Gaetano BENEDETTI

Individualna psihoterapija pacientov s shizofrensko motnjo

Individual psychotherapy for patients with a schizophrenic disorder

(Prevod 6. poglavja knjige Gaetana Benedettija (1995). Psychotherapy of schizophrenia. London: Jason Aronson, str.78 – 87. Prevedel Miran Možina.)

Tankočutno razumevanje življenjske zgodovine človeka, ki je pripeljala do tega, da je dobil diagnozo shizofrenija, ne izključuje nekaterih bioloških vzrokov. Delo Rosenthala in sodelavcev (1968) je opozorilo na obstoj dednega prenosa bolezni (glej končna opomba 1), ki dopolnjuje psihološke in družinske etiološke teorije. M. Bleuler (1954) je že pred mnogimi leti domneval, da gre pri nastanku shizofrenije za prepletanje psiholoških vplivov in bioloških nagnenj (glej končna opomba 2).

Na začetku 20. stoletja je E. Bleuler (1911) domneval, da so številni shizofrenski simptomi posledica osebnostnih psiholoških odzivov na neznani bolezenski proces. To je bil prvi korak k psihodinamskemu mišljenju v moderni psihiatriji. Drugi korak je napravil Jung (1907), ki je v Burghoelzliju nadaljeval to smer razmišljanja v svoji tezi, da je mogoče shizofrenske simptome zdraviti s psihoterapijo. Poudaril je psihogenetski vidik. Od takrat smo odkrili, da zdravljenje psiholoških "sekundarnih" simptomov lahko vpliva tudi na osnovno bolezen, celo na njene "primarne" simptome (Benedetti, 1975).

Tudi tretji korak je napravil v Švici Binswanger (1957), ki je pokazal, da je vsak psihotični simptom tako povezan z vsakim drugim, da oblikujejo svoj lasten shizofrenski "svet", ki ga je mogoče raziskovati samo s psihološkimi metodami. Kot je pokazal M. Bleuler (1972), tvorita razcep (angl. "splitting") in avtizem jedro celotne shizofrenske psihopatologije in sta njena temeljna simptoma. Ker sta osrednja dogodka shizofrenije mnogokratna razcepitev jaza (nemško "Spaltung") in njegov avtistični umik iz sveta, je cilj psihoterapije terapevtska integracija bolnika, do katere naj ne bi prišlo le na družbeni ravni (kot si prizadevata socioterapija in socialna rehabilitacija), temveč tudi globoko v nezavednem. Intrapsihično sintezo znotraj bolnika je možno spodbujati s pomočjo zrcaljenja v odnosu bolnik - terapevt (Benedetti, 1975).

Takšno integracijo poskuša poskuša doseči terapevt s svojo sposobnostjo, da vstopi v svet človeka, ki je dobil diagnozo shizofrenija, uporablja njegove simbole, lastne ustvarjalne fantazije, psihodinamske razlage, ki krepijo bolnikov jaz. Vse to znotraj psihotičnega sveta spodbuja duševno integracijo oz. sintezo (Benedetti, 1975).

Zato je takšna psihoterapija tista točka integracije, kjer se psihoanaliza spaja s psihosintezo in kjer istočasno prihaja do bolnikovega razvoja in terapevtovega samouresničenja. Samo če psihoterapevt sam napravi korak naprej v svoji lastni individualizaciji (individuaciji) s pomočjo srečanj s svojim pacientom, lahko le-ta zgradi svoj novi, zdravi svet v okviru sveta, ki sta ga

zgradila skupaj s terapevtom (Benedetti, 1975).

Psihoterapevtski odnos pri individualnem zdravljenju bolnikov z diagnozo shizofrenije

Individualna psihoterapija bolnika z diagnozo shizofrenija se začne s psihoterapevtovim "vstopom" v aktualno situacijo in v bolnikov svet. "Vstop" je nekaj, kar so vsi psihoterapevti takih bolnikov doživeli in opisali, čeprav z različnimi besedami, kot nekaj osnovnega. Govorijo o soudeležbi (Sullivan, 1962), terapevtski ljubezni (Rosen, 1953), povezanosti (Arieti, 1955), terapevtski simbiozi (Searles, 1964), intencionalnosti (Schultz-Hencke, 1952), identifikaciji (Benedetti 1975a, 1975b, 1978; Benedetti in sod., 1979), itn. Menim, da takšen odnos ni le simboličen, kot je prenos, temveč tudi simbolizirajoč, kot je sama resničnost. Samo na ta način lahko odnos ustvari dvojni svet doživljanja, ki daleč presega klinično dojemanje in ki tudi prispeva k psihoterapevtovi "individuaciji". Vstop v aktualno situacijo in v bolnikov svet doživi psihoterapevt kot darilo, ki ga je dobil od samega bolnika in njegovega lastnega nezavednega, se pa lahko v tem uri in to spodbuja z meditiranjem. Ko enkrat pride do vstopa, se to pokaže na različnih ravneh, ki lahko obstajajo istočasno, ali se pojavljajo posamično. Opisal bom le tri izmed njih:

(1) Pri terapevtu se pojavijo sanje, ki kažejo na njegovo nezavedno skrb za bolnika, kot je tako lepo pokazal Isotti (1978). Pri teh sanjah ni klasične dvojnosti med prikrito in očitno vsebino, ki jo je prikazal Freud (1925), ker vse sanje služijo terapevtski komunikaciji in jih zato lahko uporabimo za spodbujanje te komunikacije. To lahko ponazori sledeči primer terapevtovih sanj:

> *Našel sem se skupaj z neozdravljivim bolnikom z diagnozo shizofrenija v mračni, zapuščeni in otožni sobi. Izgovorjenih je bilo le nekaj besed. Nenadoma se je dvignil zastor; prikazala se je druga raven resničnosti (psihoterapevtska pretvorba pojava razcepitve med prvo in drugo ravnijo simbolizacije). V prividu večnosti se mi je zdel bolnik kot junak, vodja številnih sijočih vitezov, ki so se zakadili v neskončnost. Osupel sem gledal to sliko in se nenadoma zavedel, da se obe ravni, raven psihotične resničnosti in raven transcedentalnega privida, ujemata v C. G. Jungovem smislu besede. Sporočilo teh očitnih sanj je bilo terapevtsko pomembno.*

(2) Nekatera slaba občutja, ki se jih bolnik ne zaveda in ne more ubesediti, dojema terapevt kot svoja lastna. Na ta način doživlja bolnikovo nezavedno znotraj svojega lastnega bitja. Lahko se na primer zgodi, da bolnik prepozna svojo lastno napadalnost šele potem, ko se njegov terapevt, ki tega še ni odkril, čudi nad svojim lastnim napadalnim razpoloženjem, za katerega se mu zdi, da je brez vzroka. V nekem primeru, ki sem ga spremljal kot supervizor, sem naletel na problematični kontratransfer pri terapevtki, ki se ji je njena pacientka zdela gnusna, ne da bi seveda našla kakršenkoli vzrok za to. Menil sem, da utegne biti takšno občutje očiten znak, ki kaže njeno sposobnost, da pride v stik z nekimi "gnus vzbujajočimi" deli bolničinega nezavednega.

Ko je lahko terapevtka s pomočjo moje razlage premagala svoj anksiozni kontratransfer, se je bolnica (neko dekle) zavedla spolnega problema, ki se je zagabil njej (in nič več terapevtki). Potem je sanjala o ostudnem človeku, katerega poteze so postajale vse večje in odbijajoče in ki je uriniral v kozarce ljudi pri mizi. Na tej točki je bilo možno zdraviti bolničino spolno motnjo. Toda ta problem je prišel na dan samo s pomočjo prehodnega terapevtskega "poosebljenja" (nemško "Appersonierung") (glej končna opomba 3), ki ni bilo zavračanje bolničine spolnosti, temveč znak, da se je nezavedno terapevtke in bolnice zlilo, da bi se potem strukturiralo.

Vidimo tudi, da postane psihopatološki pojav pri terapevtski identifikaciji z bolnikom način prevzemanja njegovega bivanja. "Prevzemanje" tukaj pomeni, da bolnikovega nezavednega ne odkrivamo z razlaganjem njegovih besed, kot je to običajno pri psihoanalizi nevroze; namesto tega morata neko nezavedno vsebino prenašati tako terapevt kot pacient, da bi jo šele kasneje lahko ubesedila. Medtem ko je pri klasični psihoanalizi transfer sprememba dejanske resničnosti in mora to terapevt bolniku pokazati, je pri psihotičnem avtizmu medsebojna identifikacija temelj za dvojno resničnost. Včasih se zdi, da je razkrojeno celo shizofrenikovo nezavedno, kot je domneval sam Freud (1925), ko je govoril o izgubi intrapsihičnih predstav v psihotičnem nezavednem. Tega ni možno kar odkriti; najprej se mora poroditi kot struktura v primarnem odnosu dvojke (terapevta in pacienta), ki je temeljnega pomena za razvoj duševnosti.

Brez terapevtskega "sprejemnika" so bolnikovi občutki tako neurejeni, razdrobljeni, razosebljeni in neresnični, da jih ni mogoče preoblikovati v strukturirana doživetja jaza. Ne gre za izrinjene fantazije ali čustva, kot pri nevrozi; temveč razpadejo doživljanja človeka s psihotično motnjo v dele stavkov, do glasov in vsebujejo težko razumljive pomene v psihotikovem svetu.

(3) V terapevtovem jeziku postanejo avtistični shizofrenski simboli dvojni simboli uvida in komunikacije. Še vedno so stari, toda hkrati so napolnjeni z novim življenjem, s terapevtovo in bolnikovo identiteto. Na primer bolnica, ki je čutila, da nanjo vse vpliva, pravi sedaj, med psihoterapijo, da jo terapevtove besede "obračajo"- te so sedaj "stroj, ki vpliva" (Tausk, 1919); sedaj imajo seveda novo vlogo: bolnika ne preganjajo, temveč ščitijo.

Zdi se, da je kontraidentifikacija z lastnimi terapevtskimi deli s pomočjo sprejemanja terapevtovih razlag možna le do tiste stopnje, do katere se terapevt s svoje strani identificira z introjeciranimi, razdrobljenimi doživetji svojega bolnika. V psihoterapiji shizofrenske motnje se bolnik uči razlikovati med objekti in seboj, zaznavati svoje okolje in urejati svoje razdrobljene funkcije, tako da se mu terapevt da na razpolago kot simbiotski objekt. Bolnikova ozdravitev ali izboljšanje ne nastopi samo na ravni prilagajanja na družbene norme s premagovanjem odpora proti njim; bolj se zgodi kot sprememba v samem terapevtu, v njegovem prilagajanju na bolnika in na možno človečnost njegovega bivanja.

To odkritje zmanjšuje obseg psihopatologije, saj številne stvari, ki se zdijo pri psihozi sprva nepomembne, postanejo smiselne na tistem posebnem področju resničnosti, ki se poraja v vzajemnih introjekcijskih in projekcijskih procesih pacienta in njegovega terapevta; kot da bi se razvila tretja resničnost, vmes med zdravo resničnostjo nepristranskega opazovalca in psihotično, nerazumno resničnostjo bolnika.

Če gledamo na pojem resničnosti psihodinamsko, torej z vidika dvojnega doživljanja zdravljenja, se izmika logičnim opredelitvam. Kljub temu je bistveno to, da prav klasična psihopatološka procesa poosebljenja (angl. "appersonation") in prehodnosti (angl. "transitivism") navsezadnje postaneta ključni gonilni sili ločevanja selfa od sveta, v kolikor ju uspemo izkoristiti v terapevtski simbiozi. Toda ne smemo pozabiti, da raste ključno zdravilno "orožje" identifikacije iz našega spoznanja, da je lahko terapevtski kontratransfer tudi zelo škodljiv, če ne služi bolnikovim zahtevam oz. interesom. Pokazalo se je, da je lahko pri zdravljenju shizofrenske motnje terapevtov nezavedni kontratransfer nezavedni vzrok številnih bolnikovih vedenjskih vzorcev (Searles, 1964). To razširja pojem shizofrenije, ki torej ne pomeni zgolj prenosa ali introjekcije nerazumnega iracionalnega. Tukaj ne igra svoje vloge le družina (Lidz, 1968) ali družba (Basaglia, 1968) temveč tudi psihoterapevtovo nezavedno. Shizofrenijo lahko razumemo tudi kot ponotranjenje (internalizacijo) nerazumnosti, iracionalnosti vsega bivajočega.

Osrednji paradoks psihoterapije bolnikov s psihotičnimi motnjami je, da za komunikacijo z bolnikom uporablja iste avtistične simbole, ki oblikujejo osnovo shizofrenske psihopatologije. Paradoks je tudi v tem, da se moramo psihoterapevti odreči svojemu "navideznemu, blodnjavostnemu lastništvu nad resničnostjo" (Siirala, 1972), našim kliničnim zahtevam in pričakovanjem, našim hierarhičnim privilegijem normalnosti, našim težnjam, da skušamo bolnike prisiliti v naš način videnja oz. spoznavanja in našim potrebam, da bi si prilagodili bolnike - vse zato, da bi si z njimi delili velike simbole psihoze in obupna bolnikova prizadevanja po samouresničitvi.

Terapevtski vstop v trenutno stanje je pri psihotičnih motnjah pomembnejši, kot je obnova, rekonstrukcija preteklosti pri psihoanalizi nevroze; je terapevtovo sporočilo bolniku. Sedaj moram povedati, kaj menim o kritikah, ki jih številni avtorji izražajo na račun takšnega osebnega terapevtskega pristopa. Laing (1959) na primer govori o nevarnosti "implozije", to je razpada shizofrenskega jaza, ko se sooči z našimi čustvi. Tudi Fromm-Reichmann (1950) nam svetuje, da naj duševno bolnemu ne ponujamo ljubezni ali prijateljstva. S tema avtorjema se strinjam v toliko, kolikor svarita pred površinskim čustvenim zbliževanjem z bolnikom, ki ga lahko zazna samo kot našo zahtevo. Seveda je zadeva drugačna, če "terapevtska ljubezen" pomeni našo pripravljenost biti z bolnikom v njegovem svetu smrti. Naša sporočila bolniku izražajo, da od njega ne pričakujemo ničesar, da želimo le biti z njim v njegovih sanjah, fantazijah in zastrašujočih doživetjih.

Terapevt na primer posluša bolnika, ki se čuti obkroženega od vreščečih hudičev; pove mu, da je tudi on tam in s tem, da skoči v vražji krog, omogoči bolniku, da zazna njegovo prisotnost v samem jedru svojega psihotičnega sveta. Drug bolnik poroča o zastrašujočem prividu, v katerem se utaplja v reki. Terapevt "vidi" potop, "le creux de la vague" (v francoščini tudi izraz za pretečo katastrofo), in napne vse sile, da bi se zoperstavil temu prividu. V drugem primeru terapevt pove svoji samomorilni bolnici o svojih lastnih sanjah, v katerih se je ona vrgla skozi okno; v poskusu, da bi jo rešil, je terapevt stekel k oknu in jo s svojim pogledom zadržal v zraku. Potem ko je slišala te sanje, je bolnica dejala, da ni bila več sposobna ubiti se.

Ne zanikam, da lahko bolnik zavrže celo to skupno bivanje v smrti. Toda po mojih izkušnjah bolnik po ničemer ne hrepeni tako, kot po predmetu svojega odpora, svojemu terapevtu. Šele tedaj lahko bolnik premaga smrt, ki jo je prevzel terapevt. Bolnik boječe sprašuje, ali je terapevt še živ, ali dobro je in spi, ali še obstaja, kajti če obstaja terapevt, lahko obstaja tudi on.

Tukaj hočem torej poudariti, da terapevt ne poskuša najprej racionalizirati simptomov bolnika s psihotično motnjo, temveč želi namesto tega biti skupaj z njim znotraj teh simptomov. Prvi korak takšne psihoterapije je ta podvojena psihopatologija. To je dobro izrazila bolnica, ki jo je bilo med psihotičnim doživljanjem groza sveta, kot da bi bil vlak, ki naj bi jo povozil. Med psihoterapijo je razvila "terapevtsko halucinacijo", v kateri je slišala terapevta pripovedovati, da naj se vleže med tire. Prestrašena ga je vprašala, kako naj to naredi. Privid terapevta ji je odgovoril, da se bo on skupaj z njo vlegel med tire.

Ta medsebojni proces imenujem "identifikacija" in "kontraidentifikacija" in mislim, da razdrobljeni bolnikov jaz najde svojo lastno identiteto s pomočjo identifikacije z integriranim terapevtovim jazom.

Na koncu tega procesa se psihopatološki pojav "prehodnosti" (angl. "transitivism") preoblikuje v dejanje psihoterapevtske vzajemnosti. To ponazarjajo sledeče sanje bolnice, v katerih leži v hlevu zvezana žival in umira od lakote in žeje: "Kakšna sreča, da ste me prišli rešiti v za-

dnjem trenutku," je zakričala žival bolnici, ko je začela rezati njene vrvi. V teh sanjah je bolnica prevzela vlogo terapevta, ko je prerezala vezi, da bi rešila sebe. Ta identifikacija je bila možna samo zato, ker se je terapevt pogosto identificiral z bolničinim trpljenjem in ga je zato doživela kot zvezano žival.

Interpretacija in odpor v psihoterapiji bolnikov z diagnozo shizofrenija

Drugo temeljno vprašanje je povezano s problemom psihodinamske interpretacije. Do jedra vprašanja lahko pridemo, če se vprašamo, kako lahko razlikujemo terapevtske interpretacije pri shizofreniji in nevrozi.

(1) Pri psihoterapiji bolnikov z diagnozo shizofrenija interpretacije težko zajamejo povezave v posameznikovi psihogenezi na tako izčrpen način, da bi lahko resnično pojasnile, zakaj mora bolnik izražati konflikte na shizofrenski način. Zato so interpretacije po svoji naravi "delovne" v tem smislu, da ne razkrijejo posebnosti psihodinamike pri koreninah shizofrenije. Bolj podajajo slike dinamike in eksistencialnih situacij med bolnikom in njegovim terapevtom. Lahko so sestavljene tudi iz zdravilnih fantazij - ne da bi bile zato neresnične - ker na ta način razvijajo terapevtski odnos. Interpretacije prevajajo shizofrenski proces v psihogenetske dogodke, da bi dale bolniku ključ za strukturiranje psihotičnih doživetij, kot mu jih zrcali terapevt.

(2) Interpretacije se ne nanašajo samo na nagone in instinktivne potrebe kot pri nevrozi, temveč tudi na to, kar imenujem "strukturne potrebe" shizofrenskega jaza. S tem izrazom mislim na potrebe bolnikov, da bi razlikovali med jazovim in tujim, da bi zaznali meje svojih lastnih jazov, da bi strukturirali asociacije v času in prostoru, da bi našli intrapsihično koherentnost in tako naprej. Razumevanje takšnih okoliščin terja novo raven psihodinamike, ki je pri nevrozi ni in ki jo mora psihoterapevt doseči tako, da se bolniku pridruži v globinah njegove abnormalne psihologije.

(3) Psihoterapija psihoze se razlikuje od psihoanalize nevroze zaradi različnega pomena oz. poudarka, ki ga daje odporom bolnikov. Freud nas je učil, da lahko često premagamo nevrotske odpore, tako da jih bolniku opišemo. To predpostavlja, da bolnik razpolaga z zdravim delom jaza, ki lahko z nami raziskuje in gleda na svoj bolni del. Tega so sposobni samo tisti redki shizofreniki, ki so podobni nevrotikom.

Večina ljudi, ki so dobili diagnozo shizofrenija, je tako odvisna od svojega lastnega avtističnega, blodnjavostnega, agresivnega, paranoidnega vedenja. Tako močno se oklepajo svojih sistemov in simptomov, da je to več kot odpor; zdi se, da je to prizadevanje po preživetju s pomočjo organiziranja neke zadnje psihotične identitete v praznini njihovega "neobstoja".

Kadar pride na primer do dezintegracije zaradi intrapsihične prisotnosti "slabega objekta", bolnik to projecira na svojega terapevta, tako da čuti, da ga ta preganja. Na ta način se poskuša znebiti "slabega objekta", da bi se lahko doživljal harmonično. Spet drugi avtistični bolnik zavrača obkrožajoči svet, da lahko uide v varno zaščiten kot samega sebe. Tretji bolnik, ki ne more razviti nobenega ljubečega stika s svetom in samim seboj, skuša to potrebo nadomestiti z ljubezenskimi blodnjami.

Naivno bi bilo domnevati, da bi bilo za bolnika koristno soočati ga s psihodinamiko takšnih pojavov. Prepoznavanje teh pojavov bi bilo zanje le zelo majhen delček resničnosti, ki ne bi

mogel zapolniti strašne praznine v njih samih.

Seveda se lahko približamo bolniku, če mu s pomočjo naših interpretacij izrazimo občutek, da sprejemamo in razumemo njegove odpore kot nujno potreben način izražanja samega sebe, ki nam dopušča, da poznamo njegov svet in tako vzpostavljamo zvezo z njim. Ne želimo pa, da bi bolnikov odpor skrčili samo na psihološke mehanizme.

V tej zvezi se spominjam bolnice, ki me je idealizirala in me proglasila za boga. Nobene koristi ne bi bilo, če bi ta blodnjavostni transfer skrčili na njeno izgubo ljubljene matere v otroštvu. Trdila je, da je izvor njenih občutkov do mene sedanja dvojna resničnost. Na bolnico je vseeno moja razlaga naredila takšen vtis, da sem čutil, da sem zanjo zrcalo svetlečega metafizičnega sonca, ki jo je lahko prek mene doseglo, da bi, kasneje, postalo del nje same. Če imajo takšne razlage namen, da nas postavijo v bolnikov psihotični svet, potem mora postati psihotični svet za nas dragocen kot sporočilo o človeškem hrepenenju po osebnem obstoju.

Ustreznost oz. primernost psihoterapije za bolnike s psihotičnimi motnjami

Bistveni pomen psihoterapevtskega dela z bolniki s psihotičnimi motnjami seveda ni statističen. Vsekakor nam pade v oči dejstvo, da je potrebno za individualno zdravljenje ljudi s psihotičnimi motnjami veliko časa, dve do osem ur tedensko, tako da ima od njega korist le majhno število bolnikov. Tako se srečamo z dilemo. Po eni strani v nekaterih primerih klinični izkupiček velikega terapevtskega angažmaja ni veliko boljši od naravnega poteka bolezni. Po drugi strani pa medicinsko zadovoljstvo, ki ga doživimo ob ozdravitvi kroničnih bolnikov, ki so se sicer zdeli neozdravljivi, naleti na ugovor, da naši uspešni primeri v primerjavi z večino ljudi, ki so dobili diagnozo shizofrenijo, pripadajo majhni, privilegirani skupini bolnikov.

Seveda vsi trpeči ljudje pripadajo najbolj diskriminiranim med človeškimi bitji. Kako bi lahko opravičili velike napore vložene v individualno psihoterapijo majhnega števila bolnikov, medtem ko so tisoči izvzeti? Zavedati se moramo, da srečamo družbene koristi tega dela na drugi ravni.

Psihiater z izkušnjami v individualni psihoterapiji bolnikov s psihotičnimi motnjami razvija občutljivost, ki mu omogoča tudi boljše obvladovanje drugih psihoterapevtskih nalog v vsakdanjih dejavnostih, kot so kratkotrajno zdravljenje, dolgotrajno svetovanje, skupinska psihoterapija, enkratno posvetovanje in podobno. Moja izkušnja je, da lahko znanje, pridobljeno v individualni psihoterapiji, prepoji številna psihiatrična področja, v kolikor so pripravljena takšno znanje sprejeti in se okoristiti z njim.

Drugi pomemben vidik je, da nam lahko delo z nekaj bolniki pove iz psihodinamičnega vidika več o bistvu shizofrenije, kot bolj opisna oblika opazovanja tisočev primerov v psihiatrični instituciji.

Nazadnje bi želel omeniti vidik, ki sega preko posebnih psihiatričnih interesov. Individualno zdravljenje je za nas človeški izziv. Omogoča osebni pogled na trpečega posameznika in dragoceno spoznavanje, kaj je človeško bitje.

Literatura

Arieti, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Brunner/Mazel.

Basaglia, F. (1968). *L'instituzione negata.* Torino: Einaudi.

Benedetti, G. (1975a). *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre.* Göttingen: Vanderhoeck and Ruprecht.

Benedetti, G. (1975b). *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Göttingen: Vanderhoeck and Ruprecht.

Benedetti, G. (1978). *Alienazione e personazione nella malattia mentale*. Torino: Boringhieri.

Benedetti, G. e tal. (1979). *Paziente e analista nella terapia delle psicosi.* Milano: Feltrinelli.

Binswanger, L. (1957). *Schizophrenie*. Tübingen: Neske, Pfullingen.

Bleuler, E. (1911). "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien." V Aschaffenburg, B. (ur.). *Handbuch der Psychiatrie.* Leipzig: Deuticke.

Bleuler, M. (1954). "Zur Psychotherapie der Schizophrenie." *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 79: 841-842.

Bleuler, M. (1972). "Klinik der schizophrenen Geistesstörungen." V Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, M. in Strömgren, E., ur. Psychiatrie der Gegenwart, *Forschung und Praxis*. Bd. II/1, 2. Berlin: Springer Verlag.

Federn, P. O. (1953). *Ego Psychology and the Psychoses*. Introduction by Edoardo Weiss. London: Imago.

Freud, S. (1900, 1925). *Die Traumdeutung.* Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy.* Chicago: Univ. of Chicago Press.

Isotti, M. (1978). *Amore mio nemico*. Milano: Rizzoli.

Jung, C. G. (1907). *Über die Psychologie der Dementia praecox.* Halle: Marhold.

Laing, R. D. (1959). *The Divided Self*. London: Tavistock.

Lidz, T. (1968). Familie, Sprache und Schizophrenie. *Psyche* 32: 9-11.

Rosen, J. N. (1953). *Direct Analysis*. New York: Grune and Stratton.

Rosenthal, D. et al. (1968). "Schizophrenics" Offspring Reared in Adoptive Homes. V Rosenthal, D. in Kery, S. S., ur. *The Transmission of Schizophrenia*. Oxford: Pergamon: 337-391.

Schneider, K. (1957). Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. Fortsch. *Neurol. Psychiatr.* 25: 487.

Schultz-Hencke, H. (1952). *Das Problem der Schizophrenie.* Stuttgart: Thieme.

Searles, H. F. (1964). Phasen der Wechselbeziehung zwischen Patient und Therapeut bei der Psychotherapie der chronischen Schizophrenie. *Psyche*, 18: 494-531.

Sechehaye, M. A. (1954). *Introduction a une psychotherapie der schizophrenes*. Paris: Presses Univ. de France.

Siirala, M. (1972). Psychotherapy of Schizophrenia as a Basic Human Experience, as a Ferment for a Metamorphosis in the Conception of Knowledge and the Image of Man. *Psychotherapy of Schizophrenia*. Amsterdam: Excerpta Medica: 130-155.

Sulllivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: Norton.

Tausk, V. (1919). Über die Entstehung des Beeinflussungapparates in der Schizophrenie. Intern. *Zeitschrift für Psychoanalyse*, 5: 1-33.

Tienari, P. et al. (1979). "Schizophrenics" Offspring Reared in Adoptive Homes: A Family--Dynamic Study. V Müller, C., ur. *Psychotherapy of Schizophrenia.* Amsterdam: Excerpta Medica.

Opombe

[1]Pomen dednih faktorjev je seveda sporen. V skladu z raziskavo Tienarija in sod. (1979) je duševno zdravje posvojenih potomcev ljudi z diagnozo shizofrenija v veliki meri odvisno od duševnega zdravja družin, ki so jih posvojile.

[2]Manfredu Bleulerju sem dolžan idejo, da je shizofrenija bolezen, ki jo povzroča neprekinjeno medsebojno prepletanje psihotravmatskih življenjskih zgodovin in bioloških nagnjenj, in sem mu hvaležen, ker me je pri mojem delu stalno spodbujal.

[3]Benedetti o pojmu poosebljenja (Appersonierung) piše takole: Schneider (1957) je uporabil koncept "pasivnost", ki se ne nanaša na aktivnost ali pasivnost kot karakterni potezi, temveč na temeljno nesposobnost jaza, da bi oblikoval odnose s svetom in ga ponotranjil, ga "poosebil" ali integriral vase. Federn (1953) pa je izoblikoval pojem "meje jaza". Pri bolnikih z diagnozo shizofrenija je praviloma meja jaza zelo ranljiva in izginja, tako da si veliko simptomatologije (npr. bolnik bere misli drugih ali obratno, doživlja, da drugi berejo njegove misli; dejanja drugih ljudi poosebi, to je doživi kot lastna; samodestruktivne impulze bolnik doživi kot ogrožanje, preganjanje s strani drugih) teh bolnikov lahko razlagamo v tem smislu, da ne morejo več razlikovati med svetom in jazom.