalja u okolini koje dosad nije primjećivao, nisu samo odraz nepažnje, narcističkog samouključivanja, neriješenih emocionalnih konflikata i slično. Ove psihološke aktivnosti predstavljaju simbolično i osjetilno značenje koje se daje neartikuliranom iskustvu analiziranog zauzimajući značenje u nesvjesnoj intersubjektivnosti analitičkog para. Za ovakvu analizu, potrebna je visoka razina samosvijesti analitičara. Analitičar treba biti svjestan svojih misli, osjećaja i unutarnjih privatnih razgovora, i prepoznati da se ovakvi aspekti osobnog mijenjaju u doživljaju s analitičkim trećim. Ti osobni doživljaji nisu nešto što se treba odbacivati ili ignorirati, već se trebaju uključiti u analizu. Doživljaj analitičkog trećeg nije identičan za oba sudionika iako je zajednički kreiran jer ovisi o njihovom osobnom sistemu, osobnoj povijesti i ulozi koju imaju u tom odnosu. U analitičkom paru, bolesnikovo nesvjesno iskustvo je povlašteno te su bolesnikova prošla i sadašnja iskustva glavni predmet rasprave. Analitičarov doživljaj analitičkog trećeg primarno je upotrebljen kao sredstvo shvaćanja svjesnog i nesvjesnog iskustva bolesnika.

PROJEKTIVNA IDENTIFIKACIJA

Projektivna identifikacija uključuje stvaranje nesvjesne priče (simbolizirane verbalno i neverbalno) koja obuhvaća zamišljenu evakuaciju dijela sebe u drugu osobu. Ova zamišljena evakuacija služi da osoba zaštiti samog sebe od opasnosti koju predstavlja jedan njezin aspekt ili čuva dio sebe polaganjem tog dijela u drugu osobu koja je doživljena kao samo djelomično različita od sebe (Ogden 1979). U tom nesvjesnom međuodnosu subjektivnosti događa se ovo: „Ti [primatelj projektivne identifikacije] si ja [onaj koji projicira] u onoj mjeri u kojoj te trebam iskoristiti kako bih iskusio kroz tebe ono što ne mogu iskusiti samostalno. Ti nisi ja u

onoj mjeri u kojoj se trebam odreći dijela sebe i u mašti sakriti sebe [prerušenog kao ne ja] u tebi“ (Ogden, 2004). Primatelj projektivne identifikacije postaje sudionikom u negaciji sebe kao zasebnog subjekta, stvarajući tako „psihološki prostor“ u sebi koji će u nesvjesnom maštanju biti okupiran od strane „projektora“. Projektor u procesu projektivne identifikacije nesvjesno negira sebe kao zasebnog „ja“ i na taj način postaje nesvjesno biće izvan sebe (prebivajući u primatelju) koje je istovremeno „ja“ i „ne ja“. Rezultat ovog uzajamnog negacijskog procesa je kreiranje trećeg subjekta, subjekta projektivne identifikacije. Oba pojedinca na različit način ulaze u projektivnu identifikaciju, doživljavajući oba aspekta (negirati i biti negiran) u ovom intersubjektivnom događaju. U analitičkom okviru, projektivna identifikacija uključuje parcijalni kolaps dijalektičkog kretanja subjektivnosti i intersubjektivnosti, koji rezultira pokoravanjem (individualnih subjektivnosti analitičara i analiziranog) analitičkom trećem. Ako je analitički proces uspješan, on će uključivati prisvajanje individualnih subjektivnosti analitičara i analiziranog, koje su promijenjene kroz iskustvo novo kreiranog analitičkog trećeg. Ovo se postiže kroz međusobno prepoznavanje koje je često posredovano analitičarevom interpretacijom transfera-kontratrasfera i bolesnikovim ispravnim psihološkim korištenjem analitičareve interpretacije.

TERAPIJSKI SAVEZ

Meissner kaže da terapijski savez uključuje sve one faktore i dimenzije analitičkog odnosa koji sačinjavaju terapijski pakt i određuju kontekst unutar kojeg uspješna terapijska intervencija, interakcija i interpretativna komunikacija mogu zauzeti mjesto (Meissner, 2006). Transfer i kontratransfer pružaju činjenice ili značenje na kojem analitički proces radi, zajedno s aspektima stvarnih odnosa (Meissner, 1996). Analiza neće postići svoj ljekovit učinak kroz transfer ili kontratransfer, već tako što ih istražuje, otkriva, radi na njima i

uspješno ih prilagođava u realističnije i prilagodljivije smjerove. To iziskuje od analitičara sposobnost da može iskusiti, pratiti i pristupiti interakcijama transfera-kontratransfera s nekog drugačijeg i povoljnijeg gledišta mimo samog transfera-kontratransfera. Svijest o kontratransfernom odgovoru može olakšati terapijski proces tako da upozori psihoterapeuta na njegove ili njezine reakcije i njihovo značenje, ali terapijski učinak proizlazi iz toga kako će analitičar odgovoriti i nositi se s njegovim ili njezinim subjektivnim odgovorom u korist terapijskog procesa.

Meissner kaže kako terapijski savez uključuje nekoliko sastavnih dijelova bitnih za uspostavljanje i održavanje uspješnog terapijskog procesa (Meissner, 2006). To su: terapijski okvir rada, autoritet, odgovornost, empatija, povjerenje, autonomija, inicijativa, sloboda, neutralnost i suzdržavanje te određena etička razmatranja. Terapijski okvir rada odnosi se na upravljanje vremenom i učestalošću, mjestom, plaćanjem, uspostavom i održavanjem granica, i svih ostalih dogovora za sastanke i zajednički rad. Autoritet se odnosi na utjecaj analitičara kao onog koji olakšava analitički proces i na pacijenta kao aktivnog i suradljivog sudionika u tom procesu. Odgovornost je jako bitan element saveza – kako odgovornost analitičara, tako i odgovornost bolesnika. Tek onda kada oboje ispunjavaju svoje uloge u tom odnosu i kada preuzimaju primjerenu odgovornost za njihovo sudjelovanje i njihove posljedice, terapija ide dobro. Empatija je nešto bez čega ne može ići analitički rad. To je dvosmjerna ulica, i za održavanje terapijskog saveza potrebno je obostrano empatično usklađivanje. Povjerenje je središnji dio terapijskog saveza. Ako bolesnik lako dolazi do povjerenja i ima povjerenje kao dijete, treba pripaziti na to i balansirati, jer su takvi bolesnici skloni izbjegavati određene ključne odgovornosti koje su dio bolesnikovog funkcioniranja u analitičkom kontekstu. Dok se kod onih bolesnika koji teško dolaze do povjerenja treba potruditi i saznati koji su izvori njihovog nepovjerenja kako bi se to riješilo i uspostavilo povjerenje i sigurnost koji olakšavaju analitički rad. Autonomija je ujedno i cilj analitičkog procesa i uvjet za njegovu

učinkovitost. Sloboda je povezana s autonomijom i kao takva bitna je za sudjelovanje bolesnika u analitičkom procesu te je ujedno i ključan dio za terapijski savez. Ako obojica (i analitičar i bolesnik) ne uđu slobodno u analitički proces i ne sudjeluju voljno u njemu, malene su šanse da se ostvari zdrav terapijski savez koji će biti značajan. Meissner neutralnost definira kao mentalnu perspektivu iz koje analitičar neprekidno procjenjuje terapijske intervencije sa što je moguće više objektivnosti i odlučuje koja će intervencija ili odgovor biti razborit i prikladan za olakšavanje terapijskog rada i za bolesnikov napredak. Suzdržavanje ima više bihevioralnu konotaciju i odnosi se na izbjegavanje onakvih odnosa s bolesnikom koji bi iz perspektive neutralnosti pokazali štetan psihološki učinak koji je suprotan terapijskom (Meissner, 2006).

Analiza mora biti vođena potpunom iskrenošću i manjkom bilo kakvog prikrivanja ili prevare s obje strane (kako bolesnika tako i analitičara) te se mora sačuvati čvrsto i dosljedno povjerenje u terapijskom savezu (Meissner, 1996b). Temeljeno povjerenje u analitičara koje čini terapijski savez mogućim zahtjeva od analitičara da ne zamijeni transfer s trenutnim odnosom, što podrazumijeva da se prema bolesniku odnosi kao prema odraslom sugovorniku, a ne kao prema djetetu (Andrade, 2005). Analitičar treba pristupiti bolesniku na način da će kasnije osjećati da je moguće biti odrasla, zrela osoba, koja ima važne odgovornosti, a da u isto vrijeme može imati reakcije i osjećaje koje su poput onih u maloga djeteta. To pokazuje da je uvjerenje analitičara da prisutnost djetinjih aspekata u svakome od nas ne spriječava one odrasle aspekte (Quindoz, 2003). Jedan od ciljeva analitičkog procesa je omogućiti bolesniku da dođe do određenog stupnja gdje će moći sam sebe promatrati, analizirati i ispravljati. Tako bolesnik postaje aktivni suradnik u analitičkom procesu. Meissner (2006) objašnjava kako postoje različiti načini poznavanja bolesnika i terapeuta i različiti načini njihove interakcije unutar same analize. Bolesnik vidi analitičara kao objekt transfera, vidi ga u pogledu više usredotočenom na savez i vidi analitičara kao stvarnu osobu. Analitičar treba poznavati

bolesnika i trebao bi moći osjetiti kada bolesnik reagira iz svojih fantazija, pobuda i obrana i tada ne smije reagirati kao što bi netko iz bolesnikove prošlosti reagirao na te pobuđene osjećaje, nego treba pomoći bolesniku da to razumije. Hanly (2004) podržava ovaj pristup, zagovarajući pogled na analizu kao proces između tri osobe. Ističe da analitičar mora biti u stanju promatrati dijadički odnos u analizi iz treće pozicije, pozicije promatrača koji je dovoljno bezličan i nepristan kako ne bi bio uhvaćen u dijadički odnos.

Meissner (2006) se u svom radu osvrće na pojam analitičkog trećeg i objašnjenje tog pojma od strane mnogih analitičara kao zamišljene treće osobe ili trećeg subjekta. On ne shvaća potrebu za zamišljenim trećim i smatra da njegov koncept terapijskog saveza pokriva isto iskustveno područje bez potrebe za kreiranjem zamišljenog trećeg. Analitičar i bolesnik su dva realna subjekta između kojih je odnos. Taj odnos nije zasebna stvar s vlastitim postojanjem, već je slučajno svojstvo dva subjekta sa stvarnim postojanjem koji su se obvezali jedno drugome u posebnim uvjetima. Stoga ne može postojati subjektivnost osim one subjektivnosti koja uključuje osobe (kao što je npr. subjektivnost analitičara i bolesnika). Treći kojeg on predstavlja nije nešto što postoji izvan analitičara, već je to odraz mentalnog stava ili pozicije koju analitičar zauzima u odnosu s analizandom i analitičkim činjenicama. On vidi treću poziciju kao sposobnost analitičara da održi osobnu autonomiju unutar interaktivnog područja analitičkog procesa i zapravo bi to bio sinonim za analitičarevu sposobnost uspostavljanja i održavanja autentičnog neutralnog stava. On vidi definiranje analitičkog trećeg kao pokušaj da se nađe odgovarajuća osnova za uspostavljanje pozicije ili stava unutar analitičkog odnosa za one oblike analitičke intervencije koje su potrebne za uspješnu analitičku i terapijsku promjenu, a ne mogu biti obuhvaćene transferom i kontratransferom. Kaže da je analitički treći jedan od pokušaja da se obuhvate i formuliraju one dimenzije analitičkog procesa i odnosa koji su karakteristični za terapijski savez i imaju istu analitičku ulogu.

MENTALIZACIJA

Jedan od načina na koji se može shvatiti funkcija poznavanja analitičara i bolesnika unutar terapijskog saveza kojeg objašnjava Meissner odnosi se na razvoj kapaciteta za mentalizaciju.

Mentalizacija je proces s pomoću kojeg osoba na temelju mentalnih stanja kao što su osjećaji, želje, potrebe, razlozi i vjerovanja, interpretira svjesno (eksplicitno) ili nesvjesno (implicitno) svoje i tuđe postupke i ponašanja dajući im smisao (Bateman i Fonagy, 2004). Mentalizacija znači da osoba može na ispravan način vidjeti sebe izvana i druge iznutra. Uloga mentalizacije bitna je u terapijskom savezu i uloga terapijskog saveza bitna je u unaprijeđenju bolesnikovog kapaciteta za mentalizaciju (Bleiberg, 2003). Bateman i Fonagy (2003) objašnjavaju: „Da bi se bolesniku pomoglo da razvije kapacitet za mentalizaciju, potrebno je da sam terapeut održava mentalizirajući stav. To je sposobnost neprekidnog propitkivanja koja unutarnja mentalna stanja bolesnika i terapeuta mogu objasniti ono što se trenutno događa. Zašto je bolesnik upravo rekao ovo? Zašto se bolesnik ovako ponaša? Zašto se osjećam ovako kako se osjećam trenutno? Što se dogodilo nedavno u terapiji ili našem odnosu što bi moglo opravdati trenutno stanje? To su tipična pitanja koja teraput postavlja sebi unutar mentalizirajućeg terapijskog stava.“

Mentalizacija dovodi u igru i kapacitet za empatiju – u ovom slučaju empatiju analitičara za afektivno i kognitivno iskustvo bolesnika, ali isto tako i empatiju bolesnika za ulogu analitičara ili psihoteraputa kao onoga koji sluša, pokušava shvatiti, onoga koji podupire i onoga koji održava analitički okvir i proces u korist bolesnika. Bez mentalizacije sudionika s obje strane nije moguće uspostaviti uspješan terapijski savez (Meissner, 2006).

Uloga djetinjstva u razvoju mentalizacije

Za zdravo djetinjstvo i uspješan razvoj mentalizacije bitna je psihička zrelost roditelja (staratelja) jer dijete proces mentalizacije uči i razvija kroz identifikacijske procese u obitelji (sredini) u kojoj odrasta. Isto tako će se naučiti mentalizirati ako ono bude ispravno mentalizirano od svoje okoline. Djeca koja žive u emocionalno stabilnim obiteljima gdje roditelji pokazuju empatiju prema drugima, time pružaju svojoj djeci koja se razvijaju dobar model za učenje. Dok je kod one djece koja žive u emocionalno nestabilnim i nepodržavajućim obiteljima proces učenja mentalizacije prilično oštećen, što se kasnije u životu može manifestirati suicidalnim ponašanjem (Rudan, Marčinko i sur., 2014). Mentalizacija je prirodna i dijelom prirođena, a dijelom ovisi o vanjskim okolnostima koje mogu poticati ili ograničavati njezin razvoj. Svi mogu razviti određeni kapacitet za mentalizaciju, a ako nije razvijen u mladosti može se razviti i u odraslo doba. Kada osoba postane svjesna svojih pravih osjećaja i osjećaja drugih osoba oko sebe, to je jedan od pokazatelja uspješne mentalizacije. Mentalizacija je najćešće nesvjestan ili predsvjestan proces i događa se automatski u svakoj interakciji u kojoj se osoba nađe. Ako osoba ima dobro razvijenu mentalizaciju, to joj pomaže da se nosi s teškim emotivnim stanjima (svojim i tuđim), dok loše razvijena mentalizacija onemogućuje sagledavanje situacije iz različitih perspektiva, mišljenje je konkretno, bez dovoljno razvijenog apstraktnog mišljenja, osobe su sklone impulzivnim reakcijama i slaboj regulaciji vlastitih afekata. Ako loše mentaliziranje potraje duže vrijeme, to može dovesti do razvoja raznih psihičkih poremećaja, posebice poremećaja ličnosti.

Nezreli oblici mentalizacije ili prementalizacijski modeli su: psihička ekvivalencija, model pretvaranja i teleološki model. Kod psihičke ekvivalencije ne postoji razlika vanjskog svijeta i unutrašnjih osjećaja i doživljaja. Sve što postoji u umu, postoji i u realitetu i obratno. Kod ovakvih osoba postoji rigidno mišljenje, smatraju da su uvijek u pravu, da znaju što drugi

misle te postoje ideje veličine. Te karakteristike postoje kod narcističnog poremećaja ličnosti. Za razliku od psihičke ekvivalencije gdje ne postoji razlika između vanjskog i unutrašnjeg realiteta, kod modela pretvaranja ne postoji povezanost između ta dva realiteta. Kod teleološkog modela osobe pokušavaju regulirati svoje osjećaje i mišljenje preko tijela, kroz neku konkretnu vanjsku promjenu kao što je npr samoozljeđivanje, jer se kroz taj čin dobiva trenutačno rasterećenje unutarnjih osjećaja. Osoba će prihvatiti postojanje mentalnih stanja tek onda kada će biti doživljeno kroz konkretan i fizički očit način. Ideje i riječi nemaju veliko značenje, a komunikacija unutarnjih mentalnih stanja odvija se kroz radnje. To je karakteristično za granični poremećaj ličnosti, iako se kod bolesnika s tim poremećajem mogu pokazivati karakteristike svih triju tipova prementalizacijskih modela (Marčinko i sur., 2015).

Model psihičke ekvivalencije i model pretvaranja dio su normalne razvojne faze koju dijete mora proći. Da bi se dijete adekvatno razvilo i povezalo ova dva modela, te u konačnici povezalo unutarnji i vanjski svijet na pravilan način, potreban je empatijski odgovor roditelja (skrbnika). Roditelji koji djeci ne pružaju dobar reflektirajući odgovor, koji ne pružaju prihvaćajuću poruku djetetovih afekata, onemogućuju djetetu da održi mentalnu sliku sebe i stoga slabo reprezentiraju svoja unutarnja iskustva. Posljedice toga mogu biti teškoće u razlikovanju realnosti i fantazije te psihičkih i fizičkih realnosti. Stoga osoba na afekte ne reagira kroz komunikaciju nego manipulativno (agresija usmjerena prema sebi ili drugim osobama). Kod autoagresivnog ponašanja, osoba zbog oštećene mentalizacije i nemogućnosti izražavanja unutarnjih osjećaja svoje osjećaje eksternalizira i izražava ih preko samoozljeđivanja (Rudan, Marčinko i sur., 2014).

Privrženost (engl. Attachment) i mentalizacija

Modeli ljudskog ponašanja koji se aktiviraju u stresnim situacijama, situacijama opasnosti i separacije mogu se objasniti kroz teoriju privrženosti (Bowlby, 1969). Dijete internalizira interaktivna iskustva koja doživi u odnosu s roditeljem ili skrbnikom u nešto što se naziva unutrašnji radni model privrženosti. Ako je dijete primilo od roditelja mnogo empatije, brige i ljubavi, razvija se sigurni model privrženosti gdje će dijete u stresnim situacijama imati odgovarajući i primjeren emocionalni odgovor. Sigurnost i zaštita koju roditelji daju svojoj djeci omogućuju dobar razvoj tog unutrašnjeg modela koji će im dati osjećaj sigurnosti i u situacijama kada je roditelj fizički odsutan. Ona djeca čiji roditelji ne pružaju odgovarajući odgovor na djetetove potrebe razvijaju nesigurni tip privrženosti, ambivalentni, izbjegavajući ili dezorganizirani tip, što se često može vidjeti kod zanemarivane i zlostavljane djece. Djeca koja rastu u tako nepovoljnim uvjetima gdje se razvija neodgovarajući model privrežnosti, sklona su razviti agresivno ponašanje u kasnijim godinama. To agresivno ponašanje nastaje zbog toga što ne razumiju interpersonalne odnose, ne mogu odgovoriti na zahtjeve okoline i rigidni su u ponašanju. Dobar rani odnos između djeteta i roditelja (skrbnika) temelj je za razvoj intersubjektivnosti i empatije (Rudan, Marčinko i sur., 2014).

Primjena mentalizacije

Postoji više psihoterapijskih tehnika koje pokušavaju poboljšati mentalizaciju kod pacijenta. Neke od njih su metakognitivna interpersonalna terapija (MIT) i mentalizacijska psihoterapija (MBT). Kod obje tehnike naglasak je na terapijskom savezu s pomoću kojeg se postupno dolazi do promjena koje dovode do poboljšanja mentalizacije kod bolesnika. Kod psihoterapija koje su bazirane na mentalizaciji ponekad se zauzima stav neznanja. Tim stavom terapeut pokazuje bolesniku da ne može biti siguran da zna što se događa u bolesnikovom

umu. Terapeut ne razumije sve odmah i ne tumači bolesniku već pokazuje interes za njegovo emocionalno stanje. Terapeut ne smije biti preaktivan i tako preuzeti ulogu razmišljanja i osjećanja koji pripadaju bolesniku kako ne bi potaknuo model pretvaranja (odvojenost vanjskog i unutrašnjeg realiteta). Osobe koje imaju slabo razvijenu mentalizaciju ne mogu dobro prepoznati i regulirati svoje afekte te su stoga te osobe često impulzivne (nasilne). Ne mogu prepoznati ni osjećaje drugih te nemaju razvijenu sposobnost rješavanja interpersonalnih problema. Isto tako su rigidni i nefleksibilni u pogledu očekivanja drugih.

Postoje tri načina na koji terapeut može poboljšati mentalizaciju u terapijama koje su bazirane na mentalizaciji. To su: poticanje implicitne (nesvjesne, intuitivne, nerefleksivne) mentalizacije koja se zapravo vježba kroz sve socijalne interakcije; poticanje eksplicitne (svjesne, refleksivne) mentalizacije potičući self-monitoring, fleksibilno rješavanje problema i prilagođavanje na nove situacije te poboljšavanje afektivne mentalizacije i regulacije. Vrlo je bitna refleksivna funkcija terapeuta koja omogućuje razvijanje samorefleksije u bolesnika. Nije dovoljno analizirati samo ono što bolesnik kaže već i afekt koji se pritom javlja. Kontratransfer je isto tako dobar izvor informacija koji omogućuje terapeutu bolje razumijevanje njihovog odnosa. Da bi interpretacija bila moguća miče se pogled s odnosa transfera-kontratransfera gdje su uključene dvije osobe i uvodi se triangulacija u taj odnos kroz razvoj „treće pozicije“ (Rudan, Marčinko i sur., 2014).

Osobe s poremećajima ličnosti imaju izrazito lošu mentalizaciju i razvijene prementalizacijske modele pa se kroz psihoterapiju radi na poboljšanju mentalizacije, na stvaranju cjelovitije slike sebe i drugih ljudi. Kod psihičke ekvivalencije, terapeut i bolesnik zajedno gledaju neki problem ili odnos koji bolesnik ima iz više perspektiva i radi se na širenju granica svjesnosti. Kod modela pretvaranja, terapeut i bolesnik pokušavaju zajedno sagledati njegova unutarnja stanja. Budući da promjene dolaze iz vanjskog svijeta, a bolesnik koji ima razvijen ovaj prementalizacijski model nema adekvatnu povezanost s unutarnjim

svijetom, bolesnik teško prihvaća što terapeut kaže. U psihoterapiji poremećaja ličnosti često se koristi načelo prisutnosti terapeuta. Bolesnici (posebice oni s narcističnim poremećajem ličnosti) često nisu spremni prihvatiti interpretaciju terapeuta pa se to odgađa dok bolesnik ne bude spreman prihvatiti interpretaciju na primjeren način. Uspješnost terapije ovisi o bolesnikovoj sposobnosti za uspostavljanje terapijskog saveza i kapacitetu za mentalizaciju i introspekciju, isto tako terapija ovisi i o osobinama samog terapeuta (Marčinko i sur., 2015).

Tablica 1. prikazuje procjenu prognostičkih čimbenika u liječenju oboljelih od poremećaja ličnosti, navedeni su čimbenici bolesnika i terapeuta koji utječu na ishod terapije.

Tablica 1. Procjena prognostičkih čimbenika u liječenju oboljelih od poremećaja ličnosti, preuzeto iz Marčinko, D. i sur., Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi, 32. str, Medicinska naklada

Čimbenici bolesnika	**Objašnjenje**
Motivacija za liječenje	Procijeniti radi li se o genuinoj motivaciji ili o sekundarnoj motivaciji (pritisci iz okoline ili forenzički razlozi)
Kapacitet za samoopservaciju, samorefleksiju i simboličko mišljenje	Na svjesnoj razini introspekcija, na nesvjesnoj razini mentalizacija – uz kliničku procjenu terapeuta postoje i instrumenti za mjerenje ovih parametara
Objektni odnosi i dominantni mehanizmi obrane	Disocijacija se smatra obranom koja otežava prognozu (u podlozi često trauma)
Privrženost	Procjena dominantnog modela privrženosti, naglašeno dezorganizirani model nosi lošiju prognozu
Inteligencija	Inteligencija ispod prosjeka većinom je problem za psihoterapiju; u dijelu slučajeva problem može biti i inteligencija daleko iznad prosjeka
Karakter i temperament	Procjena 7 faktora putem TCI (Cloningerov upitnik)
Godine života	Prognostički je bolje započeti tretman u ranijoj dobi (adolescencija)
Skupine simptoma koji reagiraju na farmakoterapiju	Izolirane skupine simptoma kao što su impulzivnost, naglašeni ili kratkotrajni depresivni simptomi, kratkotrajna psihotična epizoda, dobro reagiraju na farmakoterapiju

Simptomi drugog psihijatrijskog poremećaja	Ovisnosti i poremećaji hranjenja smatraju se nepovoljnim prognostičkim komorbiditetom
Suicidalnost	Suicidalnost je često procesno stanje poput poremećaja ličnosti – ozbiljni suicidalni pokušaji su negativan prognostički faktor
Socio-ekonomski faktori i posao	Loša socio-ekonomska situacija i nezaposlenost smatraju se prognostički nepovoljnim
Stupanj obrazovanja	Niži stupanj obrazovanja smatra se prognostički nepovoljnim
Podrška iz okoline i gratifikacija od izoliranih aktivnosti	Podrška iz okoline i gratifikacija od izoliranih aktivnosti mogu povoljno utjecati na porast kreativnih potencijala ličnosti
Sram	Naglašen sram može značajno kompromitirati proces liječenja, posebno u početku terapije
Patološki narcizam i antisocijalne crte	Visoko izraženi patološki narcizam (osobito vulnerabilni oblik) i antisocijalne crte smatraju se prognostički izrazito nepovoljnim faktorima
Stigma prema liječenju	Stigma prema psihijatrijskom liječenju može biti važan ometajući faktor na kojem treba raditi, a s ciljem pravovremenog i ispravnog informiranja o pogodnostima uključivanja u terapiju
Aloplastična vs optimalna adaptacija na psihoterapiju	U aloplastičnoj adaptaciji bolesnik ne doživljava terapeuta kao nekog tko mu želi pomoći da otkrije realnu sliku sebe, skloni su manipulaciji s terapeutom i traže isključivo podršku za promjene u vanjskom svijetu
Somatski status	Organska oštećenja mozga smatraju se prognostički nepovoljnim faktorom
Čimbenici terapeuta	**Objašnjenje**
Edukacija i iskustvo	Optimalno bi bilo da je terapeut kompletirao iskustveni, supervizijski i teorijski dio edukacije iz barem jedne psihoterapije
Motivacija, okruženje i gratifikacija	Motivacija je često povezana i sa stupnjem gratifikacije kod terapeuta; bitni su i faktori atmosfere u radnom okruženju, mogućnost rada u privatnoj praksi, stručno i znanstveno usavršavanje
Crte ličnosti, kognitivni stil, fleksibilnost i otvorenost prema novim spoznajama u struci	Faktori ličnosti terapeuta su bitni za prognozu liječenja oboljelih od poremećaja ličnosti

VERBALNA I NEVERBALNA KOMUNIKACIJA

Kroz godine se prepoznalo kako je neverbalna komunikacija jako bitan čimbenik u psihoanalizi i ponekad usredotočenost na neverbalnu komunikaciju može biti primaran faktor za uspješnu terapijsku promjenu. Psihoanalitička ili razvojna promjena može se pokrenuti kroz promjene u afektivnom iskustvu, kognitivnom razumijevanju ili interaktivnom susretu gdje nije nužno da se stavlja naglasak na interpretaciju (Lyons-Ruth, 1999).

Deklarativna ili eksplicitna memorija sadrži informacije kojih se možemo svjesno prisjetiti i prepričati ih, dok proceduralna ili implicitna memorija sadrži one informacije koje su potrebne za savladavanje vještina kao što je vožnja bicikla, što se odvija automatski i ona koristi prijašnja iskustva da zapamti stvari bez da razmišlja o njima. Ovakav način procesuiranja informacija zauzima mjesto i u interpersonalnim odnosima. Takav pogled podupiru i studije u kojima je pokazano da u interakcijama između majke i djeteta oni razvijaju očekivanja kako će se onaj drugi ponašati (Stern i sur., 1998). Takva očekivanja razvijaju se iz kompleksnih, dvosmjernih procesa u kojima svaka osoba istovremeno utječe na onu drugu. Informacije su izražene i primljene kroz osjetila, kroz visinu, ritam i boju glasa, kroz facijalnu ekspresiju i gestikulacije. Ove neverbalne, subsimbolične karakteristike komunikacije drže interakciju zajedno i daju joj oblik (Bucci, 1997). Kroz vrijeme pojavljuju se obrasci očekivanja koji omogućuju svakoj osobi u paru da zna, bez da razmišlja o tome, što može očekivati od onog drugog i kako biti s nekim.

Mnogi autori bavili su se temom neverbalne komunikacije u psihoanalizi te došli do pitanja treba li se verbalizirati ono što se dogodilo u neverbalnom području da se postigne terapijska promjena ili ne treba. Lyons-Ruth kaže da su informacije procesuirane u neverbalnom području drugačije strukturirane (nesimbolizirane) od informacija koje su kodirane u verbalnom području (simbolizirane) i stoga se prikazuju drugačije. Smatra da iskustvo iz

neverbalnog područja ne mora biti verbalizirano da bi izazvalo promjene (Lyons-Ruth, 1999). Stern i njegovi kolege imaju isto mišljenje i kažu da je „moment susreta“ ključan dio za postizanje terapijske promjene te da se on ne događa u simboličkom području, već kroz nesimboličke informacije koje su u proceduralnom području (Stern i sur., 1998). Fosshage kaže da je potrebna šira perspektiva kako bi se objasnila raznolikost neverbalnih kliničkih pojava na koje nailazimo. Smatra da su neke informacije u neverbalnom području kodirane i procesuirane subsimbolički, dok su slike i snovi primjer neverbalnog, simboličkog procesuiranja koje je reflektivno i olakšava proces promjene (Fosshage, 2005). Bucci je u svojoj teoriji o procesuiranju informacija opisala tri načina za procesuiranje emocionalnih informacija. To su: neverbalni sustav u kojem informacija može biti kodirana simbolički kroz slike ili subsimbolički i verbalni sustav u kojem je informacija kodirana simbolički. Ovi sustavi povezani su referencijalnim procesom u kojem slike služe kao ključne točke za povezivanje različitih načina procesuiranja (Bucci, 2001). Referencijalni proces povezuje raznovrsne sustave omogućujući neverbalnim subsimboličkim procesima da se međusobno povežu, koji se onda mogu povezati s neverbalnim, simboličkim procesima (slikama) i na kraju s jezikom (Fosshage, 2005). Bayels misli da je moguće da odigravanje bude procesuirano u proceduralnom području bez potrebe za verbalizacijom. Kaže da se afekti i kako biti s nekom osobom s tim afektima mogu procesuirati i regulirati kroz kompleksan, dvosmjeran proces neverbalne komunikacije, koji kreira povoljnije implicitno relacijsko znanje, omogućavajući bolesniku da funkcionira na više prilagodljivih načina u međuljudskim odnosima. Posljedica takvih promjena u području implicitnog znanja je paralelna promjena u bolesnikovom selfu i self koji se prezentira drugačije (Bayles, 2007).

ZAKLJUČAK

Intersubjektivnost je novi psihoanalitički pravac čije središte nije bolesnik sam, već odnos bolesnika i analitičara. Čovjek je od samog rođenja u bliskom odnosu s drugima, najčešće majkom. O tom ranom odnosu s majkom ovisi kako će se dijete razviti. Hoće li dijete razviti dobar kapacitet za mentalizaciju, kakve će modele ponašanja razviti, hoće li razviti neki poremećaj ličnosti, itd. sve to ovisi o emocionalnoj stabilnosti majke (skrbnika), njezinoj sposobnosti reflektiranja, mogućnosti prepoznavanja djetetovih potreba i prikladnom odgovoru na njih.

Bolesnik će u odnosu s analitičarom ponavljati naučena iskustva i modele ponašanja. Analitičar ima veliku ulogu u cijelom terapijskom procesu jer njegov zadatak nije samo interpretirati što bolesnik kaže. Zadatak analitičara je osluškivati što pacijent govori, pratiti njegove reakcije i afekte, osluškivati što on sam osjeća i misli te sagledati iz treće, neutralne pozicije što se odigrava u nesvjesnoj međuigri njihovih subjektivnosti. Vrlo je važno da se stvori zdrav i dobar terapijski savez u kojem će se bolesnik osjećati sigurno. Mnogo toga što se odvija na neverbalnoj razini kao što su gestikulacije, ton i boja glasa, empatija, povjerenje, sloboda itd. su čimbenici koji omogućavaju da se stvori terapijski odnos koji je sam po sebi lječidben. Odnos bolesnika i analitičara pruža bolesniku novo iskustvo kroz koje bolesnik doživljava promjene i stvara novi obrazac ponašanja.

ZAHVALE

Zahvaljujem se svom mentoru, prof. dr. sc. Darku Marčinku na svim savjetima, uputama, materijalima i stručnoj pomoći koju mi je pružio tokom pisanja diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji koja mi je bila velika podrška tokom studija i koji su svojom ljubavlju i požrtvovnošću olakšali moje studiranje.

I na kraju se zahvaljujem mojim divnim prijateljima koji su bili uz mene i učinili studiranje lakšim i ljepšim.

LITERATURA

Andrade, V.M. (2005). Affect and the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis, 86, 677-697.

Applegate, J. S. (1999). Winnicott and the paradoxes of intersubjectivity. Smith College Studies in Social Work; 69, 2; ProQuest Hospital Collection. pg. 203-220.

Bateman A., Fonagy P. (2004). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment. Oxford, UK: Oxford University Press.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. Bulletin of the Menninger Clinic, 67, 187-211.

Bayles, M. (2007). Is Verbal Symbolization A Necessary Requirement of Analytic Change?. Psychoanalytic Dialogues, 17(3): 455-477.

Benjamin, J. (1995). Like subjects, love objects. Essays on recognition and sexual difference. New Haven, CT: Yale University Press.

Bleiberg, E. (2003). Treating professionals in crisis: A framework focused on promoting mentalizing. Bulletin of the Menninger Clinic, 67, 212-226.

Bollas, C. (1987). The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known. London: Free Association Books.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss (Vol. Attachment). New York: Basic Books 1982.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. Psychoanal. Inq., 17:151-172.

Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. Psychoanal. Inq., 21:40-70.

Fosshage, J. (2005). The explicit and the implicit domains in psychoanalytic change. Psychoanal. Inq., 25:516-539.

Hanly, C.M.T. (2004). The third: A brief historical analysis of an idea. Psychoanalytic Quarterly, 73, 267-290.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious. Psychoanal. Inq., 19:576-617.

Marčinko D., Jakovljević M., Rudan V. i sur. (2015). Psihoterapijski pristupi poremećajima ličnosti i mentalizacija kao bitan čimbenik, Marčinko D., Jakovljević M., Rudan V., Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi, Zagreb, Medicinska naklada.

Meissner, W.W., S.J. (1996). The therapeutic alliance. New Haven, CT and London: Yale University Press.

Meissner, W.W., S.J. (2006). Finding and Refinding the Therapeutic Alliance: On Thinking and Thirds. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 34(4):651-678.

Ogden, T. H. (1979). On projective identification. Int. J. Psycho-Anal., 60: 357-373.

Ogden, T. H. (1986). The matrix of the mind: Object relations and the psycoanalytic dialogue. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ogden, T. H. (1994). Subjects of analysis. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ogden, T. H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psycoanalytic Theory and Technique. Psychoanalytic Quarterly, 73:167-195.

Quinodoz, D. (2003). Words that touch. International Journal of Psychoanalysis, 84, 1469-1485.

Rudan V., Marčinko D. i suradnici (2014). Mentalizacija: od nasilja do dijaloga, Rudan V., Marčinko D., Od nasilja do dijaloga, Zagreb, Medicinska naklada.

Stern, D. N., Sandler, W., Nahum, J., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweilerstern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: 'The something more' than interpretation. Internat. J. Psycho-Anal., 79:903-921.

Stolorow, R. D. (1994). The intersubjective context of intrapsychic experience. In R. D. Stolorow. G. E. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), The intersubjective perspective (pp. 3-14). Northvale. NJ: Jason Aronson.

Winnicott, D. W. (1947). Hate in countertransference. Through paediatrics to psyco-analysis (pp. 194-203). New York: Basic Books, 1975.

Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. Through paediatrics to psyco-analysis (pp. 300-305). New York: Basic Books, 1975.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of parent-infant relationship. The maturational processes and the facilitating environment (pp. 140-152). Madison, CT: International Universities Press, 1965.

Winnicott, D. W. (1971a). The place where we live. Playing and reality (pp. 104-110). London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1971b). The use of an object and relating through identifications. Playing and reality (pp. 86-94). London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1988). Human nature, New York: Schocken Books.

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Mateja Lekčević

Datum rođenja: 26.12.1990.

Mjesto rođenja: Zagreb, Republika Hrvatska

OBRAZOVANJE

Osnovna škola Bukovac, Zagreb (1997.-2005.)

XV. Gimnazija, Zagreb (2005.-2009.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (od 2009.)

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje engleskim