

Pridruživanje u psihoterapiji preedipalnih pacijenata: model kliničkog izbora oblika intervencije

Irina A. Zedgenizova, Aleksej S. Čali*, Žana V. Sergejeva, Elena K. Sudenkova

Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija.

Primljeno: 4. decembra 2025.
Prihvaćeno: 16. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Zedgenizova IA, Čali AS, Sergejeva ŽV, Sudenkova EK. Pridruživanje u psihoterapiji preedipalnih pacijenata: model kliničkog izbora oblika intervencije. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):34-41. <https://doi.org/10.64435/vtfl8883>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

Tehnika pridruživanja u širokoj je upotrebi u psihoanalitičkoj praksi u radu sa pacijentima preedipalnog** nivoa organizacije ličnosti. U kliničkom radu, terapeuti se redovno suočavaju sa potrebom da biraju između različitih oblika pridruživanja, prvenstveno ego sintonog i ego distonog, u zavisnosti od trenutne psihodinamske situacije. U ovom članku predložen je procesualni model kliničkog izbora oblika pridruživanja, koji opisuje navigaciju između ego sintonog i ego distonog pridruživanja na osnovu analize afektivne prezentacije pacijenta, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa. Oslanjajući se na teorijske osnove savremene psihoanalitičke tradicije Hajmana Spotnica i kliničko iskustvo autora, analiziraju se mehanizmi delovanja tehnike, uključujući ego sintono i ego distono pridruživanje, kao i njihova uloga u smanjenju otpora, olakšavanju formiranja narcističkog transfera i bezbednoj obradi intenzivnih afekata. Posebna pažnja je posvećena razlikama između oblika pridruživanja i logici koja stoji iza njihovog kliničkog izbora u zavisnosti od afektivne prezentacije pacijenta, prirode otpora, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa. Koristeći kliničke vinjete i primere iz individualne i grupne psihoterapije, autori demonstriraju preduslove delotvorne upotrebe tehnike.

Ključne reči: pridruživanje, ego sintono i ego distono pridruživanje, donošenje kliničkih odluka, savremena psihoanaliza, preedipalni pacijenti.

Uvod

Tehnika pridruživanja je psihodinamska intervencija u kojoj se terapeut prilagođava trenutno dominantnom afektu pacijenta, verbalizujući i kontejnirajući ego sintonu iskustva ili pažljivo interagujući sa ego distonim impulsima, sa ciljem smanjenja odbrambenog otpora i omogućavanja bezbedne obrade afekta. Suština tehnike ogleda se u tome da se analitičar pridružuje otporu pacijenta, njegovoj subjektivnoj percepciji stvarnosti, afektivnom stanju, uverenju ili odbrambenoj poziciji, umesto da ih odmah podvrgne interpretaciji ili konfrontaciji. Ovakvo pridruživanje šalje pacijentu poruku: „Delim, razumem i prihvatam tvoj stav“, što može olakšati uspostavljanje narcističkog transfera i slabljenje primitivnih odbrambenih mehanizama. Ova tehnika je posebno delotvorna u radu sa narcisoidnim i graničnim strukturama ličnosti i jedan je od osnovnih psihoterapijskih alata za us-

postavljanje poverenja sa pacijentom i smanjenje otpora radu.

Istorijat upotrebe tehnike pridruživanja u psihoterapijskoj praksi detaljno su ispitali J. Feldman [1] i H.S. Strin [2]. Ova tehnika je poznata i kao „pridruživanje otporu“ [3] i razmatrana je u kontekstu različitih psihoterapijskih tradicija, uključujući hipnozu M. Eriksona [4] i savremenu psihoanalizu. Spotnic je okarakterisao pridruživanje kao „generalizovani skup kliničkih intervencija usmerenih na rad sa preverbalnim oblicima otpora i funkcionisanja“, koji obično uključuju suzbijene agresivne impulse [5].

Uprkos kliničkom značaju tehnike pridruživanja, postojeća literatura i dalje nedovoljno razjašnjava pitanje diferenciranog izbora između njenih ego sintonih i ego distonih oblika. Upotreba ove tehnike se i dalje u velikoj meri oslanja na intuitivni klinički sud i prenosi se kroz praksu i superviziju.

* Korespondentni autor, e-mail: alexey.chaly@aipp.education.

** Preedipalni nivo organizacije ličnosti je nivo mentalnog funkcionisanja na kojem osobi nedostaju stabilni unutrašnji oslonci za samoregulaciju, upravljanje afektima i održavanje koherentne slike o sebi i drugima. Ovo stanje je povezano sa ranim smetnjama ili prekidom procesa psihološkog razvoja i može se manifestovati kao izražena zavisnost od odnosa, teškoće u razlikovanju sopstvenih i tuđih iskustava i sklonost ka jakim afektivnim reakcijama.

Cilj ovog članka je da objasni logiku kliničkog izbora oblika pridruživanja i predloži procesualni model kliničke navigacije koji omogućava prebacivanje intuitivne primene tehnike u prostor refleksivnog stručnog donošenja odluka. Model se temelji na analizi afektivne prezentacije pacijenta, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa i predstavljen je kao vizualni dijagram dopunjen kliničkim smernicama za donošenje odluka.

Ovaj članak je teorijske i kliničke prirode i zasniva se na analizi literature iz oblasti savremene psihoanalize, pre svega Spotnicove škole, kao i na sintezi dugogodišnjeg kliničkog iskustva autora u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnom nivou organizacije ličnosti. Članak koristi konceptualni pristup usmeren na objašnjenje kliničke logike terapijskog odlučivanja i predlaže model kliničke navigacije između oblika pridruživanja, ilustrovan tipičnim kliničkim vinjetama. Predstavljeni model nije algoritam ili protokol, već služi kao alat za refleksivno kliničko razmišljanje.

Teorijski preduslovi delotvornosti tehnike pridruživanja

Tehnika pridruživanja usmerena je na rad sa obrascima preverbalnog funkcionisanja iz perioda kada je psiha odojčeta funkcionisala u tesnom emocionalnom jedinstvu sa majčinskom figurom. U savremenoj psihoanalizi, smatra se da takvi pacijenti pripadaju preedipalnom nivou organizacije ličnosti, koji odlikuje fiksacija na rane, preverbalne načine iskustvenog doživljavanja i interakcije.

U tom kontekstu, važno je biti iskren, izbegavati monotoniju i koristiti toplu, podržavajuću intonaciju. Uz pravilnu upotrebu pridruživanja, terapeutova psiha privremeno funkcioniše kao spoljašnji regulatorni sistem afekta, slično majčinoj psihi u simbiotskoj fazi razvoja [6].

Vezanost koja se razvija u ranom detinjstvu utiče na ponašanje deteta u budućnosti. Pažljivi, osetljivi i brižni roditelji usađuju detetu osećaj bazičnog poverenja u svet [7]. Ako je majka ili zamenski majčinski objekat emocionalno nedostupan tokom kritičnog razvojnog perioda odojčeta (do treće godine), nemogućnost kontejniranja sirovih afekata odojčeta dovodi do njihovog intrapsihičkog nagomilavanja, što može postati izvor simptoma. Takvo frustrirano odojčće potiskuje svoj bes i usmerava ga ka sebi kako bi izbeglo uništenje majčinskog objekta.

Nemogućnost integracije „dobrih” i „loših” aspekata Selfa i Drugih povezana je sa snažnom ranom

agresijom koja se aktivira kod takvih pacijenata. Prema teoriji M. Klajna, primitivnom odbranom cepanja razdvajaju se „dobri” i „loši” objekti kako bi se zaštitio krhki ego od destruktivne sile sopstvene agresije [8]. Što su manje zadovoljeni instinktivni nagoni odojčeta, to je veća potisnuta agresija prema značajnim objektima i veći je stepen negativnog uticaja na ego u razvoju. Značajan deo psihičke energije, umesto da bude usmeren na sazrevanje ega, troši se na primitivne odbrane od afekta. Korišćenjem specijalizovanih tehnika savremene psihoanalize, moguće je uspostaviti emocionalnu vezu koja podseća na vezanost bebe i majke u simbiotskoj fazi. Takvi transferi ponovo rasplamsavaju emocionalne odnose prvih godina života u terapijskoj situaciji, čime se podstiče obnavljanje kapaciteta za sazrevanje [9].

Preedipalni pacijenti, poput odojčadi sa nezadovoljenim bazičnim potrebama, mogu na početku terapije demonstrirati uobičajene obrasce ponašanja koji im pomažu u psihološkom i fizičkom preživljavanju, kao što su ćutanje ili idealizacija terapeuta. Zajednički imenilac u radu sa pacijentima koji pokazuju primitivno mentalno funkcionisanje čine poteškoće u kontroli jakih kontratransfernih osećanja i impulsa; terapeut može iskusi reakcije poput iritacije, besa, dosade, anksioznosti ili osećaja bespomoćnosti [10].

Narcistički bes pacijenta može se posmatrati kao fenomen funkcionalno sličan gorepomenutom besu odojčeta, a sposobnost terapeuta da upravlja istim olakšava pacijentu napredak u terapiji, formiranje stabilne slike o sebi i poboljšanje mentalnog funkcionisanja. Cilj psihoterapije je da se potisnuti i suzbijeni afekti ljutnje i besa smeste u terapijski prostor, oslobađajući pacijentov ego afektivne napetosti [11]. Da bi se to postiglo, važno je da umemo da se pridružujemo, formiramo stabilne odnose i, kada se postigne dovoljan nivo afektivne stabilnosti, počnemo da radimo na ego distoni način, kako bismo aktivirali potisnute agresivne impulse.

Osobine primene pridruživanja

Pridruživanje je vrlo pogodna tehnika za prve susrete sa pacijentom i može se koristiti u trenucima jakog afekta, na primer, kada se radi sa izraženom agresijom, kako bi se smanjila njena eskalacija i prešlo na istraživanje. Ova tehnika je važna u radu sa graničnim pacijentima, kojima je naročito potrebno da oseate da je terapeut na njihovoj strani. U radu sa histrioničnim i narcisoidnim pacijentima važno je izbegavati upadanje u intenzivan kontratransfer i pacijentovo odigravanje*.

Tehnika pridruživanja može se uporediti sa surfovanjem u kojem psihoterapeut nastoji da „uhvati” dominantni afekt pacijenta i, balansirajući na njemu, prevaziđe otpor.

* U psihoanalitičkoj literaturi, odigravanje (*acting out*) je ponašanje kroz koje pacijent nesvesno izražava unutrašnje konflikte, osećanja ili impulse, umesto da ih verbalizuje u terapiji.

Sa narcisoidnim pacijentom možemo empatično prihvatati njegovu grandioznost, regulišući pritom stepen divljenja; ako je suviše izraženo, neki pacijenti ga mogu doživeti kao manipulaciju. Histrionični pacijenti mogu uvlačiti terapeuta u svoja iskustva. Na primer, kada pacijentkinja živo gestikulira i kaže: „Možete li da zamislite, nije odgovorio na moju poruku! Zar nije kreten? Evo, recite vi, recite, zar nije kreten?!“, možemo da ne umanjujemo dramatiziranje, već da se pridružimo, pokušavajući da imenujemo osećanje: „Naravno da je frustrirajuće kada poruke ostanu bez odgovora!“, čime validiramo pacijentova osećanja, ali ne dozvoljavamo da nas „zaraze“. Ne moramo udovoljavati pacijentikinjinom zahtevu — time bismo mogli pokrenuti novu dramatičnu spiralu i nikada ne doći do faze istraživanja.

Ilustrativna vinjeta

Pacijent S. (26 godina) dolazi na seanse u jakom afektu, obezvređujući terapiju i tražeći „instant rešenja“. Važno je održavati kontakt i izbegavati porast frustracije.

Pacijent: *I šta će mi sve ovo? Stalno dolazim, pričam i ništa se ne menja! Što da dolazim kad sve ionako ide dodavola?*

Terapeut: *Čekanje zaista zamara. Vi ste stvarno izdržljivi, neko drugi bi odavno digao ruke.*

Pacijent: *Da! Baš tako!*

Terapeut: *Govorite o tome tako da zaista osećam tu tačku ključanja. Hajde da probamo zajedno da odlučimo šta činiti.*

U ovom slučaju, terapeut ogleda intenzitet pacijentovog afektivnog naboja, ne smanjujući „temperaturu“ njegovog iskustva niti mu dozvoljavajući da eskalira. Neophodan je brz odgovor i eksplicitna validacija pacijentovih emocionalnih iskustava — klinički stav u kojem terapeut aktivno i dosledno validira subjektivnu stvarnost pacijentovih iskustava, ne dovodeći ih u pitanje i ne nudeći momentalnu obradu, interpretaciju ili frustraciju. Intenzitet pacijentovog afekta je postepeno počeo da opada, a kontakt je ponovo uspostavljen. Pacijent je kasnije rekao: „Prvi put sam osetio kao da ne pokušavaju da me smire ili poprave; to me obično još više ljuti.“

Tehnika pridruživanja se ne ograničava samo empatijom, već podrazumeva sposobnost terapeuta da prepozna i aktivno interaguje sa pacijentovim dominantnim osećanjem. Ovaj alat čini temelj terapijskog odnosa i omogućava smanjenje otpora, povezivanje različitih nivoa iskustva i nežno vođenje pacijenta ka unutrašnjoj transformaciji.

Ego distono i ego sintono pridruživanje

Prema Spotnicovoj teoriji, tehnika pridruživanja može pokrenuti oslobađanje agresivnih impulsa, što je ključno za proradu narcističkih odbrana i dalje formiranje narcističkog transfera. U zavisnosti od pacijenta, terapeut se može pridružiti *ego sintono* (prihvatajući pacijentovu perspektivu i vrednosti, pridružujući se njegovim osećanjima i podržavajući Ego) ili *ego distono*, gde terapeut takođe izražava slaganje, ali na paradoksalan način (na primer, hiperbolišući introjektovanu figuru napadajućeg Superega ili grandioznog Ega). Ovo pojačava odbrane, što može dovesti do proboja potisnutih agresivnih impulsa i razrešenja otpora.

Terapeut na nesvesnom nivou time šalje poruku „ja sam isti kao ti“, što doprinosi formiranju narcističkog transfera, bez kojeg je efikasan rad sa preedipalnim problemima nemoguć. Ova intervencija stvara uslove za iskustvo podržavajućeg kontakta [12].

Primeri ego sintonog pridruživanja

- Pacijent: *Siguran sam da ste imali već stotinu ovakvih kao što sam ja i da sam ja za vas „prost“ orah. Zanima me za koliko seansi ćete uspeti da me „razbijete“?*

Terapeut: *Imate specifičan ukus za terapeute i sjajnu intuiciju. Ja sam stručnjak za teške slučajeve i tvrde orahe. Da probamo da pogodimo broj seansi ili da pustimo da to bude prijatno iznenađenje?*

- P: *Pola stvari koje me pitate ili ne pamtim, ili ne razumem.*

T: *Znate, i meni se ponekad čini da samog sebe ne razumem. Sigurno ćemo raditi vrlo produktivno, kad smo tako slični.*

- P: *Skroz sam obeshrabren i nemam želju ništa da radim.*

T: *I ja sam danas totalno bez snage. Hajde da ne radimo ništa i samo da posedimo ovde do kraja seanse.*

A kada, na primer, pacijent kaže: „Ponašam se kao kreten, sve mi u životu ide naopako, stalno radim sve pogrešno, ja sam totalni idiot“ — terapeut se pridružuje ego distono: „Da, izgleda da je tako. Ali ne brinite, ja sam upravo stručnjak za idiotizam“. Pridruživanje napadajućem Superegu u jednom delu psihe stvara osećaj da je shvaćen (validiraju njegov osećaj u kojem sebi deluje kao „idiot“), a s druge strane izaziva ljutnju i bes („nisam očekivao to da čujem od vas, svog terapeuta, okrutni ste i bezosećajni“). Tako se terapeut u transferu nađe na mestu lošeg objekta, okrutnog i napadajućeg. Ego sintono pridruživanje u ovom kliničkom kontekstu možda ne bi bilo toliko efikasno.

Terapeut bi mogao da pojača pacijentovo uverenje da je „najgora osoba na svetu“ govoreći mu da je

„najgora osoba koja je ikada postojala”. Po pravilu, pacijent priznaje da je zaista toliko loš koliko zamišlja, ali istovremeno mu je neprijatno da čuje takve reči od terapeuta. Na taj način, ubedljiva ego imitacija ove vrste (u ego distonom pridruživanju) ciljano deluje tako da na kraju pomeri metu napada sa Ega na terapeuta [5].

Ego sintono pridruživanje je posebno klinički opravdano u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnom nivou organizacije ličnosti, kao i u situacijama izražene anksioznosti, afektivne dezorganizacije i pretnje prekida terapijskog odnosa, kao što je naglašeno u brojnim studijama posvećenim ranim oblicima psihoanalitičke terapije [13].

Primeri ego distonog pridruživanja

- Pacijent: *Potpuno sam očajan.*
Terapeut: *Da, izgleda da nema nade za vas.*
- P: *Čitava vaša terapija je jedna prevara! Nikakve vaje, samo uzimate pare poštenim ljudima!*
T: *Znao sam da ste pronicljivi, ali baš toliko... Stvarno volim pare.*
- P: *Ni za šta ne valjam, ali bar o meni možete disertaciju da napišete!*
T: *Možda ste i u pravu, bar jedan od nas da ima neke koristi.*

Oba oblika pridruživanja mogu biti efikasna u slučajevima izraženog otpora terapijskom napretku kod preedipalnih pacijenata. Oni pomažu u jačanju saveza i pojačavaju narcističke odbrane, čime, paradoksalno, olakšavaju njihovu postepenu transformaciju tokom vremena.

Terapijska promena postaje moguća kada terapeut, dosledno koristeći oba tipa pridruživanja, funkcioniše kao ogledalo i kontejner za pacijentove nepodnošljive afekte. Pridružujući se pacijentovim ambivalentnim signalima i osećanjima, psihoterapeut ga upoznaje sa sopstvenom ličnošću na bezbednoj udaljenosti dok se Ego ne razvije.

Naravno, rad psihoterapeuta ne može biti ograničen samo na ovu tehniku; on podrazumeva mešavinu intervencija, uključujući pridruživanje, što stvara temelj za formiranje stabilnog odnosa i sigurnosti kako za pacijenta, tako i za terapeuta i terapijski ambijent.

Slika 1 prikazuje procesualni heuristički model donošenja kliničkih odluka prilikom upotrebe tehnike pridruživanja u psihoterapiji. Model ilustruje kako terapeut, procenjujući afektivnu i odbrambenu prezentaciju pacijenta, bira između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja, u zavisnosti od subjektivnog stava pacijenta prema prezentovanom sadržaju. Naglašena je ciklična priroda kliničke procene, značaj afektivne dinamike i otpora, kao i potreba za konstantnim praćenjem kontratransfera, faze terapije i kapaciteta za kontejniranje. Ovaj okvir

je konceptualne prirode i služi kao podrška u kliničkom razmišljanju, a ne kao algoritam terapijskog procesa.

Treba napomenuti da ego sintono i ego distono pridruživanje nisu tehnike koje se međusobno isključuju ili mehanički smenjuju. Terapeut pravi izbor oblika pridruživanja tokom kliničkog rada, zasnovan na kombinaciji faktora, uključujući prirodu afektivne prezentacije pacijenta, karakteristike otpora, kontratransferne reakcije terapeuta i fazu psihoterapijskog procesa. Na taj način, pridruživanje ne podrazumeva fiksni tehnički pristup, već dinamičnu kliničku navigaciju između različitih oblika intervencije u zavisnosti od trenutne psihodinamske situacije. Model predstavljen na **Slici 1** odražava proces navigacije između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja tokom faktičkog psihoterapijskog rada.

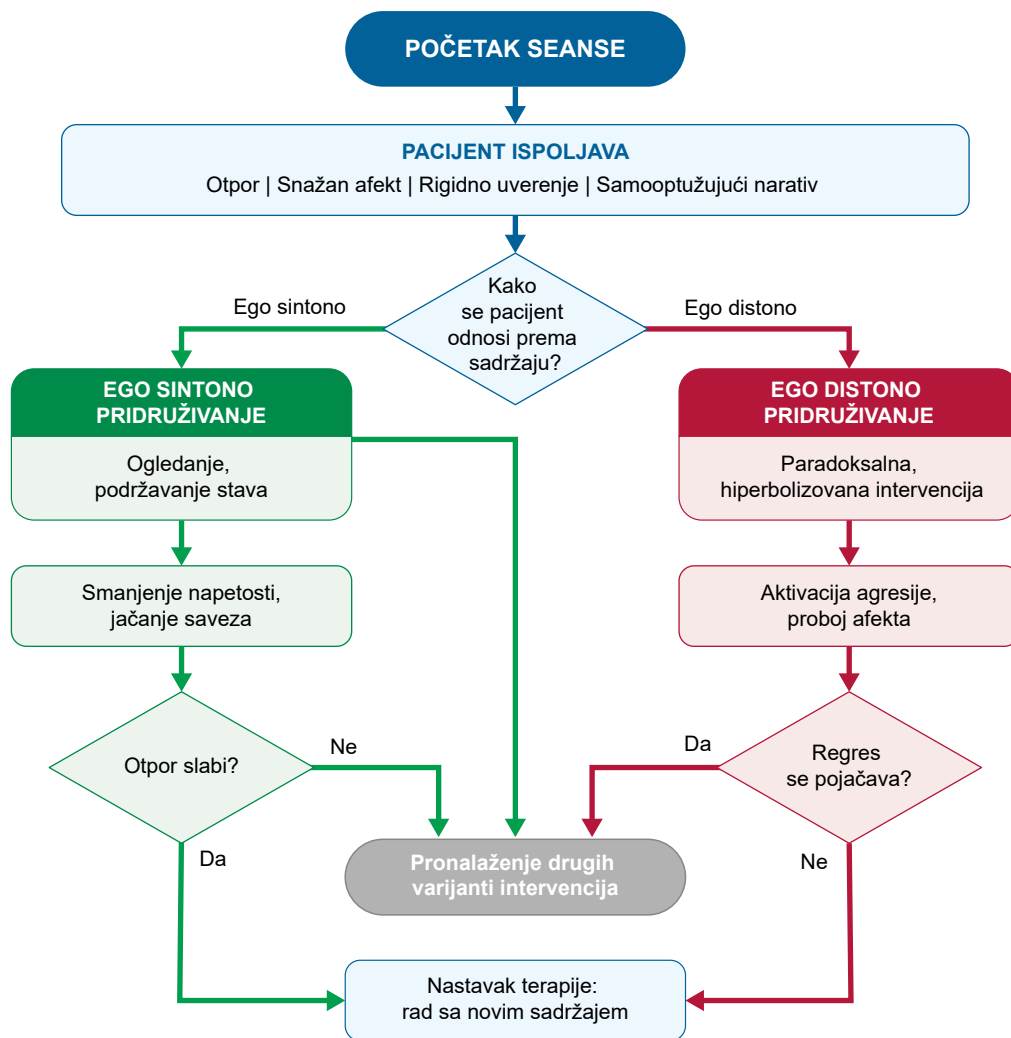
U okviru predloženog modela, razlika između ego sintonog i ego distonog pridruživanja može se razjasniti kroz kliničku funkciju koju obavljaju. U nekim slučajevima, pridruživanje je prvenstveno usmereno na kontejniranje afekta i smanjenje unutrašnje napetosti, sa ciljem očuvanja celovitosti pacijentovog Ega. U drugim slučajevima, pridruživanje se koristi kao sredstvo za izazivanje prethodno blokiranog afekta, prvenstveno agresivnog, radi njegove dalje obrade u transferu. Ovo funkcionalno razlikovanje ne služi kao nova tipologija, već razjašnjava mehanizam delovanja različitih oblika pridruživanja u kliničkom procesu.

Upotreba pridruživanja kod pacijenata koji čute

Rad sa čutljivim pacijentima predstavlja specifičan, ali klinički indikativan slučaj, u kojem je potreba za diferenciranim pristupom pridruživanju posebno evidentna. Čutanje može imati različite psihodinamske funkcije i zahteva različite kliničke taktike u zavisnosti od afektivnog stanja pacijenta, prirode otpora i faze terapije.

Čutanje se, kao fenomen u klasičnoj psihoanalitičkoj praksi, već odavno teorijski konceptualizuje, ali upravljanje istim u prošlosti bilo je ograničeno na interpretativne tehnike koje su retko dovodile do njegovog razrešenja. Čutanje može imati različitu svrhu. U negativnom kontekstu, čutanje može označavati bes, strah, očaj, depresiju, prezir i agresiju [14]. Tehnika pridruživanja može biti efikasna kod takvih čutljivih pacijenata.

U individualnom radu srećemo i čutljive pacijente čije je čutanje provokativno ili kontrolišuće i stvara napetost u dijadi. Na primer: „*Ne znam šta da pričam.*” U ovom slučaju, terapeut se može pridružiti ego sintono i blago reći: „*Već ste dosta toga ispričali;*



Slika 1. Procesualno orijentisani model donošenja kliničkih odluka o ego sintonom ili ego distonom pridruživanju

danah možemo i da čutimo." Ili, kada se pacijent izražava agresivnije, na primer: „Nemam želju danas da razgovaram sa vama“, terapeut se može pridružiti ego distono i reći: „Odličan smo tandem, ni ja danas nisam raspoložen da vas slušam.“

Za grupne terapeute tehnika pridruživanja može biti korisna u grupama koje čute: „Izgleda da je ovo jedna vrlo brižna grupa, koja je danas odlučila da čuti kako bih se ja odmorio. Ni ja nemam ništa protiv, i meni se sviđa takav izbor grupe.“

Ovde je važno da pridruživanje bude usmereno na grupu konkretno, a ne na pojedinačnog učesnika. To može doprineti koheziji grupe, na primer, kada učesnici ne komuniciraju dobro jedni sa drugima ili ne grade čvrste međusobne veze.

Pridruživanje u kontekstu drugih psihoanalitičkih tehnika

U praksi se pridruživanje često poistovećuje sa empatičnim ogledanjem, što može dovesti do metodološki pogrešnih izbora intervencija, posebno u radu sa pacijentima koji funkcionišu na ranim nivoima organizacije ličnosti. Poređenje sa tehnikom ogledanja pokazuje razlike u logici terapijske intervencije i specifičnosti pridruživanja kao intervencije usmerene na aktivno uključivanje otpora i afektivne dinamike u terapijski proces. Poređenje ovih pristupa nam omogućava da jasnije definišemo specifičnosti tehnike pridruživanja i izbegnemo njeno svođenje na opšti koncept empatičnog ogledanja. U ovom kontekstu, važno je naglasiti da nije reč o poređenju

psihoanalitičkih teorija generalno, već razlika u kliničkim naglascima i logici koja stoji iza primene specifičnih tehnika u radu sa pacijentima koji funkcionišu na ranim i primitivnim nivoima organizacije ličnosti.

Uprkos površnoj sličnosti određenih kliničkih tehnika, tehnika pridruživanja, prema shvatanjima savremene psihoanalitičke škole Hajmana Spotnica, značajno se razlikuje od drugih psihoanalitičkih intervencija usmerenih na rad sa ranim razvojnim poremećajima. U kliničkoj praksi, tehnika pridruživanja se često upoređuje sa tehnikom ogledanja koju je opisao Hajnc Kohut u okviru self psihologije. Obe intervencije se oslanjaju na empatično prisustvo terapeuta i osetljivost na subjektivno iskustvo pacijenta, ali se zasnivaju na različitim teorijskim pretpostavkama i imaju različite kliničke zadatke.

U Tabeli 1 dat je komparativni opis ključnih kliničkih karakteristika tehnike ogledanja u Kohutovoj self psihologiji [15] i tehnike pridruživanja u savremenoj psihoanalitičkoj tradiciji Hajmana Spotnica. Poređenje se zasniva na brojnim parametrima, uključujući klinički fokus intervencije, stav prema otporu, specifičnosti rada sa afektom, prirodu transfera, ulogu kontratransfera, kao i tipične kliničke rizike i ciljne grupe pacijenata. Ovo poređenje pokazuje da se, uprkos zajedničkoj orijentaciji na rane nivoe mentalnog funkcionisanja, ove tehnike razlikuju po usmerenju terapijske intervencije: ogledanje je prvenstveno usmereno na stabilizaciju i podršku Ega, dok se pridruživanje fokusira na aktivno uključivanje otpora i agresivnog afekta u terapijski proces. Ova tabela služi

kao instrument teorijskog pozicioniranja tehnike pridruživanja i omogućava preciznije definisanje njenog mesta među drugim psihoanalitičkim intervencijama. Dato poređenje naglašava da razlike između tehnika ogledanja i pridruživanja ne leže samo u njihovim teorijskim pretpostavkama, već i u logici izbora kliničke intervencije. Za razliku od ogledanja, gde je intervencija prvenstveno usmerena na stabilizaciju Ega, pridruživanje podrazumeva konstantnu kliničku procenu otpora i afektivne dinamike pacijenta, što zahteva fleksibilno smenjivanje ego sintonih i ego distonih načina rada. Upravo ta potreba za kliničkom navigacijom leži u osnovi modela donošenja odluka predloženog u ovom članku.

Klinička ograničenja i rizici primene tehnike pridruživanja

Bez obzira na kliničku efikasnost tehnike pridruživanja u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnim nivoima ličnosti, njena upotreba zahteva pažljivu kliničku diferencijaciju. Korišćenje pridruživanja bez odgovarajućih indikacija ili u pogrešnoj fazi terapije može narušiti terapijski proces i pogoršati patološke obrasce funkcionisanja.

U nekim kliničkim situacijama, pridruživanje može održavati simbiotsku fiksaciju, posebno kada je diferencijacija self objekta nedovoljna. U takvim slučajevima, stalno empatično pridruživanje može ometati formiranje granica i povećati zavisnost pacijenta od terapeuta, usporavajući proces psihološke separacije.

Aspekt	Ogledanje (Kohut, self psihologija)	Pridruživanje (Spotnic, savremena psihoanaliza)
Klinički fokus	Podrška i stabilizacija Ega	Rad sa otporom i agresijom
Odnos prema otporu	Minimizacija frustracije u ranim fazama	Aktivno uključivanje otpora u proces
Tip intervencije	Empatično ogledanje subjektivnog iskustva	Ego sintono i ego distono pridruživanje
Rad sa afektom	Validacija i postepena diferencijacija afekta	Kontejniranje i aktivacija agresivnog afekta
Transfer	Narcistički – transfer ogledala, idealizujući transfer	Narcistički – pozitivni (između ostalog idealizujući) ili negativni
Uloga kontratransfera	Koristi se ograničeno	Ključni dijagnostički orijentir
Klinički rizici	Održava zavisnost	Intenzivne kontratransferne reakcije
Tipični pacijenti	Narušen Ego, narcističke strukture	Preedipalne, granične, psihotične strukture
Smer terapije	Postepeno sazrevanje Ega	Transformacija autoagresije, razrešavanje otpora, jačanje Ega

Tabela 1. Komparativne osobine tehnika ogledanja i pridruživanja u psihoanalitičkoj praksi

Još jedan rizik vezan je za održavanje narcističke grandioznosti kada se ego sintono pridruživanje koristi bez dalje obrade agresivnih i frustrirajućih afekata. U takvim situacijama, tehnika može doprineti učvršćivanju odbrambenih narcističkih struktura, a ne njihovoj transformaciji.

Štaviše, prekomerna ili neuvremenjena upotreba pridruživanja može blokirati razvoj simbolizacije, posebno ako intervencije zamene analitički rad sa transferom i interpretacije. U tom slučaju pridruživanje gubi svoju pomoćnu funkciju i postaje oblik izbegavanja slože njihov terapijskih intervencija.

Primena ove tehnike u različitim fazama psihoterapijskog procesa zahteva posebnu pažnju. U ranim fazama terapije, prerana upotreba ego sintonog pridruživanja može dovesti do dezorganizacije pacijenta i raspada terapijskog saveza. U kasnijim fazama terapije, zadržavanje na isključivo podržavajućem ego sintonom pridruživanju može ometati prelazak na obradu i integraciju konfliktnih sadržaja. Stoga, klinička efikasnost pridruživanja nije uslovljena samo izborom njegovog oblika već i tačnom procenom terapijskog konteksta i spremnošću pacijenta za odgovarajući nivo intervencije.

Uzimanje u obzir prirode transfera prilikom izbora oblika pridruživanja

Izbor između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja takođe je određen prirodom transfera koji se razvija i stepenom njegove afektivne stabilnosti. U situacijama gde u transferu dominiraju simbiotska očekivanja, idealizacija terapeuta ili izražena zavisnost od objekta, ego sintono pridruživanje može biti klinički opravdano samo u ranim fazama terapije i pod uslovom da je njegova upotreba ograničena i svesna. U suprotnom, može pojačati simbiotsku fiksaciju i ometati razvoj autonomije pacijenta.

U slučajevima kada je transfer krhak ili dezorganizovan i praćen izraženom anksioznošću, strahom od uništenja objekta ili gubitkom bazičnog osećaja sigurnosti, upotreba ego distonog pridruživanja može biti kontraindikovana. Prerana provokacija agresivnog afekta kod takvih transfernih obrazaca povećava rizik od dezorganizacije pacijenta i narušavanja terapijskog saveza.

Upotreba tehnike pridruživanja zahteva poseban oprez u radu sa pacijentima u stanjima teške dezorganizacije, kao i kada je terapijski savez nedovoljno formiran. U takvim slučajevima, prerana ili nekritička upotreba pridruživanja može povećati zavisnost od terapeuta ili poslužiti kao oblik izbegavanja analitičkog rada, kao što je naglašeno u klasičnim radovima o ranim razvojnim poremećajima i tehnikama psihoanalitičke terapije [14].

Na taj način, kliničku prikladnost određenog oblika pridruživanja određuje ne samo priroda afektivne

prezentacije pacijenta, već i trenutni transferni obrazac, kao i stepen njegove stabilnosti i tolerancije agresivnih impulsa u terapijskom polju.

Zaključak

Klinički podaci i zapažanja ukazuju na izraženu terapijsku vrednost tehnike pridruživanja, naročito u radu sa pacijentima na psihotičnim i graničnim nivoima funkcionisanja. Njena upotreba ublažava autodestruktivne tendencije i doprinosi smanjenju afektivne dezorganizacije i formiranju stabilnog narcističkog transfera. Delotvornost tehnike uslovljena je preciznošću psihopatološke dijagnostike, fleksibilnošću intervencija, autentičnošću terapeuta i osetljivošću na afektivnu dinamiku pacijenta.

U grupnom radu, pridruživanje može smanjiti rizik od odigravanja kod pojedinačnih preedipalnih učesnika, kao i grupe u celini, ali i izazvati ciljano pojačanje afektivnog naboja u „čutljivim“ pasivno-agresivnim grupama. Tehnika pridruživanja omogućava preusmeravanje agresije iz odigravanja u simbolički posredovanu verbalizaciju, što pozitivno utiče na terapijski odnos, jača poverenje u terapeuta i podstiče stabilizaciju mentalnog stanja pacijenta. Model kliničkog izbora oblika pridruživanja predstavljen u ovom članku nema za cilj algoritmizaciju psihoterapijskog procesa, već teži da objasni kliničku logiku navigacije između intervencija u radu sa preedipalnim pacijentima.

Predloženi model kliničke navigacije može se koristiti u obuci psihoterapeuta početnika kao alat za podsticanje razvoja refleksivnog kliničkog razmišljanja. Ovakva eksplicitna razrada kriterijuma za izbor oblika pridruživanja čini procese donošenja terapijskih odluka transparentnijim, budući da u kliničkoj praksi oni često ostaju implicitni i prenose se prvenstveno kroz iskustvo i superviziju. U tom smislu, model može poslužiti kao pomoćno sredstvo u edukativnom kontekstu, iako nije zamena za kliničko iskustvo.

Obećavajući pravac budućih istraživanja vidi se u empirijskom testiranju predloženog modela, kao i njegovoj daljoj razradi i adaptaciji za upotrebu u kliničkoj obuci psihoterapeuta. U širem kontekstu, model može biti od značaja za interdisciplinarna istraživanja usmerena na proučavanje mehanizama regulacije afekta u terapijskim interakcijama.

Korišćena literatura

1. Feldman Y. The early history of modern psychoanalysis. *Mod Psychoanal.* 1978;3:15–28.
2. Strean HS, editor. *New approaches in child guidance.* Metuchen (NJ): Scarecrow Press; 1970.
3. Sherman MH. Siding with the resistance versus interpretation: role implications. *Mod Psychoanal.* 2007;32(2):194–230.

4. Haley J. *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York (NY): W.W. Norton & Company; 1993.
5. Spotnitz H. *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient: theory of the technique.* 2nd ed. New York (NY): YBK Publishers; 2004.
6. Wang TS. A qualitative study into modern psychoanalytic joining and mirroring through psychotherapeutic exchanges [dissertation]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2022. <https://dsc.duq.edu/etd/2215>.
7. Авдеева НН. Особенности материнского отношения и привязанность ребёнка к матери. *Психологическая наука и образование.* 2006;11(2):82–92.
8. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М: Независимая фирма «Класс»; 2000.
9. Федоров ЯО, Белов ЕН, Белова ЕБ, Клокова МВ, Шиканова ЕА. *Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний.* Санкт-Петербург: ООО «ИПК «КОСТА»; 2017.
10. Verhülsdonk L, Petzold MB. Eine Untersuchung der Gegenübertragung in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. [German] *Forum Psychoanal.* 2024;40(3):357–374. <https://doi.org/10.1007/s00451-024-00552-0>.
11. Bird J, Caligor E. A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. *Authorea.* 2023. <https://doi.org/10.22541/au.169228820.03736190/v1>.
12. Shechter A. The join and distinction-union: a resonant and complex oneness. *Eur J Psychoanal.* 2021;8(2). <https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/the-join-and-distinction-union-a-resonant-and-complex-oneness>.
13. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process.* 2nd ed. New York (NY)/London (UK): The Guilford Press; 2011.
14. Лигнер Э. *Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении.* Ижевск: ERGO; 2014.
15. Кохут Х. *Анализ самости.* Москва: Когито-Центр; 2003.