

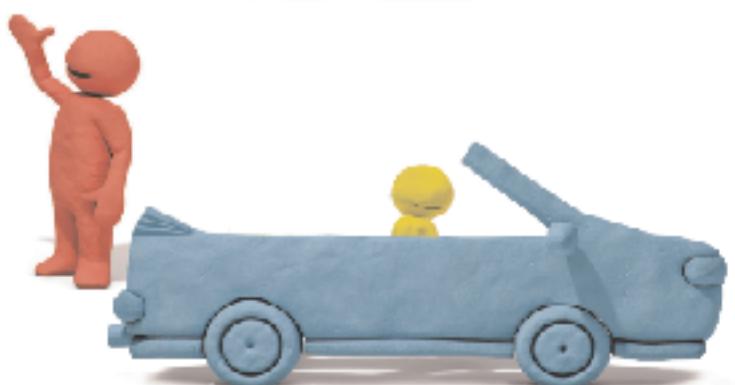
ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 37 • Beograd, april/jun 2015.



ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 37 • Beograd, april-jun 2015.

UDK 159.9+616.89 www.engrami.rs YU ISSN 0351-2665

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU, PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

Časopis ENGRAMI osnovao je prof. dr Dimitrije P. Milovanović 1979.

Glavni i odgovorni urednik / Editor in chief
SRĐAN D. MILOVANOVIĆ

Zamenik glavnog i odgovornog urednika
Supplement editor in chief
MILAN B. LATAS

Pomoćnici urednika / Associate editors
MAJA PANTOVIĆ STEFANOVIĆ
BOJANA DUNJIĆ KOSTIĆ
SREĆEN VIĆENTIĆ

Urednički odbor / Editorial board
ALEKSANDAR JOVANOVIĆ
ALEKSANDAR DAMJANOVIĆ
MILICA PROSTRAN
ŽELJKO ŠPIRIĆ
MAJA IVKOVIĆ
NAĐA MARIĆ
DUBRAVKA BRITVIĆ
OLIVERA VUKOVIĆ
SRĐA ZLOPAŠA
DRAGANA DUIŠIN
JASMINA BARIŠIĆ
NADA JANKOVIĆ
DRAGAN PAVLOVIĆ
OLIVERA ŽIKIĆ
PETAR NASTASIĆ
DEJAN LALOVIĆ
VLADIMIR JANJIĆ
SVETLANA JOVANOVIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
JOSIP BERGER
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
JOSIF VESEL
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
MIROSLAVA JAŠOVIĆ GAŠIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ DEJANOVIĆ
DUŠICA LEĆIĆ TOŠEVSKI
VLADIMIR KOSTIĆ
RATOMIR LISULOV (Novi Sad)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
N. SARTORIUS (Geneve)
D. KOSOVIĆ (New York)
P. GASNER (Budapest)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
G. MILAVIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
D. KARLOVIĆ (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
L. INJAC (Podgorica)
A. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
N. TRAJANOVIĆ (Toronto)

Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za srpski i engleski jezik
SONJA ĐURIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi četiri puta godišnje. • Rešenjem Sekretarijata za kulturu SRS broj 413-124/80-2a časopis ENGRAMI je proizvod iz čl. 36, st. 1, tačka 7, Zakona o operezivanju proizvoda i usluga u prometu za koji se ne plaća porez na promet proizvoda. • IZDAVAČ / EDITED BY: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE I UDRUŽENJE PSIHIJATARA SRBIJE; THE CLINIC FOR PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA AND SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION • ADRESA UREDNIŠTVА / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD: ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11000 Beograd, E-mail: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com • časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks); Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)• Copyright © 2015 ENGRAMI. Sva prava zaštićena.

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARICLES

Danka Nestorović, Milan Lataš

ANALYSIS OF PSYCHIATRIC HEREDITY IN PATIENTS WITH AGORAPHOBIA AND PANIC DISORDER	5
ISPITIVANJE PSIHIJATRIJSKOG HEREDITETA KOD PACIJENATA SA AGORAFOBIJOM I PANIČNIM POREMEĆAJEM.....	12

PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES

Aneta Sandić

PANIČNI POREMEĆAJ U FOKUSU PSIHOANALITIČKE EPISTEMOLOGIJE	15
PANIC DISORDER FOCUSED THROUGH PSYCHOANALYTIC EPISTEMOLOGY ...	26

Jovana Stojanović, Jasmina Barišić, Srđan Milovanović

OD IZOLACIJE DO INTEGRACIJE - ULOGA I ZNAČAJ PSIHOLOGIJE U SVEOBUVATNOJ MEDICINSKOJ ZAŠTITI	29
FROM ISOLATION TO INTEGRATION - THE ROLE AND IMPORTANCE OF PSYCHOLOGY IN COMPREHENSIVE MEDICAL CARE	38

Aleksandar Damjanović

FILOZOFSKA KRITIKA KAO NADOGRADNJA PSIHOANALIZE (ili ako, kad i koliko filozofija priznaje Frojdovo nesvesno)	41
PHILOSOPHICAL CRITICISM AS AN UPGRADE TO PSYCHOANALYSIS (or if, when and how much philosophy recognizes Freud's unconscious).....	52

Srđa Zlopaša

PREDUSLOVI KRITIKE PSIHOANALIZE	55
PREREQUISITE FOR THE CRITIC OF PSYCHOANALYSIS.....	62

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

Dušanka Vučinić Lataš

Irvin Jalom, Molin Lešć: „TEORIJA I PRAKSA GRUPNE PSIHOTERAPIJE“	67
------------------------------------------------------------------------	----

IN MEMORIAM

Akad. prof. dr Dušan I. Kecmanović (1942-2014) 67

IZVEŠTAJ

Jovana Viculin

ART TERAPIJA NA KLINICI ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE
– SARADNJA SA UDRUŽENJEM „PROSTOR“ 69

UPUTSTVO AUTORIMA 73

ANALYSIS OF PSYCHIATRIC HEREDITY IN PATIENTS WITH AGORAPHOBIA AND PANIC DISORDER

Danka Nestorovic¹

Milan Latas^{1,2}

UDK: 616.89-008.441.1-02-056.7

Summary

Introduction: The previous studies report high prevalence of psychiatric disorders among family members of patients with agoraphobia and panic disorder. In our country there have been no studies that examine psychiatric heredity in patients with agoraphobia and panic disorder.

Objective: The objective of the research is to investigate the presence of heredity in patients with agoraphobia and panic disorder, and to compare the clinical and demographic characteristics of patients with agoraphobia and panic disorder with and without psychiatric heredity.

Method: The sample included 40 patients with panic disorder and agoraphobia. Data were obtained from the questionnaire for the assessment of panic disorder *NIMH-PQ*, which included questions about the occurrence of psychiatric disorders in families of the patients, as well as 44 questions about the severity and frequency of panic disorder symptoms.

Results: The results indicate that the majority of patients (62.5 %) have the positive psychiatric heredity. The most frequent were depression and alcoholism. The results, also, showed that there are no significant differences in the characteristics of the main symptoms of panic disorder of patients with and without psychiatric heredity.

Conclusion: The results of the study indicate high prevalence of psychiatric heredity in patients with panic disorder and agoraphobia but more studies are needed to conclude that there is a direct link between family history of psychiatric disorders and occurrence of panic disorder and agoraphobia.

Key words: panic disorder, agoraphobia, depression, alcoholism, heredity

¹ School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

² Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

INTRODUCTION

Panic disorder is a syndrome characterized by frequent, unexpected panic attacks, intense concern about panic attacks and their potential consequences. The prevalence of panic disorder in the world is 3 – 4 % [1]. It is believed that in the development of a panic disorder numerous factors are included, so we can say that the etiology is multifactorial. Agoraphobia is a fear of public places, open spaces, and the fear of leaving the house alone. The prevalence of agoraphobia is 3 % - 8 %, it is more common in women. Agoraphobia and panic disorder are most often encountered as a single entity and so that they are recognized in the International Classification of Diseases under the code number for diagnosis F40.01 [2].

Clinical studies have proven that in the etiology of panic disorder traumatic events in childhood, congenital factors, family attitudes, and family history of psychiatric illness all have a role, among other things. Results of a survey that dealt with predisposing factors in the onset of panic disorder indicate that the majority of patients with panic disorder have experienced some of the examined predisposing events for a period of one year prior to the first panic attack, most commonly a case of death was stated [3]. In a study conducted by Bandelov and associates, patients with panic disorder reported significantly greater presence of psychiatric disorders in the family, especially panic disorder and generalized anxiety disorder, as compared to the control group [4]. Epidemiological studies confirmed that the occurrence of certain psychiatric diseases has a partial genetic influence. French scientists have shown

that people with a family history of panic disorder are more likely to suffer from the same [5]. Panic disorder, general anxiety, phobias and obsessive-compulsive disorder have a family tendency [6]. Other studies have shown that the risk of panic disorder in the families of the patients with panic disorder is higher in first-degree relatives, while with the second degree relatives the risk decreases [7]. These findings imposed a question, whether other psychiatric illnesses in the family history may influence the occurrence of panic disorder.

According to our information, no studies that would address the psychiatric heredity and panic disorder and agoraphobia were conducted in Serbia. Such a study could indicate some etiological factors that influence the occurrence of panic disorder.

Objectives and research hypotheses

The first objective of the research is to investigate the existence of psychiatric heredity (depression, alcoholism, psychosis, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, agoraphobia, and other forms of phobias) in patients with panic disorder and agoraphobia.

Another aim of the research was to compare the clinical and demographic characteristics of patients with panic disorder and agoraphobia with psychiatric heredity (depression, alcoholism, obsessive-compulsive disorder, psychosis, schizophrenia, panic attacks) and without psychiatric heredity.

The first hypothesis is that there is a high prevalence of psychiatric heredity in the families of the patients with panic disorder and agoraphobia.

Another hypothesis is that the patients with psychiatric heredity have more severe and earlier onset disorders than patients without psychiatric heredity.

MATERIALS AND METHODS

The survey was conducted at the Day Hospital of the Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia in Belgrade. The study comprised 40 patients with panic disorder and agoraphobia as an underlying disorder.

Examination of patients with psychiatric illnesses in their families is done through the use of the National Institute of Mental Health Panic Questionnaire (NIMH PQ), which serves as a clinical and research method for testing the clinical characteristics of patients with panic disorder or those in whom there is a suspicion of panic disorder [8]. Patients independently answer questions about the characteristics of panic disorder and psychiatric disorders that appear in their family.

The questionnaire consisted of 9 psychiatric disorders: depression, psychosis, schizophrenia, panic disorder, a severe form of fear, agoraphobia, and other types of phobias, obsessive-compulsive disorder and alcoholism. The tenth question is about the existence of other psychiatric illnesses that are not listed. Patients were asked to circle whether the disease occurred among: mother, father, sister, brother, child, grandfather/grandmother, aunt, uncle, cousin or other relative.

The questionnaire includes questions about the characteristics of the symptoms, the patients provided data on the intensity and frequency of individual

symptoms that occur during a panic attack according to the Likert scale (ranging from 0 to 3). The questionnaire included 44 questions such as: palpitations, irregular heartbeat, numbness of the mouth, numbness in the hands or feet, chest pain, and more. In addition, patients had the task to evaluate the current state of health, ranging from 1 to 5, and to state the age at the time of the first occurrence of a panic attack.

In the statistical analysis of materials standard descriptive and analytical statistical methods were used. Data are presented through the mean value of the standard deviation and relative frequencies. A statistical analysis was performed using Student's t test.

RESULTS

Demographics

Respondents had an average age of 32.33 ± 8.23 years, ranging from 20 - 51 years. Among them 15 (37.5 %) were men and 25 (62.5 %) were women. Of the 40 patients that participated in the study 19 (47.5 %) were married. Asked whether closely tied to a parent 27 (67.5 %) of the respondents gave a positive answer. Of these 22 are closely tied to the mother and 5 to the father. The average grade of the health condition of the patients was 3.87 ± 1.02 in the range of 1 to 5.

Psychiatric heredity

In a sample of 25 subjects (62.5 %) stated that at least one of the primary members of the family had a psychiatric disorder. Table 1 shows the distribution of the frequency of psychiatric disorders

that have appeared in heredity. Among the family members depression and alcoholism usually emerged. This is followed by a severe form of fear and much less frequently psychosis, some form of phobia and obsessive-compulsive disorder. Although the research concerns panic disorder and agoraphobia, it is interesting that panic disorder in heredity was mentioned by 5 patients and agoraphobia only by 4 respondents. Not one respondent stated schizophrenia in heredity. Two patients have stated that in their families existed other psychiatric disorders, however they did not name them (in Table 1).

If we look at the group of subjects with psychiatric heredity we can get to the conclusion whether the patients had

one, two or more persons in heredity. The results we obtained showed that there were 11 (27.5 %) patients with a heredity disease. Seven of them (17.5 %) said that family members had 2 members with a psychiatric disorder, three (7.5 %) that their family had 3 members, a total of 4, 5 or 6 members per family, were stated by only four (10 %) patients.

Most commonly a family member that was listed as the person who had a psychiatric disorder was the mother (42.5 %), followed by father (30 %), grandfather/grandmother (27.5 %), aunt (20 %), uncle (father's brother) (15 %), cousin (7.5%), sister (10%), brother (2.5%), uncle (mother's brother) (2.5%).

*Table 1: The existence of heredity sample
Tabela 1: Prikaz postojanja hereditete u skupini*

Psihijatrijski poremećaj Psychiatric disorder	N	(%)
Depresija Depression	13	32,5 %
Alkoholizam Alcoholism	12	30 %
Istaknutost straha Severe form of fear	8	20 %
Panični napadi Panic attack	5	12,5 %
Fobije Phobias	4	10 %
Agorafobija Agoraphobia	4	10 %
Fobija od drugih ljudi, mesta, situacija Other phobia	4	10 %
Obezgrijevljajući poremećaj Obsessive-compulsive disorder	2	5 %
Neki drugi mentalni poremećaj Some other mental disorder	2	5 %
Schizofrenija Schizophrenia	0	0

Comparison of patients with psychiatric heredity and without psychiatric heredity

The comparison between the group of patients with psychiatric heredity and the group of patients without psychiatric heredity in relation to age, evaluating the health status and age at the time of the first occurrence of panic attack are shown in Table 2. The results show that there are no significant differences in the assessment of the health status between the group of patients with psychiatric heredity and the group of patients without heredity. Significant differences do not exist in the age of the patients at the time of the first occurrence of panic attack between the two groups of patients. It should be underlined that two patients from the group of patients with psychiatric heredity did not specify how old they were at the time of the first panic attack.

The investigation showed that significant differences in the characteristics of the symptoms between the patients with psychiatric heredity and the patients without heredity, were only present in a few symptoms of a total of 44 symptoms of panic attacks, that were tested through the questionnaire. The frequency of palpitations in patients with heredity was 2.67 ± 0.49 , whereas in patients without heredity 2.20 ± 0.93 ($t = 2.10$, $p = 0.04$). In addition, the difference between the symptoms was observed in the intensity of the feeling of floating, patients with heredity 0.07 ± 0.26 , and patients without heredity sensed an increased feeling 0.60 ± 1.08 ($t = -2.36$, $p = 0.02$). The intensity of feeling that things are unreal in the patient group with psychiatric hereditary was 0.00

(patients had such symptoms during the attack), whereas in patients without hereditary the intensity was 0.32 ± 0.69 ($t = -2.32$, $p = 0.03$). Another symptom that the patients with psychiatric hereditary had during the attack is that the things appeared brighter or darker to them, where the difference between the two groups was observed also in intensity. Intensity among the patients without heredity was 0.36 ± 0.70 ($t = -2.57$, $p = 0.02$). The latest symptom was stiffness, where the differences were observed in both frequency and severity. The incidence in patients with heredity was 0.40 ± 0.63 in patients without heredity 1.04 ± 1.21 ($t = 2.19$, $p = 0.03$). The strength of the first group was 0.20 ± 0.41 , while in the second group 0.80 ± 1.118 ($t = 2.42$, $p = 0.02$). All other symptoms did not differ in frequency and intensity in the patients with psychiatric hereditary compared to the patients without heredity.

DISCUSSION

Before you start interpreting the results we must point out the methodological limitations of the study. The study did not include a control group of respondents (respondents who were not psychiatric patients or patients with other psychiatric disorders) and on the basis of the results obtained cannot say whether the results are specific to panic disorder and agoraphobia. The limitation may be that the questionnaire included 9 psychiatric disorders.

Results of family studies have established higher rates of prevalence of panic disorder in first-degree relatives of panic patients compared to studies without a family history of psychiatric di-

sorders. This in itself does not prove that panic disorder is hereditary, because social learning can be explained by transfer of behavioral anxiety from parents to children. [4] And other epidemiological studies involve a family history of the disease among the risk factors for anxiety disorders [9]. However, to our knowledge, the study did not address the question of what are the psychiatric disorders that have an impact in heredity panic disorder and agoraphobia, and therefore we are not able to compare the results of our study with other studies.

The results show that a larger number of patients have a positive family heredity. These data confirm the earlier hypothesis of research, and pointed to the possible association between psychiatric heredity and the development of panic disorder and agoraphobia. We confirmed the results of earlier studies that associated psychiatric disorders in

the family with the development of panic disorder. We also supplemented them, because we obtained results through this study that show us which psychiatric disorders have a role in heredity panic disorder and agoraphobia. All of the psychiatric disorders that were included in the questionnaire (depression, psychosis, obsessive-compulsive disorder, a severe form of fear, panic attacks, agoraphobia, some other form of phobias, alcoholism) were found in the families of the subjects except schizophrenia, not a single respondent mentioned this disorder in the family history.

One of the two disorders that stood out in heredity is alcoholism. Earlier studies found that alcoholism is a disease more common in people who are first-degree relatives of people that had panic disorder [10]. The conducted study demonstrated the association of alcoholism to heredity and panic disorder. Depression proved to be a disease com-

Table 2. Comparison of patients with and without psychiatric heredity
Tabela 2 Komparacija pacijenata sa psihijatrijskim hereditetom i bez herediteza

Skupsko Subscale	Psi Gender	Srednja vrednost Mean	SD	t	p
Starost Age	bез herediteza without heredity	32,93	7,90	0,34	0,72
	са hereditezom with heredity	31,91	8,55		
Ocenjivanje stanja Assessment of health state	bез herediteza without heredity	3,93	0,96	0,28	0,78
	са hereditezom with heredity	3,84	1,07		
Starost počega napada Age of the first attack	bез herediteza without heredity	28,33	7,38	0,80	0,43
	са hereditezom with heredity	24,43	6,97		

monly tied to heredity which has proven its great connectivity with panic disorder. Previous studies have noted the role of depression in the development of panic disorder, but the risk of panic disorder significantly increased in the patients in whose families depression occurred in co-morbidity with panic attacks [11]. However, as the sample of this study contains only 40 respondents it does not have the statistical power on which we could base conclusions about the prevalence and significance of psychiatric heredity for the whole population of patients with panic disorder and agoraphobia. This survey is the first of its kind in our country, and it points to an important phenomenon that should be further investigated in future research on larger samples with the inclusion of control groups of subjects (patients with other psychiatric diagnoses and respondents from the general population).

Studying physical symptoms earlier studies have found that patients who had a positive family heredity for panic disorder had significantly greater fear of bodily excitement and a higher incidence of unexpected panic attacks than patients who did not have family

heredity for panic disorder [12]. We did not come to such conclusions, but the survey showed that the significant differences in the clinical picture of people with psychiatric heredity and without heredity exists in only five symptoms, of which the four symptoms of greater intensity/frequency had respondents from the group without psychiatric heredity. As of 44 symptoms studied, we cannot confirm that more severe patients have no psychiatric heredity because differences in the intensity/frequency of symptoms may contribute to the fact that it is a subjective feeling of the patients.

CONCLUSION

Based on these results, it can be concluded that the majority of the patients with agoraphobia and panic disorder have a positive psychiatric heredity, mostly depression and alcoholism. We concluded that the patients with psychiatric heredity do not exhibit a severe clinical picture, nor do they have a significantly earlier onset of panic attacks, compared to the patients without psychiatric heredity.

ISPITIVANJE PSIHIJATRIJSKOG HEREDITETA KOD PACIJENATA SA AGORAFOBIJOM I PANIČNIM POREMEĆAJEM

Danka Nestorović¹

Milan Latas^{1,2}

- 1 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod: U našoj zemlji do sada nije bilo ispitivanja psihijatrijskog herediteta kod pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem.

Cilj: Ciljevi istraživanja su: 1) da se ispita postojanje psihijatrijskog herediteta kod pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem i 2) da se uporede kliničke i demografske karakteristike pacijenata sa agorafobijom i paničnim poremećajem sa psihijatrijskim hereditetom i pacijenata bez herediteta.

Materijal i metode: Uzorak je obuhvatio 40 pacijenta sa paničnim poremećajem i agorafobijom. Podaci su dobijeni na osnovu Upitnika za procenu paničnog poremećaja *NIMH-PQ* koji je obuhvatio pitanja o učestalosti pojave 9 psihijatrijskih oboljenja u užoj i široj porodici, kao i 44 pitanja o jačini i učestalosti simptoma koje su pacijenti ocenili na Likertovoj skali ocenama od 0 do 3.

Rezultati: Rezultati istraživanja ukazuju da većina pacijenata (62,5%) u užoj ili široj porodici ima bar jednu osobu sa psihijatrijskim oboljenjem. Među članovima porodice najčešće su sejavljali depresija i alkoholizam. Ispitivanje nije pokazalo značajne razlike u karakteristikama simptoma pacijenta sa psihijatrijskim hereditetom u odnosu na pacijente bez herediteta.

Zaključak: Na osnovu rezultata dolazimo do zaključka da je psihijatrijski hereditet učestao kod pacijenata sa paničnim poremećajem i agorafobijom te su potrebna dalja istraživanja da bi se povezala pojava herediteta i moguće etiologije paničnog poremećaja i agorafobije.

Ključne reči: Panični poremećaj, agorafobia, depresija, alkoholizam, hereditet

Literatura:

1. Latas M, Jašović-Gašić M. Neurotični, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji. Anksiozni poremećaji. U: Jašović-Gašić M, Lečić-Toševski D, urednici. Psihijatrija- udžbenik za studente medicine. Beograd; 2010.p.155-68.
2. Latas M. Panični poremećaj i agorafobija: terapijski vodič. Beograd; 2010.
3. Latas M, Stojanović M. Predisponirajući faktori u nastanku paničnog poremećaja. Engrami 2008; 30(1):9-15.
4. Bandelow B, Späth C, Tichauer GA, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. Compr Psychiatry 2002; 43(4):269-78.
5. Gorwood P, Feingold J, Ades J. [Genetic epidemiology and psychiatry (I): scope and limitations of familial studies. Case of panic disorder]. Encephale 1999; 25(1):21-9. [Article in French]
6. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry 2001; 158(10):1568-78.
7. Pauls DL, Noyes R, Crowe RR. The familial prevalence in second-degree relatives of patients with anxiety neurosis (panic disorder). J Affect Disord 1979; 1(4):279-85.
8. Scupi BS, Maser JD, Uhde TW. The National Institute of Mental Health Panic Questionnaire. An instrument for assessing clinical characteristics of panic disorder. J Nerv Ment Dis 1992; 180(9):566-72.
9. Weissman MM, Merikangas KR. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. J Clin Psychiatry 1986; 47 Suppl:11-7.
10. Goodwin DR, Lipsitz DJ, Keyes K, Galea S, Fyer AJ. Family history of alcohol use disorders among adults with panic disorder in community. J Psychiatr Res 2011; 45:1123-7.
11. Rise B, Goldstein, PhD, MPH; Myrna M. Weissman, PhD; Phillip B. Adams, PhD; et al. Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or major depression. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(5):383-94.
12. Zvolensky MJ, Raulin ML. Panic-Related fears in persons reporting a family history of panic disorder. Anxiety Stress Coping 1999; 12(4):351-62.

Milan LATAS

Klinika za psihiatiju, Klinicki centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
E-mail: latasm@unet.rs

PSIHOANALITIČKA EPISTEMOLOGIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

Aneta Sandić

UDK: 616.89-008.441-039.13

Privatna psihijatrijska ordinacija "Dr Sandić", Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Fokus teksta je na psihanalitičkoj epistemologiji paničnih ataka kao neurotskoj manifestaciji kondenzovane anksioznosti. Iscrpna teoretska studija polazi od izvorišta, Frojdovog koncepta anksiozne neuroze da bi se potom u sladu s vodećim psihijatrijskim i psihanalitičkim trendovima, a u domenu psihijatrije posebno istraživanjima Kendlera i saradnika panični poremećaj i psihodinamski uspostavio kao poseba nozološka jedinica 1980. godine. Savremeni teoretski postulati na kojima se zasniva ovaj tekst značajno su bazirani na naučnim dostignućima eminentnih eksperata u ovoj oblasti, Federika Buša i Barbare Milrod. Na dalje, inkorporirana su i vlastita istraživanja, rezultati koji su dobijeni radom na doktorskoj disertaciji posvećenoj ovoj probematici iz ugla psihanalitičke teorije objektnih odnosa. Tekst je rezimiran aktuelnom psihodinamikom paničnog poremećaja koja se očituje u nedostatnosti razrješenja edipalne problematike kojoj se pridružuje slabost ega iz raniјih razvojinih stadija. Nemogućnost korištenja signalne anksioznosti kao modulacije izrazitih afektivnih stanja, posebno porijekla agresiviteta, te preplavljenost doživljajem umiranja ili strah od gubljenja razuma krucijalni su pokazatelji da se u paničnom napadu aktivira i dezintegracijska anksioznost kojoj pojedni savremenici, začuđujuće, daju nedovoljno prostora u svojim stručnim psihanalitičkim publikacijama.

Ključne riječi: anksioznost, neuroza, panični poremećaj, edipalna problematika, signal, dezintegracija

Nema dvojbe da je problem anksioznosti čvorna tačka u koju konvergiraju najrazličitija i značajna pitanja, zagonetka čije bi rješenje bilo povezano s osvjetljavanjem našeg cjelokupnog postojanja.

Sigmund Frojd, 1917.

UVOD

Kao nozološka jedinica panični poremećaj je prvi put zvanično evidentiran u američkoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, „Dijagnostičkom i statističkom priručniku – III revizija (DSM-III)“, 1980. godine [1]. Ovom prilikom generalizirani oblik anksioznosti klasificiran je odvojeno, kao generalizirani anksiozni poremećaj. Ovome je prethodilo istraživanje Donalda Klajna (*Donald Klein*) [2] u kojem je dokumentirao različitost responsivnosti paničnih rekacija na farmakološku terapiju imipraminom, u odnosu na generaliziranu anksioznost. Njegovo istraživanje ukazalo je na bržu remisiju panične simptomatologije u odnosu na generaliziranu anksioznost. Uslijedila su psihiatrijska i farmakološka istraživanja čiji rezultati su stali u prilog budućem izdvajanju paničnog poremećaja od drugih kliničkih neurotskih manifestacija povišene anksioznosti. Poremećaj je obilježen abruptnim izbijanjem paničnog straha bez adekvatnog i vidljivog povoda. Za paničnog subjekta ove provale kondenzovane anksioznosti gotovo sasvim su nepredvidive. Traju relativno kratko, do desetak minuta i ispoljavaju tendencu da se javljaju nanovo. De Masi (*De Massi*) [3] vrlo lijepo predo-

čava „Anatomiju paničnog napada“ koju ćemo ovom prilikom iznijeti u skraćenom obliku.

Sekvenca: Osobe koje pate od paničnog poremećaja ubijedene su da je njihova smrt jako blizu. Što su somatski i psihički simptomi akutniji, više su ubijedeni da se bliži momenat umiranja. Upravo tijelo tokom paničnog ataka „kazuje“ o svojoj smrti, agoniji. Psihosomatski simptomi su u prvom planu i um ih registruje i prevodi u ne-pogrešivu poruku da je konačna katastrofa neizbjježna. Izgleda da neurovegetativni putevi, koji povezuju svjesno i signale opasnosti, bivaju tako intenzivno stimulisani da osobe gube sposobnost racionalne kontrole. Na jednom planu pacijenti „znaju“ da neće umrijeti, no istovremeno gube svaki kapacitet da ovlađuju svojim strahom duboko vjerujući da umiru.

Ponavljanje: Poslije prvog ispoljavanja panični atak pokazuje tendencu da se javi nanovo. Činjenica da su prethodni napad preživjeli, koji upućuje i na inkonzistentnost njihovih strahovanja, nema nikakvog upliva u buduće ponašanje pacijenata tokom samog ataka, niti umanjuje njihovu strepnju od javljanja sljedećeg ataka.

Priprema: Panični napad, čak i kad se manifestira naglo, uvijek prethodno sadrži i spori proces pripreme koristeći se i mentalnim asocijativnim kanalima koji ispoljavaju tendencu da se ponavljaju na konstantan način. Tokom ataka pacijent „osluškuje“ svoje tijelo na isti način kako bi npr. osoba traumatizirana zemljotresom osluškivala bilo kakvu sumnjivu buku. Ovi pacijenti identificiraju neobičan signal

(palpitacije srca, bol u mišićima) dok, u razbuktaoj anksioznosti, njihova imaginacija ne konstruira opasnost koja aktivira osjećaj preplavljujućeg straha.

Imaginacija: Jedan od razloga za ponavljanje napada i pogoršanje kliničke slike je kondicioniranje koje um uspostavlja među stimulusima, imaginacijom i emocionalnim odgovorom. Emocionalni i neurovegetativni odgovor produkti su imaginacije. Ovo obezbjeđuje doživljaj realiteta u percepciji opasnosti predstojeće smrti.

Traumatska anksioznost: Kreiran od strane pacijentove imaginacije i doživljen u vidu paničnog napada atak se uspostavlja kao traumatski doživljaj. Uobičajeno je da se nakon paničnog napada razvija anksioznost kad god se subjekt približi objektima/situacijama koje asocijativno povezuje s panikom. Traumatska područja postaju progresivno šira te ograničavaju autonomiju. Konzistentno obilježje paničnog ataka je ubjedjenje da će se dogoditi sve ono čega se osoba plaši, čak i ako to zamišli. Tako čista pomisao na panični napad djeluje kao okidač postajući strah koji izbijanje paničnog napada čini konkretno mogućim.

Gubitak mentalnog kontejnera: Specifično obilježje paničnog napada je nedostatnost mentalne funkcije koja bi trebala zadržati anksioznost. Iz ovog razloga, kako bi izbjegao panični napad, pacijentu je potreban sugovornik koji može funkcionisati poput kontejnera anksioznosti [4].

EVOLUCIJA PSIHONALITIČKOG POGLEDA NA ANKSIOZNOST

Evoluciju psihanalitičkog pogleda na panični poremećaj nemoguće je odvojiti od psihanalitičke epistemologije anksioznosti općenito kako je njegovog diferenciranja u zaseban nevrotski poremećaj smatrani sastavnim dijelom kliničke slike anksiozne neuroze.

Fenomenologija anksioznosti jedno je od centralnih uporišta psihanalitičkog teoretskog korpusa. Sigmund Frojd (Sigmund Freud) bio je posvećen njenoj klarifikaciji tokom svoje cijekupne naučne karijere. Prve formulacije o anksioznosti nalazimo u ranim psihanalitičkim publikacijama iz 1893. godine [5]. U ovom razdoblju rada Frojd je stanovišta da je trauma tjesno asocirana sa povиenjem sume ekscitacije u nervnom sistemu. Ekscitacija će ostati zapamćena ukoliko motorička ili verbalna reakcija ne rastereće ovu kvotu. Tako je u histeriji centralni problem upravo „uklješteni afekat“ [6]. Istovremeno, jedini afekat koji je eksplicitno naveden u elaboratu o histeriji upravo je anksioznost.

Frojd [7] 1895. godine u “Osnovama razdvajanja posebnog sindroma iz neurastenije pod opisom ‘anksiozna neuroza’” diferencira kliničku sliku anksiozne neuroze. Kao nozološka jedinica anksiozna neuroza će kroz duže vremensko razbolje biti aktuelna ne samo u psihanalizi, već i u psihijatriji. Ova nozološka jedinicica, značajno je navesti s obzirom ne tematiku teksta, podrazumijevala je i atake anksio-

znosti kao kondenzovanu formu izbjanja iste¹.

1. *Opšta iritabilnost* simptom je koji se uvijek pojavljuje u anksioznoj neurozi
2. *Anksiozno isčekivanje* uključuje sve o čemu se obično govorи како о anksioznosti, ili tendenci pesimističnog pogleda. Svakom prilikom ide dalje od vjerodostojne anksioznosti i pacijent ovo često sam prepoznaјe kao akt kompluzije. Anksiozno isčekivanje smatra nuklearnim simptomom neuroze. Suggerira i da je prisutan *kvantum anksioznosti u slobodno flotirajućem stanju* koji, kada postoji isčekivanje, kontrolira odabir ideja i uvijek je spreman da se poveže s bilo kojim odgovarajućim ideacionim sadržajem.
3. Anksioznost, koja je često latentna u odnosu na svjesno, konstantno vreba u pozadini. Ona ima i druge načine da se ispolji sem do sad navedenih. Iznenada može probiti su svijest bez prethodne ideacije, te provočirati panični atak. Anksiozni napad ovog tipa može se sastojati iz samog osjećaja anksioznosti, bez bilo kakvih asociranih ideja, ili može biti propraćen idejama o umiranju, srčanom udaru, prijetnjom ludila; ili neki vidovi parestezija mogu biti kombinirani s anksioznošću. Konačno, osjećaj anksioznosti može asocirati uz sebe i poremećaj jedne ili više tjelesnih funkcija – poput respiracije, srčane

radnje, vazomotorne inervacije ili glandularne aktivnosti.

4. Proporcije u kojima su ovi elementi izmiješani u anksioznosti razlikuju se u velikoj mjeri tako da svaki prateći simptom sam može konstituirati atak kao što to može i sama anksioznost. Frojd u svoj opis kliničke slike uključuje i oblike paničnog napada koje su mu do tad poznati:
 - a) panični napad propraćen smetnjama srčane radnje (palpitacije, tranzitorne aritmije, tahikardiјa – koje nije uvijek lako diferencirati od organskih afekcija srca; i pseudo-angina-pektoris za koju podcrtava da je “diagnostički delikatan subjekt;
 - b) panični napadi propraćeni smetnjama respiracije (različiti oblici dispnee, ataci nalik astmi i sl.);
 - c) ataci znojenja, česti noću;
 - d) ataci tremora i drhtanja;
 - e) ataci proždrljive gladi, često propraćeni vertigom;
 - f) dijareja koja nastupa u atacima;
 - g) ataci lokomotornog vertiga;
 - h) ataci označeni navalama krvi, uključujući praktično sve što je označeno kao vazomotorna neurastenija;
 - i) ataci parestezija (no ovi se rijetko ispoljavaju bez manifestne anksioznosti ili sličnih znakova neugode).
5. Noćno buđenje u strahu (pavor nocturnus odraslih) što je obič-

¹ Frojdov izvorni opis anksiozne neuroze skraćen je u onoj mjeri da se ne izostave njene krucijalne obrednice

- no propraćeno s anksioznosću, dispneom, znojenjem itd.
6. Vertigo ima značajno mjesto u grupi simptoma koji obilježavaju anksioznu neurozu. U najbljižem obliku najadekvatnije se opisuje kao "blaža vrtoglavica", a u ozbiljnim manifestacijama kao "vertiginozni ataci". Ataci vertiga nisu rijetko propraćeni najgorim vidom anksioznosti, često kombinirani sa srčanim i respiratornim tegobama.
 7. Na bazi hronične anksioznosti (anksioznog isčekivanja) s jedne strane, i tendencije da anksiozni ataci budu propraćeni vertigom, razvijaju se dva tipa fobije. Prvi se odnosi na opšte fiziološke opasnosti, a drugi lokomociju.
 8. Digestivne aktivnosti podliježu nekim karakterističnim smetnjama u anksioznoj neurozi: senzacije poput nagona za povraćanjem i mučnina. Kao hronična promjena, analogno anksioznom isčekivanju, nalazi se inklinacija dijareji.
 9. Parestezije mogu biti propratni simptomi ataka ili vertiga.
 10. Neki od pobrojanih simptoma asocirani uz panični atak mogu se pojaviti i u hroničnom obliku.

U publikacijama do 1900. godine Frojd je stava da se u podlozi anksioznosti radi o eksitaciji seksualnog tipa diferencirajući njeno porijeklo na a) psihičko (u hysteriji i drugim neuropsihozama odbrane) i b) somatsko (u aktualnoj neurozi) [8]. U "Tumačenju snova" Frojd [9] nastavlja elaborirati i o anksioznosti, te navodi njena tri iz-

vorišta u snovima: a) somatsko – manifestuje se poteškoćama disanja, smetnjama srčanog rada; b) aktualno neurotsko – iskazuje se u vidu anksioznosti u snovima koja prati *coitus interruptus*, ili periodične akumulacije libido kao što je to slučaj kod *pavor nocturnus*; i c) psihoneurotsko – potisnuti libido, psihoseksualna ekscitacija, biva transformiran u anksioznost. U ovoj publikaciji Frojd [10] predočava parcijalno metapsihološko tumačenje anksioznosti. Neprerušene ili nedovoljno prerušene potisnute želje u snovima "uvijek su propraćene anksioznosću". Tako se stvara specifična relacija između anksioznosti i želja ida, koje se postavljaju oponentno sistemično predsvjesnog i svjesnog.

Godine 1917. godine pojavljuje se Frojdova iznimno značajna publikacija posvećena fenomenologiji anksioznosti, predavanje "O anksioznosti" u kojoj se navodi "Svako od nas je doživio tu senzaciju, ili da kažem konkretnije, to afektivno stanje" [11]. "Realističnu" anksioznost poredi s "neurotičkom". Prvu dovodi u vezu s percepcijom vanjske opasnosti, tj. "očekivane povrede". Povezuje je s refleksom bijega i smatra manifestacijom instinkta samoočuvanja. U okviru neurotske anksioznosti Frojd nijansira tri tipa: a) slobodno flotirajuću anksioznost isčekivanja koju iznalazi i obligatornom atribucijom anksiozne neuroze; b) tip anksioznosti koji je vezan u fobijama; i c) anksioznost koja nije povezana s opasnošću, npr. propratna anksioznost kod hysterije, ili spontani ataci anksioznosti ili fragmentirane manifestacije anksioznosti poput pal-

pitacija. U ovoj publikaciji Frojd piše: "Naše opservacije o anksioznoj neurozi vode nas da zaključimo da se skretanje libida od njegove normalne upotrebe, što uzrokuje razvoj anksioznosti, zbiva u području somatskih procesa... Drugi problem – uspostavljanje veze između neurotske anksioznosti, koja je abnormalno upotrebljavanje libida, i realistične anksioznosti, koja korespondira reakciji na opasnost – izgleda da je još teže razriješiti..."

U razdoblju od 1919. do 1940. godine Frojd objavljuje studije u koje se posebno bave revizijom teorije anksioznosti. Svoj konačni metapsihološki stav predocio je u djelu "Inhibicije, simptomi, i anksioznost" [12]. Anksioznost postaje stimulus za odbranu, adaptaciju i formaciju simptoma: "...Simptomi se konsolidiraju kako bi se izbjegla *opasna situacija* čije prisustvo signalizira generiranje anksioznosti". Frojdova centralna teza je da postoje dvije vrste anksioznosti. Među njima postoji odnos iako su drugačijeg izvorišta. Tako je "anksioznost izvorna reakcija na bespomoćnost i traumu, i biva reproducirana kasnije u opasnoj situaciji kao signal za pomoć". Anksioznost asocirana uz vlastitu bespomoćnost čiji je prototip trauma rođenja, podrazumijeva automatsku anksioznost. Reprodukcija ovog doživljaja u opasnoj situaciji manifestuje se kao anksioznost signalnog tipa. U revidiranoj teoriji anksioznosti Frojd diferencira i tzv. četiri opasne situacije koje obilježavaju ontogenetski proces: "Svaka opasna situacija korespondira određenom periodu života ili posebnoj razvojnoj fazi mentalnog aparata... U

ranom djetinjstvu individua istinski nije opremljena da može ovladati psihički velikim sumama ekscitacije koje joj pristihu bilo izvana bilo iznutra. Nadaљe, u određenom periodu života njegov stvarni najznačajniji interes je da ljudi o kojima ovisi ne povuku svoju nježnu brigu ispunjenu ljubavlju iz ovog odnosa. Kasnije, u dobu dječaštva, kada osjeća da je njegov otac prično snažan rival u njegovom odnosu s majkom i postaje svjestan vlastitih agresivnih inklinacija usmjerenih ka ocu i seksualnih intencija usmjerenih ka majci, on se stvarno opravdano plasi oca; i njegov strah od kazne može naći ekspresiju kroz filogenetsko pojačavanje u kastracionom strahu. Konačno, kako ulazi u socijalne odnose, za njega je stvarno neophodno da se plasi svog supruga, da ima savjest..." U revidiranoj teoriji anksioznosti Frojd nijansira njene patološke i adaptivne funkcije, što je ujedno i ključna različitost u revidiranom pogledu na proces formiranja simptoma. Anksioznost može imati i adaptivni kvalitet, te u obliku signalne anksioznosti motivisati ego da aktivira odbrane. Frojdovo reformiranje teorije anksioznosti dodalo je još jedno značajno pitanje u psihanalitičku misao – šta je to čega se pacijent plaši?

Uprkos svim opravdanim zaslugama za monografiju iz 1926., u psihanalitičkim krugovima smatra se da formulacije koje je Frojd prezentirao u njoj nisu optimalno jasne [13,14]. Šur (*Schur*) [15] napominje da je u vremenu rada na ovoj monografiji Frojd imao gotovo 70 godina i da mu je dijagnosticiran karcinom grla, te da je

knjigu pisao u žurbi ostavljajući si nedovoljno vremena za redigovanje. Sam Frojd [12], kada je pokušao objediniti unitarni izvor ova dva oblika anksioznosti, ostavio je naznaku “*Non liquet*²”.

Tokom pete i šeste decenije proteklog stoljeća u psihanalitičkim publikacijama aktuelna su nastojanja da se iznijansi Frojdova teorija iz 1926. godine. Razlike među ovim autorima najvećim dijelom se odnose na značaj koji atribuiraju signalnoj ili traumatskoj anksioznosti [13]. Među psihanalitičarima koji se tokom proteklih dvije decenije posebno bave fenomenologijom anksioznosti kao zgodan primjer izdvaja se Marvin Hurvič (*Marvin Hurvich*). Hurvič naglašava da psihička dezorganizacija također može predočavati psihičku opasnost koja, dodatno, može provocirati anksioznost. Ne umanjujući značaj njene signalne funkcije, Hurvič podcrtava i značaj Frojdovog koncepta o traumatskoj anksioznosti. Hurvič [17] navodi: “Relevantno je ponoviti da se hiljade referenci u psihanalitičkoj literaturi odnose na iskustva i strahovanja od preplavljenosti, od biti progutan, fragmentiran i anihiliran, srodnih Frojdovoj traumatskoj anksioznosti. Glavni primjeri su Džounsova (*Jones*) aphanisis; psihotična anksioznost Kleinove; instinktivna opasnost Ane Frojd (*Anna Freud*); Fenichelova (*Fenichel*), Zetcelova (*Zetzel*) i Šurova (*Schurr*) primarna anksioznost; Winnicottova nemisliva anksioznost; anihilaciona anksioznost Litlove (*Littl*); Sandlerova (*Sandler*) pozadina sigurnosti; Vaelderova (*Waelder*) mega anksioznost; Bionov

(*Bion*) neimenovani užas; Sternova (*Stern*) biotrauma; Frošova (*Frosch*) bazična anksioznost; organizmička nevolja Malerove (*Mahler*); Kohutova (*Kohut*) dezintegracijska anksioznost; očekivanje strašnog suda Kristalove (...); Mate-Bjankova (*Matte-Bianco*) beskonačnost; Tustinova (*Tustin*) taklizmička katastrofa; i Grotštajnova (*Grotstein*) anksioznost pljen-predator.” Ono na čemu Hurvič insistira u svojim publikacijama, a s čim je usaglašena i autorica ovog teksta, je da psihanalitičke teze zasnovane na proširenom razumijevanju traumatske anksioznosti, zajedno s konceptom signalne anksioznosti, omogućavaju podrobnije razumijevanje fenomenologije anksioznosti, “čvorne tačke u koju konvergiraju najrazličitija i značajna pitanja” [11]. Redukcija anksioznosti na četiri tipične opasnosti kojima je subjekat izložen tokom ontogeneze i koja se reproducira u kasnjem životu u vidu signalne opasnosti, značajno limitira psihanalitički pogled na ustrojstvo ljudske psihe, kao i formuliranje psihodinamskih okvira u kojima se iznalazi geneza različitih psihičkih poremećaja [13,14,17].

EVOLUCIJA PSIHOANALITIČKOG POGLEDA - PANIČNI POREMEĆAJ PER SE

Panični poremećaj ne adresira se u psihanalitičkoj literaturi konzistentno kao različita i izdvojena nozološka jedinica, moguće zbog skučene psihijatrijske definicije sindroma [18]. Aktu-

² „nije jasno“

elna problematika svakako je povezana i s činjenicom da se anksiozni neutrotski poremećaji u praksi vrlo često ispoljavaju u miješanom obliku. Shodno ovome npr. Gabard (*Gabbard*) [19] navodi da studije komorbiditeta pokazuju da pacijenti, uobičajeno, pate od dva ili više anksioznih poremećaja nego što ispoljavaju kliničku sliku čistog oblika specificiranog dijagnostičkog entiteta. Prve psihoanalitičke formulacije o paničnom poremećaju utkane su Frojdov koncept o anksioznoj neurozi. Istovremeno, anksioznost je prouzrokovana nagomilavanjem nerasterećene tenzije seksualnog tipa i isključivo je somatskog porijekla. U "Tumačenju snova" Frojd [9] notira i psihoneurotsko porijeklo anksioznosti uvodeći tezu o potisnutom libidu koji se transformira u anksioznost. Ovim stvara podlogu za odnos između anksioznosti i želja ida koje su neprihvatljive svjesnom stratumu. U "Uvodnim predavanjima o psihoanalizi" 1917. godine Frojd [11] piše da je "generiranje anksioznosti reakcija ega na opasnost i signal za bjeg", pri čemu "generiranje neutrotske anksioznosti provokira formiranje simptoma, što rezultira vezivanjem anksioznosti". U skladu s reviriranom teorijom anksioznosti, te nešto docnjijim strukturnim modelom ličnosti, panični ataci rezultiraju iz nemogućnosti ega da mehanizmima odbrane veže anksioznost i prijetnju udalji od svjesnog. Klasični psihoanalitički pristup paničnim atacima specificira nesvesni konflikt [20] kao nužan i specifičan uzrok. Ovom stanovištu velikim dijelom doprinosi Fenichelova [21] "Psihoanalitička teorija neuroza"

u kojoj aktuelnu neurozu, kojoj pripadaju i kliničke manifestacije paničnih ataka, definira direktnom kliničkom manifestacijom nesvesnog konfliktta. U njenoj psihodinamici podcrtava inhibiciju funkcija ega i asocirana bolna osjećanja tjeskobe. Neki put je praznjenje akumulirane tenzije nevoljno i eksplozivno, kao što se zbiva u paničnim atacima. Tako je Fenichel dalje elaborirao i u psihoanalizi čvrsto utemeljio Frojdovo stanovište da su simptomi aktualne neuroze nukleus svakog psihoneurotskog konfliktta. Fenichel također napominje da su anksiozni neutrati hipersenzitivni i skloni iritacijama jer uslijed relativno insuficijentne ego kontrole lako na blage stimuluse reaguju kao da su veoma intenzivni. Formulacija paničnih ataka u okviru anksiozne neuroze podrazumijeva doživljaj vrlo visokog stupaja anksioznosti koji je znatno alarmantniji od signalnog kvaliteta. Obzirom da je porijekla psihičkog konfliktta ovako intenzivne prijetnje ego ne uspijeva vezati mehanizmima odbrane [20]. Ovo vodi ka privremenoj, tranzitornoj dezorganizaciji aficiranog subjekta. "Ponekad 'Ja' nije sposobno da pripitomi strah. Ocena 'Ja' koja je imala za cilj da spreči traumatsko stanje može ga, ustvari, izazvati. To je ono što se dešava ... kad na opasnost reaguju panikom, koja ih parališe. Namera 'Ja' da signališe pomoću straha ne uspeva kad je osoba, kao rezultat ranijeg potiskivanja, u stanju povećane tenzije..." [21]. Definirajući psihičku podlogu paničnih napada Fenichel napominje da je ovakvo reagiranje inducirano ili stanjem predispozicije za anksioznost, ili prethod-

nim visokim kvantumom napetosti, ili ranijim potiskivanjima. Tako panični doživljaj, kao izraz neuspjeha kontrole ega, odražava privremenu regresiju u stanje traume u kojem je izbijanje panike automatski arhaični mehanizam.

U psihoanalitičkim publikacijama nešto kasnijeg datuma, paralelno s razvojem teorije objektnih odnosa, pojavljuje se i teorija deficit-a. Grinakre (*Greenacre*) [22,23] sugerira da prolongirana nerasterećena tenzija koju je subjekt doživljavao tokom ranog djetinjstva može na specifičan način aficirati granice ega. Ovo vodi ka izvjesnoj predispoziciji za anksioznost koju je nemoguće razlikovati od konstitucionalnih faktora. Iz ovih razloga tokom ontogeneze konflikti, immanentni svakom psihoseksualnom razvojnom stadiju, bivaju intenzivirani. Istovremeno, organizirajući i integrativni kapaciteti ega su komprimirani uslijed pritisaka koje imponira prolognirana tenzija. Ovakva intrapsihička situacija u razvojnom dobu rezultira preranim sarzijevanjem i fragilnošću kapaciteta ega. Manifestna klinička posljedica je da dijete, docnije odrasla osoba, vrlo lako biva preplavljenog nagonskim zahtjevima ida.

Sličan pogled na anksioznost predložava i Tajsonova (*Tyson*) [24]. Razmatrajući razvoj signalne funkcije ona sugerira proširenje koncepta libidne konstantnosti objekta kako uočava da su maturacioni stupanj ega i njegova snaga da koristi afekat kao signal razvojno dostignuće koje obilježava "reorganizaciju ega posljedično uspostavljanju izvjesne mjere libidne konstantnosti objekta". Poput Grinakrove

i Tajsonova napominje da nepovoljan razvoj aficira integrativne i organizirajuće funkcije ega. Usljed ovog odbrane ostaju slabe. Nagonski pritisci su, s druge strane, pojačani zbog nedostatnosti ega koje se očituju u neadekvatnim odbranama i niskoj toleranciji na frustraciju. Daljnji razvoj pod patološkim uplivom rezultira sve većim komprimiranjem integracijskih i organizacijskih funkcija ega. Rezultat je da je ovako strukturirani subjekt skloniji izbijanju konflikta. Istovremeno, nedostaje mu snaga ega da se s njim adekvatno i izbori. Tako "anksioznost, prije no da funkcionira kao signal koji organizira i štiti, postaje unaprijed generiran afekat koji obilježava ličnost. Rezultat je da pretjerani afekti potkopavaju ego funkcije i objektne odnose vodeći ka repeticiji prije nego ka izbjegavanju osjećaja bespomoćnosti" [24].

Sve do 1980. godine u psihoanalizi se panični napadi smatraju sastavnim dijelom kliničke slike anksiozne neuroze. Nakon njegove psihijatrijske diferencijacije u zaseban psihički poremećaj, i u psihoanalizi se pojavljuju studije fokusirane ekskluzivno na njegova obilježja. Buš (*Busch*) i saradnici [25] u pilot studiji identificiraju značajni stresor koji je prethodio izbijanju paničnog poremećaja kod svakog pacijenta iz uzorka. Stresori su bili povezani s nivoom isčekivanja. Uobičajena su bila isčekivanja vezana za posao, kao i gubitci vezani za značajne osobe iz pacijentovog života, posebno tokom perioda djetinjstva. Ekstenzivne analize rezultata ove studije ukazale su i na obrazac anksioznosti u odnosu na socijaliziranje tokom djetinjstva, nepodr-

žavajuće roditeljske odnose, kao i osjećanja uhvaćenosti u klopu. Također, pokazalo se da ovi subjekti imaju stanovaite poteškoće u manipuliranju ljutnje i agresiviteta. Mnoge opservacije iz ove studije potvrđene su u docnjim istraživanjima. Venturelo (*Venturello*) i saradnici [26] su ustanovili da pacijenti s paničnim poremećajem imaju veću incidencu stresnih životnih događaja, posebno gubitke, tokom više mjeseci koji prethode izbijanju paničnih ataka. U studiji Roj Barnija (*Roy-Byrne*) i saradnika [27] ispostavilo se da ovi pacijenti doživljavaju veliku patnju u odnosu na stresna životna zbivanja no što je to bio slučaj u kontrolnoj grupi. U obimnoj studiji Kendlera (*Kendler*) i saradnika [28] panični poremećaj ispostavio se snažno i signifikantno asociran s roditeljskim razdvajanjem i smrću. U studiji je indiciran poseban značaj ranog odvajanja od majke. Milrodova (*Milrod*) i saradnici [29] ustanovljavaju da u nekim slučajevima panični poremećaj može biti rezultat interpersonalnog gubitka, te predstavljati komplikovani oblik žalovanja. Milrodova [30] sugerira da su pacijenti koji razviju kliničku sliku paničnog poremećaja skloni doživljajima fragmentacije selfa. Prisustvo ego defekata, koji podrazumijevaju i izvjestan nivo konfuzije na relaciji self-objekat, dovodi u vezu s poteškoćama paničnih neurotika da anksioznost koriste kao signal. Tako autorica podsjeća na zapožanja koja je prije više od 50 godina u psihanalitičkoj literaturi predočila Grinakre.

UMJESTO ZAKLJUČKA: PSIHODINAMIKA PANIČNOG POREMEĆAJA

Krucijalna psihološka razvojna zatrepreka kod paničnih neurotika prevashodno se iznalazi u nerazriješenoj problematiki edipalnog perioda [13, 25, 31]. Stoga u intrapsihičkoj strukturi paničnog neurotika permanentno agiraju neneutralizirane nagonske pulzije kako agresivnog, tako i incestnog sadržaja. Pohranjene u idu one vrše pritisak na ego zahtijevajući rasterećenje. Obzirom na njihovo agresivno i libidino incestno obilježje zabranjene su od strane superga koji, također, vrši pritisak na ego naređujući mu da ne dopusti njihovo zadovoljenje. Ego je pri nuđen koristiti se mehanizmima odbrane. Kod paničnog neurotika pulzije ida su snažne. Istovremeno, ego je jošiz proteklih razvojnih faza najčešće oslabljen što se očituje u poteškoćama pri identificiranju različitih intenzivnih afektivnih stanja, posebno ljutnje. Iz ovog razloga, kada nastupi prijetnja da u svjesni stratum probiju ovakvi sadržaji, ili oni već budu doživljeni, ego je sklon percipirati ih kao iznimno opasne, preplavljujuće i nemoguće za kontrolisati. Također, nedostatno razvijena signalna funkcija anksioznosti rezultira nemogućnošću da se prepozna ili odgovori malim, kontrolisanim dozama anksioznosti, tj. da se moduliraju signalni anksioznosti. Ovako strukturirana ličnost sklona je habitualnom defanzivnom modusu u slučaju prijetnji probijanja sadržaja ida u svjesni stratum ličnosti. Stoga, stereotipno vraćanje nagonskih zahtjeva usposta-

vlja permanentnu upotrebu određenih odbrambenih metoda od strane ega usmjerenih prema nagonskom zahtjevu. Tako se panični pacijent, tipično, koristi bilo kojom kombinacijom sljedećih ego odbrana: reakcionom formacijom, nečinjenjem, somatizacijom i eksternalizacijom [25,32]. Nečinjenje i reakciona formacija mogu pomoći poricanju negativnih afekata poput ljutnje. S druge strane, odbrane poput somatizacije i eksternalizacije često su sinergički udružene što prevenira introspekciju. Preoblikovane u derivate dejstvom seta mehanizama odbrane nagonske pulzije ida, u prerusenom obliku, neprepoznatljive za svjesni stratum ličnosti probijaju u svijest. Svoje zadovoljenje ostvaruju na patološki način – psihopatološkim simptomima. Signalna anksioznost i posljedična aktivacija odbrana služe da preveniraju traumatsku anksioznost. Frojd [12] je sugerirao da je u traumatskoj anksioznosti ego preplavljen „ekscitacijom, bilo unutarnjeg bilo vanjskog porijekla, s kojom se ne može izboriti“. Tokom paničnog ataka subjekt proživljava upravo iskustvo traumatske anksioznosti.

Ego slabosti, tipični mehanizmi odbrane i preedipalni upliv [13] intenziviraju subjektov doživljaj anksioznosti i tokom edipalnog perioda. Kastraciona anksioznost doživljava se kao ekstremna tjelesna vulnerabilnost i strah od smrti („Imam srčani napad“), što produbljuje ranije aktiviranu separacionu anksioznoist [32]. Kliničku sliku paničnog poremećaja tako odlikuje *circulus vitiosus*. Usljed nerazriješene

edipalne problematike pacijent sebe na nesvesnom planu doživljava kao „agresivnog edipalnog oponenta“ [32]. Ova nesvesna predstava evocira opasnosti od povrjeđivanja libidno katektiranih objekata. Kod subjekta se aktivira defanzivni regresivni proces i on zapada u bespomoćno i ovisno stanje čime se inicira začarani krug. Sada nesvesne agresivne pulzije edipalnog doba provociraju anksioznost i osjećanje krivice kako su usmjereni ka roditeljskim figurama koje su isto tako katektirane i libidom. Kako bi se odbranio od istih, subjekt zapada u pomenuto regresivno stanje bespomoćnosti. Za uzvrat, ovakva regresija stimulira porast anksioznosti i pojavu osjećanja krivice i reaktivno konfliktno stanje između nesvesnih agresivnih i libidnih stremljenja. Ovakva konstelacija ultimativno vodi ka izbijanju paničnog nivoa anksioznosti. Panični neurotik želi biti zreo, samostalan i doživljava stid i sramotu pri nemogućnosti da izlazi na kraj s vlastitim emocijama i tegobama. Vrlo često se registruje potreba da ponište fragilni koncept selfa [13] i osjećaj bespomoćnosti korištenjem kontrafobičnih odbrana [33]. Kod paničnih neurotika nerijetko nailazimo i na nerealistične fantazije apsolutne neovisnosti, uz istovremeno prisustvo snažnog negiranja subjektove želje za ovisnošću o drugom. Čest je i defanzivni bijes i krivljenje drugih, eksternalizacijom i projekcijom vlastitih nedostatnosti. Ipak, separacioni strahovi i ljutnja centralni su u izbijanju panike, kao i u njenoj perzistenciji [15,32].

PSYCHOANALYTIC EPISTEMOLOGY OF PANIC DISORDER

Aneta Sandić

Private psychiatric practice "Dr. Sandić",
Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Short summary

The focus of this text is on psychoanalytic epistemology of panic attacks, as neurotic manifestation of condensed anxiety. The detailed theoretical study has its origin in Freud's concept of anxiety neurosis. In accordance to mainstream psychiatric and psychoanalytic trends, in particular Kendler's research, panic attacks were differentiated as an independent nosologic unit in 1980. Contemporary theory, in particular the work of Federic Busch and Barbara Milrod are taken into consideration while formulating psychodynamics of this disorder. Author's own research data were incorporated as panic disorder was in the focus of a recently defended PhD theses.

The text deals with the actual psychodynamics of panic disorder that manifests itself in insufficient resolution of oedipal problematics that are combined with ego weakness from early life stages. Impossibility of panic neurotics to use signal anxiety, as modulation of intense affective states, particularly of anger, as well as overwhelming by fear of dying or fear of losing one's mind are crucial marks that point out at the fact that in panic attacks disintegrate anxiety plays a prominent role. Indeed, it is surprising that some contemporary authors give insufficient significance to this topic in their professional psychoanalytic publications.

Key words: anxiety, neurosis, panic, disorder, oedipal, signal, disintegration

Literatura:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. Klein D. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1964; 50:306–17
3. De Massi F. The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *Int J Psychoanal* 2004; 85:311–36.
4. Sandić A. Fenomenologija lažnog selfa. *Psymedica* 2012; 2:28–32.
5. Freud S. On the psychical mechanism of hysterical phenomena. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol III: Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1893–1899; 25–39.
6. Breuer J, Freud S. Studies on Hysteria. New York: Basic Books; 2000.
7. Freud S. On The Grounds for Detaching a Particular Syndrome From Neurasthenia Under The Description 'Anxiety Neurosis'. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol III: Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1893–1899; 85–115.
8. Compton A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety I: the development of Freud's theory of anxiety. *J Am Psychoanal Assoc* 1972; 20:3–44.
9. Freud S. Tumačenje snova. Odabrana dela Sigmunda Freuda. Beograd: Matica srpska; 1976.
10. Sandić A. Metapsihologija Sigmunda Freuda. *Odjek* 2012; 65(3–4):58–61.
11. Freud S. Introductory Lectures on Psycho-Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol XVI: Introductory Lectures on Psycho-Analysis (Part III). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1916–1917; 241–463.
12. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol XX: An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1926; 75–176.
13. Sandić A. Objektni odnosi u psihanalitičkoj psihoterapiji agorafobije i paničnog poremećaja. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Sarajevo; 2013.
14. Sandić A. Psihoanalitička teorija anksiozni. *Agrafa* 2013; 2:48–56.
15. Schur M. The ego and id in anxiety. *Psychoanal St Child* 1958; 13:190–220.
16. Hurvich M. Fear of being overwhelmed and psychoanalytic: Theories of anxiety. *Psychoanal Rev* 2000; 87:615–649.
17. Milrod B. Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder. *J Amer Psychoanal Assn* 1998, 46:673–790.
18. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2005.
19. Sandić A, Burgić-Radmanović M. Etiopatogeneza neurotske anksioznosti iz ugla psihodinamske teorije. *Engrami* 2008; 30(1), 27–39.
20. Fenichel O. Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga; 1961.

22. Greenacre P. The predisposition to anxiety. *Psychoanal Q* 1941; 10:66–94.
23. Greenacre P. Considerations regarding the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal* 1960; 61: 571–84.
24. Tyson P. Psychic structure formation: The complementary roles of affects, drives, object relations, and conflict. *J Amer Psychoanal Assn* 1988; 36S:73–98.
25. Busch FN, Cooper AM, Klerman GL, Penzer RJ, Shapiro T, Shear K. Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. *Psychoanal Inq* 1991; 11:316–32.
26. Venturello S, Barzega G, Maina G, Bogetto F. Premorbid conditions and precipitating events in early onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43:28–36.
27. Roy-Burne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events of the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1424–7.
28. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women: A twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:109–16.
29. Milrod B, Leon AC, Shear MK. Can interpersonal loss precipitate panic disorder? *Am J Psychiatry* 2004; 161:758–9.
30. Milrod B. Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder. *J Am Psychoanal Assn* 1998; 46:673–790.
31. Sandić M. *Fobični neurotik i njegov objekat*. Sarajevo: Svetlost; 1988.
32. Busch FN, Milrod BL, Rudden M, Shapiro T, Singer M, Aronson A, Roiphe J. Oedipal dynamics in panic disorder. *J Am Psychoanal Assn* 1999; 47:773–90.
33. Busch FN, Milrod BL, Singer MB. Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *J Psychother Practice and Research* 1999;8:3, 234–42.

Aneta SANDIĆ
Grbavička 58, Sarajevo, BiH
Mob: +387 61 487 256
E-mail: ordinacijasandic@gmail.com

OD IZOLACIJE DO INTEGRACIJE - ULOGA I ZNAČAJ PSIHOLOGIJE U SVEOBUVATNOJ MEDICINSKOJ ZAŠTITI

Jovana Stojanović¹
Jasmina Barišić²
Srđan Milovanović^{2,3}

UDK: 613.86:177

„Um i telo su više nego u braku, jer su najintimnije sjedinjeni;
i kad jedan trpi, drugi saoseća“.

Lord Česterfild (1694 - 1773)

- 1 Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 3 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Povezanost psihologije i medicine utemeljena je na činjenici da je predmet njihovog proučavanja čovek. Istoriski gledano, kao zasebne oblasti saznanja, psihologija i medicina, nisu imale previše dodirnih tačaka. Nastale iz različitih izvora, medicina iz iskustva o telesnom funkcionalisanju tokom bolesti i zdravlja, a psihologija iz filozofije, razvijale su se sa drugaćim ciljevima, u različito vreme. Uvidanje ograničenja „parcijalnog saznavanja i funkcionalisanja“ vodilo je ka većoj interdisciplinarnoj saradnji, sa ciljem osvetljavanja jedinstvene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u određenju zdravlja i bolesti. Pojava medicinske i zdravstvene psihologije, kao posebnih grana primenjene psihologije, označila je ulazak psihologije na teren medicine, prevašodno preko psihijatrije, a zatim i preko drugih grana somatske medicine. S druge strane, razvoj psihosomatske medicine, bihevioralne medicine, konsultativno-liaison psihijatrije (C/L psihijatrije) odražava prepoznavanje potrebe za primenom znanja iz psihijatrije i psihologije izvan psihijatrijskih odeljenja, odnosno unutra različitih oblasti somatske medicine. Savremena razmatranja sveobuhvatne medicinske zaštite uključuju razmišljanja u okvirima sve veće integracije i interakcije. Usmeravanje pažnje savremene medicine na ulogu i doprinos koji psihološki faktori imaju u etiologiji, toku i razvoju oboljenja i unapređenja zdravlja, otvorilo je polje novih mogućnosti za delovanje psihologa unutar različitih nivoa i oblasti zaštite zdravlja.

Ključne reči: psihologija, medicina, zdravlje, liaison, psihijatrija

TRI STRANE ISTE STVARNOSTI – BIOLOŠKI, PSIHOLOŠKI I SOCIJALNI FAKTORI (HOLISTIČKI PRISTUP ČOVEKU)

Razvoj identiteta psihologije i medicine, kao zasebnih oblasti saznavanja, dugo vremena je bio determinisan zauzimanjem polaritetnih tačaka. Medicina je svoju sferu interesovanja i delovanja pozicionirala na polu telesnog/somatiskog, a psihologija na polu mentalnog/psihičkog. Preovlađujuće paradigme i principi saznavanja određenih epoha uslovjavali su njihove „samostalne“ razvoje, što je vodilo ka neophodnoj akumulaciji „parcijalnih, izolovanih“ znanja. Sa stanovišta početka konstituisanja jedne oblasti saznavanja kao samostalne naučne, teorijske i praktične, delatnosti takav razvoj je prirodan, ako ne i neophodan. Tačka u kojoj je započeto približavanje psihologije i medicine definisana je ponovnim prepoznavanjem važnosti holističkog principa integrisanosti psihe (duše) i tela, odnosno saznanjem da u zdravlju i bolesti učestvuju obe komponente [1,2,3].

Hronološki gledano, prepoznavanje suptilne među igre duše i tela, kao i njihov međusobni doprinos zdravlju odnosno bolesti osobe, datira još iz vremena Hipokrata (460-377 p.n.e). Početak jasnijeg strukturisanja i praktične implikacije shvatanja da su psiha i telo „dve strane iste stvarnosti“ i da se procesi u jednoj sferi funkcionalizacija odražavaju na procese u drugoj, vezuju se za pojavu psihosomatske medicine početkom tridesetih godina 20.veka[4]. Razvoj koncepta „psihosomatsko“ tekaо je od „psihofiziološkog paralelizma“, u kome je osoba posmatrana kao jedinstveno psihofizičko biće, ka sve većem prepo-

znavanju značaja koji pored bioloških i psiholoških faktora imaju i socijalni faktori [1,5]. Posmatranje osobe kao biopsihosocijalnog bića suština je savremenog holističkog pristup čoveku.

Dva ključna aspekta savremenog holističkog pristupa čoveku su princip dinamičnosti i princip integrisanosti. Diničnost holističkog pristupa ogleda se u prihvatanju stanovišta o stalno prisutnoj interakciji procesa u organizmu i sredini u kreiranju bolesti odnosno zdravlja. Princip integrisanosti podrazumeva težnju ka osvetljavanju doprinosa bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u održavanju i unapređenju zdravlja, nastanku i toku bolesti. Usmeravanje pažnje na psihološke, biološke i socijalne procese kao i njihovu međusobnu interakciju predstavlja osnovu biopsihosocijalnog modela. U svom poznatom članku u časopisu „Science“ pod naslovom “The need for a new medical model“, Engel (*Georg Engel*), po specijalizaciji internista i psihijatar, 1977. godine postavlja temelje biosociopsihološkog modela [6]. Ovaj model u fokusu svojih interesa nema samu bolest, već bolesnog čoveka sa svim njegovim doživljajima i ponašanjima i, kao takav, podrazumeva sistemski teorijski pristup zdravlju i bolesti. Sistemski teorijski pristup polazi od osnove da su svi nivoi organizacije bilo kog entiteta međusobno hijerarhijski povezani i da promene na bilo kom nivou utiču ne promene na ostalim nivoima [1]. Naglašavanje značaja interakcije procesa na „makro i mikro“ i njihovih međusobnih uticaja i doprinosu u zdravlju i bolesti, doveo je do prepoznavanja potrebe za interdisciplinarnom saradnjom.

OD MEDICINSKOG KA PSIHOLOŠKOM KONTEKSTU -ŠIRE PODRUČJE DELOVANJA I DOPRINOSA PSIHOLOGIJE U ZDRAVSTVU

Pomeranje interesovanja sa same bolesti na čoveka, uslovilo je potrebu da se, osim medicinskih metoda dijagnostike i lečenje, koriste i drugi postupci vezani za procenu psiholoških i socijalnih aspekata funkcionisanja obolele osobe. U tom kontekstu, biopsihosocijalni model imao je veliki doprinos na razvoj novih područja delovanja i doprinosa psihologije kao zasebne naučne discipline. Primena psiholoških znanja, metoda i postupaka u zdravstvu, prvobitno je bila definisana u okviru medicine (*medicinski kontekst*), a tek kasnije kontekstom psihologije kao samostalne nauke (*psihološki kontekst*). Ovo „pomeranje“ omogućilo je šire polje delovanja psihologije unutra medicine i zdravstva.

Hronološki gledano, područje primene psihologije u medicini i zdravstvu inicijalno je bilo vezano uz sadržaje i područje psihopatologije. *Medicinska psihologija* je prva grana primenjene psihologije u zdravstvu, a njen osnovni sadržaj vezan je za područje problema psihičkih poremećaja [6]. Ovako definisano područje delovanja upućuje na usko preklapanje psihologije sa poljem interesovanja psihijatrije, odnosno područje delovanja psihologije vezano je za usko područje jedne medicinske oblasti (psihijatrija). Po mišljenju Milona (*Millon*) i sam termin *medicinska psihologija* ukazivao je na uže polje delovanja psihologije kao primenjenje grane unutar zdravstva, obzirom na implikaciju prideva „medicinski“, u mnogo većoj

meri, na bolest tj. patološki proces, nego na zdravlje [7].

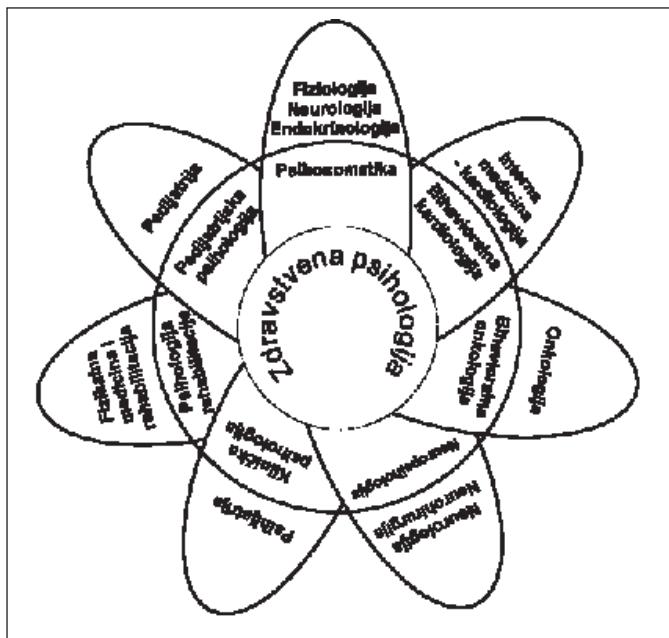
Šire područje primene psihologije u zdravstvu, koje je određeno kontekstom psihologije, a ne medicine, najadekvatnije izražava termin *zdravstvena psihologija* koji su predložili Stoun i saradnici (Stone et al.) [8]. Naziv zdravstvena psihologija, prema mišljenju ovih autora, u granicama je psihologije i kao tatkav dobija jasan identitet nove discipline psihologije povezane sa ostalim medicinskim disciplinama. Sam pojam „zdravlje“ umesto pojma „medicine“ proširuje polje primene psiholoških znanja, metoda i postupaka ne samo na lečenje bolesti nego i na nastojanja da se zdravlje sačuva i prevencijom bolesti [9]. Celovitiji teorijski pristupi tumačenju složenih odnosa između psihičkih stanja, ponašanja, zdravlja i bolesti doveo je do razvoja i širenje primene psihologije u rešavanju brojnih, složenih zdravstvenih problema u kliničkoj praksi. Havelka daje šematski prikaz mogućnosti ali i neophodnosti primene psihologije unutar različitih domena somatske medicine (Slika 1.) [6]. Slika 1 jasno ukazuje da je definisanje primene psihologije u zdravstvu prevashodno psihološkim kontekstom, omogućilo primenu psiholoških znanja, metoda i postupaka u okviru: onkologije, kardiologije, neurologije i neurohirurgije, pedijatrije, endokrinologije, fizikalne medicine i rehabilitacije.

PSIHOLOGIJA NA TERENU MEDICINE

Slobodno se može reći da je biopsihosocijalni model doprineo i strukturalnim promenama u psihologiji i razvoju novih pristupa psihijatrije problemima

somatske bolesti. Ekspanzija holističkog pristupa čoveku, biopsihosocijalni model, uviđanje uticaja koji psihološki faktora mogu imati na zdravlje i bolesti, zajedno su omogućili i „ulazak“ psihologije na teren medicine i „obnavljanje veze“ psihijatrije sa somatskom medicinom. Počev od 1970-tih, sve izraženiji stepen povezanosti psihologije i psihijatrije sa ostalim domenima somatske medicine u kliničkoj praksi, potvrđuje i pojava zdravstvene psihologije i konsultativno-liaison psihijatrije (C/L psihijatrije) [1,5]. Zajedničko polje interesovanja zdravstvene psihologije i C/L psihijatrije je briga o mentalnom zdravlju osoba izvan psihijatrijskih odeljenja, tj.unutar različitih domena somatske medicine.

Zdravstvena psihologija omogućila je „direktan“ ulazak i prisustvo psihologa u različitim oblastima somatske medicine. Najšire prihvaćenu definiciju *zdravstvene psihologije* dao je Mataraco (Matarazzo) 1980. godine i definisao je kao „...skup specifičnih, obrazovnih, naučnih i stručnih doprinosa psihologije kao zasebne discipline, poljima unapređenja i očuvanju zdravlja, prevencije i lečenja bolesti, identifikaciji etioloških i dijagnostičkih korelata zdravlja, bolesti i disfunkcija koje su sa njima u vezi, kao i poboljšanje sistema zdravstvene zaštite [10]. Po definiciji oblasti svog delovanja, zdravstvena psihologija, prevashodno je usmerena na mentalno zdravu populaciju kod koje somatska bolest, hendiček i/ili disfunkcija, lečenje i/ili rehabilitacija.



*Slika 1. Povezanost psihologije i različitih oblasti somatske medicine,
prema Havelka i Ševo, 2002*

*Picture 1. Connection of psychology and various fields of somatic medicine,
accordint to Havelka and Ševo, 2002*

litacija, sekundarno mogu voditi mala-daptivnim pa i psihopatološkim ispoljavanjima. U tom kontekstu, zadaci psihologa usmereni su ka: 1) prevladavanju stresa izazvanog dijagnostikovanjem i saznanjem bolesnika o potrebi lečenja i 2) prevladavanju stresa u toku hospitalizacije, lečenja i življena uz novu bolest i rehabilitaciju [1]. Generalno, direktni doprinosi psihologije različitim oblastima somatske medicine ogledaju se u mogućnosti delovanja psihologa na nivou: 1) prevencije, 2) dijagnostike, 3) lečenja i 4) rehabilitacije.

„Indirektan“ ulazak psihologije u somatsku medicinu omogućen je prepoznavanjem ograničenja tradicionalnog konsultativnog modela, koji je dugo vremena predstavljao praktično, kliničko sredstvo psihosomatske medicine [4,5]. Ovaj model je funkcionalisao kao model „vatrogasaca“ i podrazumevao je „posetu“ psihijatara odeljenjima somatske medicine, sa ciljem procene psihičkog

stanja kod somatski obolelog pacijenta i davanja saveta za njegovo lečenje [4].

Konceptualni razvoj pojma C/L psihijatrije bio je uslovjen prepoznavanjem potrebe za širim opsegom delovanja psihijatara na somatskim odeljenjima, s obzirom na probleme koji su se javljali u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Delovanja psihijatara je prepoznato kao neophodno u situacijama: 1) procene reakcije pacijenta na bolest, 2) pružanja brzih psihoterapijskih akcija kod psihički ugroženog pacijenta, 3) razmatranja svih aspekata interakcije lekara i bolesnika kao i ostalog osoblja i bolesnika i 4) rada sa porodicom obolelog [5]. U tom kontekstu, (Lipowski) je C/L psihijatriju definisao kao subspecijalnost koja se bavi: 1) dijagnozom, lečenjem i proučavanjem, prevencijom psihičkih poremećaja kod telesno obolelih pacijenata i 2) edukacijom nepsihijskog osoblja u lečenju somatskih i bolesnika sa psihičkim problemima [6].

*Tabela 1. Modeli C-L psihijatrije
Table 1. Models of C-L psychiatry*

Modeli C-L psihijatrije/Models of C-L psychiatry		
Fokus na konzultacije/ Focus of consultation	Fokus na funkcionišenje/ Focus of function	Fokus na način rade/Focus of work
1. Orientisan na pacijenta/ Patient-oriented model	1. Konsultativni model/ Consultation model	1. Okno u milion model/ Basic liaison model
2. Orientisan na situaciju/ Situation-oriented model	2. Liaison model/Liaison model	2. Model intensivne nege/ Critical care model
3. Orientisan na ličak/ Critic-orientated model	3...Moč model/Bridge model	3. Bioklinički model/ Biological model
4. Orientisan na celo gledi takilo negativaciju/ Comprehensive-oriented model	4...„Hibrid“ model/Hybrid model	4. Model okretanja/ Milieu model
5. Proširen model psihijatriske konzultacije / Expanded Psychiatric consultation model	5. Autonomni psihijatritički model/Autonomous psychiatric model	5. Integrativni model/ Integral model

Razvoj kliničke prakse C/L psihijatrije predstavlja je pomeranje ka integrativnijoj formi saradnje između psihijatrijskih i somatskih službi, što je doveđe do formiranja različitih modela C/L psihijatrije (Tabela 1.) [4]. U Tabeli 1. vidi se da je razvoj kliničke prakse C/L psihijatara bio determinisan potrebom za „pokrivanjem i prevazilaženjem“ različitih problema koji su se javljali tokom: 1) konsultacija, 2) funkcionalisanja C/L psihijatara u odnosu na somatske službe i 3) samog načina organizovanja rada C/L službe. U okviru ovih modela psiholog je, u većoj ili manjoj meri, prepoznat kao integralna komponenta multidisciplinarnih timova sa jasno definisanim aktivnostima delovanja.

Važnost prisustva psihologa unutra C/L službi dobro ilustruje podatak o tome da je u 76 % slučajeva psihološki tretman predstavlja orijentir daljim aktivnostima C/L psihijatara u tretmanu somatoformnih poremećaja [10]. Do-

prinos koji psiholozi mogu imati u različitim fazama toka bolesti i procesa lečenja unutra C/L službi definišu tri grupe aktivnosti: 1) psihološka procena; 2) psihološke intervencije i tretman i 3) liaison aktivnosti psihologa [12,13].

Psihološka procena uključuje procese: 1) statusa mentalnog zdravlja, 2) faktora koji doprinose pojavi bolesti i održavanju zdravlja, 3) psiholoških faktora koji utiču na manifestaciju simptoma, 4) stilova prevladavanja, 5) psiholoških kapaciteta za adaptaciju na samu bolest i konsekvence oboljenja. Veliku grupu aktivnosti psihologa predstavljaju *intervencije* i sam tretman koje oni sprovode, kako u odnosu na bolesnika, tako i u odnosu na nepsihijatrijsko osoblje (lekari i sestre) i porodicu. Ove intervencije su najčešće usmerena na prevenciju, tretman i korekciju: 1) emocionalnih konflikata, 2) deficitarnih veština u suočavanju sa distresom, 3) rizičnog ponašanja ili životnog stila u odnosu na pri-

Tabela 2 Osnovne karakteristike DCPR

Table 2 Main characteristics of DCPR

Abnormale reaktionen veranlaßt die Krankheit / Abnormal illness behavior	Psihološki faktori koji utiču na somatsko stanje / Psychological factors affecting medical conditions
1. Persistente somatisacija / Persistent somatisation	1. Aklerizacija / Alkalinity
2. Funkcionalne načine somatske simptomatike u odnosu na psihijatrijski poremećaj / Functional symptoms secondary to psychiatric disorder	2. Tip „A“ ponašanje / Type A behaviour
3. Komorbidni simptomi / Co-morbid symptoms	3. Demoralizacija / Demoralisation
4. „Reakcija na godišnjicu“ / Anniversary reaction	4. Irritabilno napetostanje / Irritable mood
5. Boja bolesti / Disease phobia	
6. Istančno boja / Thirsty phobia	
7. Anhiosnost uvezivanja / Health anxiety	
8. Pericanje bolesti / Illness denial	

rodu oboljenje i 4) unapređenje adaptivnih mehanizama svih strana uključenih u proces lečenja. *Liaison aktivnosti* psihologa definišu se kao edukacija koju psiholozi pružaju nepsihijatrijskom osoblju. Psihološka edukacija nepsihijatrijskog osoblja u funkciji je olakšavanja rada i pružanja podrške, posebno kroz prenošenje znanja o: 1) tretmanu i savladavanju bola, 2) načinima suočavanja sa umiranjem i smrću bolesnika, 3) faktorima koji doprinose većem stepenu saradnje bolesnika u samom procesu lečenja [5,12,13].

Uloga i značaj psihologije u domenu medicine ogleda se i doprinosima različitih istraživanja koje sprovode psiholozi u: 1) promociji i očuvanju zdravja, 2) prevenciji bolesti, 3) boljeg suočavanja sa bolešću, 4) utvrđivanje uticaja psiholoških faktora na somatske bolesti, 5) poboljšanje sistema zdravstvene zaštite i 6) oblikovanja zdravstvene politike [9]. Značajnost potrebe za operacionalizacijom psiholoških faktora koji utiču na somatsko stanje, ogleda se i u pojavi nove kategorija poremećaja „Psihološki faktori koji utiču na somatsko stanje“ u DSM-V klasifikaciji (Diagnostic and Statistical Manual) kao i pojavi „Dijagnostičkih kriterijuma za psihosomatska istraživanja“ (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR). Njihova zajednička primena omogućila je bolje identifikovanje psihološkog distresa i karakterističnih pacijentovih psiholoških reakcija na somatsko oboljenje (Tabela 2.) [14,15]. U Tabeli 2. prikazano je istraživanjima potvrđenih 8 manifestacija abnormalnog ponašanja vezano za bolest i 4 psihološka faktora, koji pojedinačno ili zajedno mogu uticati na somatsko stanje obolelog. Utvrđivanje njihovog prisustva i međusobne interak-

cije može predstavljati polaznu osnovu u kreiranju konkretnih terapijskih aktivnosti u tretmanu psiholoških problema somatskih bolesnika.

U svetu, aktuelno, glavne oblasti istraživanja u zdravstvenoj psihologiji odnose se na: 1) istraživanje mehanizama koji povezuju doživljavanje i ponašanje sa somatskim bolestima-stres, 2) reakcije bolesnika na bolest i ulogu bolesnika - problemi hospitalizacije, 3) uticaj doživljavanja i ponašanja u nastanku specifičnih bolesti (malignih, kardivaskularnih, gastrointestinalnih), 4) mehanizme nastanka bola i njihovog otklanjanja i 5) pridržavanja preporuka i saveta lekara [16].

PROCESI INTEGRACIJA -SAMOSTALNI I KOLABORATIVNI DOPRINOSI

Razvoj uloge i značaja koje psihologija ima unutar sveobuhvatne medicinske zaštite determinisan je: 1) samostalnim doprinosima psihologije kao naučne, teorijske i praktične, delatnosti i 2) razvojem disciplina sa kojima je psihologija u direktoj relaciji, prevashodno razvojem psihijatrije kao integralne komponente opšte medicinske nege.

Činjenicu da psiholozi u kliničkoj praksi, po definiciji svoje struke razmišljaju u okviru biopsihosocijalnog modela, prepoznala je savremena medicina [1]. Postojanje zajedničke osnove kao i pojava problema savremene medicine uslovjavali su potrebu za sve većom interdisciplinarnom saradnjom psihologa i lekara. Konkretno, promene u prirodi, uzrocima i strukturi zdravstvenih problema (nove masovne bolesti, porast psihičkih bolesti i poremećaja, veća osetljivost populacije na sve sitnije simpto-

me bolesti, potreba za prilagođavanjem na hronične bolesit), porast jatrogenih bolesti, primena visoke tehnologije u medicini koja pogoduje parcijalnom pristupu lečenju i posledično dehumanizaciji odnosa lekar-bolesnik, zajedno su usmerili pažnju savremene medicine ka psihološkim korelatima zdravlja i bolesti [12,13,16]. Psihologija, kao nauka o ponašanju i mentalnim procesima, pružila je nezamenljiv doprinos u razumevanju načina na koji razvoj, emocije, učenje, motivacija, kognicija, ličnost, životno iskustvo, socijalni kulturni faktora mogu imati na zdravlje, bolest ili pojavu problema u psihološkom funkcionalisanju. U tom kontekstu, pored „tradicionalne“ psihološke prakse u okviru tercijalne prevencije, psiholozi dobijaju sve značajnije mesto na nivou primarne i sekundarne prevencije [12,13].

Prepoznavanje psihologije kao integralne komponente multidisciplinarnih timova C/L službi bilo je uslovljeno razvojem kliničke prakse C/L psihijatrije. Pozicija, uloga i značaj psihologije nadalje će zavisiti i od stepena i načina na koji će sama psihijatrija, „osigurati“ svoje prisustvo unutar opšteg medicinskog settinga. U tom procesu očigledan „zaostatak“ u razvoju psihijatrije u odnosu na ostatak medicine, može predstavljati njenu prednost. Činjenica da razvoj psihijatrije nije bio praćen i podržan spektakularnim tehnološkim dostignućima, što je karakterisalo razvoj dijagnostikovanja i tretmana somatskih oboljenja, omogućila je psihijatriji da izvore svoje snage i dalje crpi iz ključnog aspekta kliničke prakse kroz -human, psihološki i socijalni tretman bolesnika [17].

Liaison psihijatrija mogla bi da bude sredstvo kojim bi se omogućilo „reinkorporiranje“ ovih vrednosti i veština u

opštu medicinsku negu i istovremeno prevazilaženje aktuelne nedovoljne inkorporiranosti psihijatrije u kontekst opšte medicinske nege [17]. Uzimajući u obzir savremeni odnos psihijatrije i psihologije, moglo bi se reći da bi ostvarivanjem ovog zadatka sama psihijatrija omogućila dodatni „pristup“ i delovanje psihologije unutar različitih nivoa i oblasti zaštite zdravlja.

„Samostalan“ doprinos psihologije u obezbeđivanju humanijeg tretmana ogleda se i u pojavi terapijskog modela procene, odnosno metoda „kolaborativne procene“ [18]. Ovaj metod, s obzirom da je baziran na humanističkoj i fenomenološkoj psihologiji i socijalnom konstruktivizmu, klijenta ne tretira kao „psihometrijski rezultat“, već posebnu pažnju usmerava ka procesima interakcije. Dijagnostički proces i povratna informacija koriste se zajedno u funkciji edukacije, savetovanja ili strukturisanja kratke forme psihoterapije. Posmatrani zajedno, oni predstavljaju osnovu za početak rekonceptualizacije života klijenta u kontekstu prirode oboljenja, tretmana lečenja i načina održavanja i unapređenja zdravlja. Ovaj metod odražava prevazilaženje nedostataka neintegrisanih, „parcijalnih“ delatnosti i intervencije psihologa unutar kliničkog settinga (psihodiagnostika/psihoterapija) [18].

Tendencije ka sve većoj integraciji ističe Adamović, koji predočava mogućnost budućeg objedinjavanja ciljeva i aktivnosti psihosomatske medicine, konsultativne psihijatrije, liaison psihijatrije, bihevioralne medicine, psihijatrije u primarnoj zaštiti, psihijatrijskih aktivnosti u opštoj bolnici u „jedinstvenu medikopsihijatrijsku disciplinu, koja će se verovatno zvati konsultativna psihijatrija“ [5].

Aktuelno, sam način i tretman psihičkih i psiholoških problema i psihijatrijskih poremećaja u opštem medicinskom setingu prevazilazi povezanost (liaison) psihijatrije sa medicinom, odnosno u većoj meri podrazumeva integraciju psihijatrije u medicinu [17,19]. Po red toga, u svetu, u rad liaison službi, u sve većem obimu, uključeni su stručnjaci iz drugih disciplina, što odražava veći stepen interakcije različitih disciplina. Sve veći stepen „integracije i interakcije unutar liaison službi“ ogleda se i kroz pojavu izdvojenih službi, tj. odeljenja medicinske psihologije (psychological medicine)[17]. Osnivanje zasebnih odeljenja medicinske psihologije unutar opštег medicinskog seting predstavlja dovoljno dobar impuls razvoju psihologije u smeru pronalaženja načina za većim stepenom integracije i interakcije, kako u ravni svojih primarnih delatnosti, tako i u pogledu saradnje sa različitim medicinskim disciplinama.

ZAKLJUČAK

Razvoj psihologije i psihijatrije određen je kretanjem od izdvojenosti ka sve većem prepoznavanju značaja i doprinosu multidisciplinarnog pristupa zdravlju i bolesti. Dominacija savremenog holističkog pristupa čoveku usmerava pažnju ka neophodnosti napredovanja u smeru postizanja većeg stepena interak-

cije i integracije aktivnosti profesionalaca kako u intradisciplinarnoj, tako i interdisciplinarnoj ravni. Prisustvo psihologa kao članova tima u radu različitih odeljenja somatske medicine (zdravstvena psihologija), razvoj kliničke prakse liaison psihijatara i pojave odeljenja medicinske psihologije unutar opšte medicinske nege zajedno odražavaju napore stručnjaka, uključenih u kreiranje sveobuhvatne medicinske zaštite, ka ostvarivanju ovih ciljeva.

Status i položaj psihologa u zdravstvu u našoj zemlji nije u skladu sa mogućim doprinosom koji psiholozi mogu pružiti u poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga. Uloga i značaj psihologije u sistemu sveobuhvatne medicinske zaštite mogla bi biti determinisana stepenom njene „fleksibilnosti“ i obimom njenih „adaptibilnih kapaciteta“ u odnosu na postavljanje zahteve za većom interakcijom i integracijom disciplina uključenih u proces medicinske nege. U zavisnosti od toga, psiholozima bi se otvorila mogućnost direktnog angažovanja ili saradnje sa stručnjacima drugih medicinskih oblasti, u sve većoj raznolikosti potencijalnih medicinskih setinga.

Kreiranje sistema zdravstvene zaštite koji bi u većoj meri podrazumevao prisustvo psihologa moglo bi doprineti porastu efikasnosti zdravstvenog tretmana, humanizaciji odnosa u zdravstvu i ostvarivanju značajnih ušteda.

FROM ISOLATION TO INTEGRATION - THE ROLE AND IMPORTANCE OF PSYCHOLOGY IN COMPREHENSIVE MEDICAL CARE

Jovana Stojanović¹
Jasmina Barišić²
Srđan Milovanović^{2,3}

„The mind and the body are more than married, for they are most intimately united; and when one suffers, the other sympathizes“.

Lord Chesterfield (1694 - 1773)

Summary

The relationship between psychology and medicine is based on the fact that the object of their study is man. Historically, psychology and medicine, as two independent scientific areas, did not have many overlapping points. They derived from different sources, medicine from experience on the physical functioning, psychology from philosophy, and have been developed with different goals at different times. Realization of the limits of "partial understanding and functioning" led to larger interdisciplinary cooperation with the aim of highlighting the mutual interactions between biological, psychological and social factors in determining illness and health. The occurrence of clinical and health psychology marked the entrance of psychology in the field of medicine primarily through psychiatry and then through different fields of somatic medicine. On the other hand, development of psychosomatic medicine, behavioral medicine, and consultation-liaison psychiatry (C/L psychiatry) reflects the recognition of the need to apply the knowledge from psychiatry and psychology outside of psychiatric wards that is in different fields of somatic medicine. Contemporary considerations of comprehensive medical care involve thinking in terms of increasing integration and interaction. Directing attention of contemporary medicine to the role and contribution, of psychological factors that occur in illness and to the promotion of health, opened the field of new possibilities for psychologists to work within the different levels and areas of health care.

Keywords: psychology, medicine, health, liaison, psychiatry

- 1 Clinic for psychiatric disorders „Dr Laza Lazarević“, Belgrade, Serbia,
- 2 Clinic for Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
- 3 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Berger D. Zdravstvena psihologije. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju; 1997.
2. Malhotra S, Padhy SK. Consultation-liaison psychiatry: conceptual issues. Journal od Mental Health and Human Behaviour. 2012; 17(3):4-13.
3. Milovanović D, Milovanović S. Psihosomatika danas. U: Milovanović D, Đukić Dejanović S, urednici. Odabrana poglavlja iz psihijatrije. Beograd-Kragujevac: ŽEKS; 2000. p. 193-200.
4. Sethi S. Models of Consultation-liaison psychiatry. Journal od Mental Health and Human Behaviour 2012; 17(3):14-7.
5. Adamović V. Psihosomsatska medicina i konsultativna psihijatrija, priručnik za kliničku praksu. Beograd: Službeni list SCG; 2005.
6. Havelka M, Ševo LJ. Zdravstvena psihologija – priručnik za nastavnike srednjih zdravstvenih škola. Zagreb: Školska knjiga; 2002.
7. Millon TI, Green C, Meagher R. Handbook of Clinical Health Psychology. New York. Plenum Press; 1982.
8. Stone GC, Cohen F, Adler NE. Health Psychology - A Handbook. San Francisco, Washington, London, Jossey - Bass Publishers; 1979.
9. Havelka, M. Zdravstvena psihologija, Jastrebarsko, Naklada „Slap“, 2002.
10. Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. American Psychologist. 1980; 35, 807-17.
11. Smith GC, Clarke DM, Handrinson D, Dunisia A. Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. Psychosomatics. 2000; 41(6):481-89.
12. Brown RT, Freeman WS, Belar C et al. The role of psychology in health care delivery. Professional Psychology: Research and Practice. 2002; 33(6):536-45.
13. Wahass SH. The role of psychologists in health care delivery. Journal of Family and Community Medicine 2005; 12(2): 63-70.
14. Fava GA, Sirri L. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. International Review of Psychiatry 2013 Feb; 25(1):19-30.
15. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise TN. Psychological factors affecting medical condition: A new proposal for DSM-V. Psychosomatics 2007; 48(2):103-11.
16. Havelka, M. Zdravstvena psihologija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1995.
17. Sharpe M. Psychological medicine and the future od psychiatry. The British Journal of Psychiatry 2014; 204: 91-2.
18. Finn SE, Tonsager ME. How therapeutic assessment became humanistic. The Humanistic Psychologists 2002; 30:10-22.
19. Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine?. British Journal of Psychiatry 2003; 183: 5-7
20. Kumar D. Principles, guidelines and future of consultation-liaison psychiatry. Journal od Mental Health and Human Behaviour 2012; 17(3):18-24.
21. Gupta R, Nebbinani N. Consultation-liaison psychiatrists: Roles and Approach. Journal od Mental Health and Human Behaviour 2012; 17(3):25-31.
22. Pattanayak D, Sagar R. Consultation-liaison psychiatry: The way forward. Journal od Mental Health and Human Behaviour 2012; 17(3):1-3.
23. Serafino EP. Health Psychology – Biopsychosocial Interaction. New York. John Wiley; 2006.
24. Berger J, Biro M, Hrnjica S. Klinička psihologija-individualna i socijalna. Beograd, Načuna Knjiga, 1990.
25. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. American Juornal of Psychiatry. 1980; 137: 535-44

FILOZOFSKA KRITIKA KAO NADOGRADNJA PSIHOANALIZE (ili ako, kad i koliko filozofija priznaje Frojdovo nesvesno)

Aleksandar Damjanović

UDK: 615.851.1:159.964.2:130.1

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije,
Beograd, Srbija

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu,
Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Rad razmatra filozofsку критику, али и филозофске допуне (комплементарности) Frojdove концепције психоанализе. Пoseбно се анализира утицај Витгенштajнове, Jaspersove и филозофије Merlo-Pontija на Frojdov рад али и „спекулативно“, чitanje Frojda od стране pojedinih филозофских праваца и njihovih protagonista. Razmatra se i filozofska kritika pojma nesvesno, као и чинjenica da li je психоанализа naučna disciplina. Položaj психоанализе u savremenoj филозофији je krajnje kontroverzan - od prihvatanja, negiranja, модификација па све до покушаја revalorizација iuvodenja нове филозофско-психолошке epistemologije.

Ključne reči: филозофија, психоанализа, критика, Vitgenštajn, Frojd

„Frojd je učinio lošu uslugu svojim fantastičnim pseudo-objašnjenjima (upravo zato što su genijalna)....Frojdovo delo umrlo je zajedno sa njim. Niko danas ne može da se bavi psihanalizom onako kako je on to činio“

„Podvrgnuti se psihanalizi unešto nešto je slično kao jesti sa drveta saznanja. Saznanje koje na taj način stičemo suočava nas sa novim etičkim problemima, a ništa ne doprinosi njihovom rešavanju“

Ludvig Vitgenštajn

UVOD

Istorijska predstava o nastajanju, proizlaženju svih nauka iz филозофије, не може се у временском смислу shvatiti pojednostavljено, као да се radi о jednokratnom procesu koji se zbio neka-

da u прошlosti i od тада traje osiguravajući definitivnu razdvojenost овih disciplina. Naprotiv, motivi, horizonti i pojmovne anticipacije које se садрže u филозофији jedног doba бивaju непrekidno методолошки и садрžinski prisutni i integrисани u problemском подручју науке tog doba. Главни ‘pravci’ (Позитивизам, Marksizam, Egзистенцијализам, Hermeneutika, Fenomenologija, Strukturalizam, Postmodernizam) су не зависно jedan od другог уобличили ‘спекулативно чitanje Frojda’. Ove ривалске традиције u recepciji ‘Frojdove психоанализе’ обележиле су основну teorijsku klimu savremene филозофије. U извесном smislu se može govoriti o konsolidaciji savremene филозофије iz duha Frojdove teorije. Pri tom, ne smemo da zanemarimo okolnost da je Frojdovo učenje izloženo specifičnoj ‘politici

osporavanja' koja je upisana u postkolonijalanu kritiku psihoanalize i feminističko 'flertovanje' s Frojdom [1].

Dijalektički i bidirekcioni odnos psihoanalize i filozofije oduvek je bio prisutan. Može se pre svega ukratko spomenuti da je taj uticaj ponekad korišćen u površne antifilozofske svrhe, kao što je to slučaj kod logičkog pozitiviste Hansa Rajhenbaha (*Hans Reichenbach*, 1891-1953), koji, želeći da anihilira svaku filozofiju koja se ne može izraziti matematičkim simbolima i računom verovatnoće, doslovce smatra da psihološka analiza (koja zapravo prerasta i u patografiju) filozofa više otkriva nego analiza njihovih sistema [2]. Svakako da ovaj spoljašnji, anegdotski pristup filozofiji može biti donekle interesantan (navodi se da je Kjerkegor primio strogo puritansko vaspitanje kao neku vrstu samokazne, da je Šopenhauerov otac izvršio samoubistvo u depresiji, da je Niče mrzeo oca i umro u dubokoj demenciji verovatno kao posledica neurosifilisa, da je Hegelova sestra bolovala od shizofrenije, dok su sva tri brata Ludviga Vigenštajna počinila samoubistvo), ali ovakva "objašnjenja" su redukcionistička i senzacionalistička, nisu esencijalna za razumevanje nečije filozofije, jer autentičnost filozofskih sistema je posledica lucidnih promišljanja a ne posledica (pato)psihologizacije ili skrivenih genetskih korena traducijanizma [3]. Može se tvrditi da je upravo savremena filozofija uspela da univerzalizuje Frojdov diskurs na takav način da je psihoanalitička kultura postala sastavnim delom nove, 'kosmopolitske kulture'. Psihoanaliza nije samo jedan od

pojmova koji se neumitno utisnuo u svest savremenosti, već je reč i o poduhvatu sa značajim teorijskim, naučnim i kulturnim fundusom. Sigmund Frojd (*Sigmund Freud*, 1856-1939), trajno osporavan i revitaliziran utežljivač psihoanalize, predviđao je nešto od toga u svom često spominjanom tekstu *Budućnost jedne iluzije*. Frojd jasno potvrđuje značaj psihoanalize i kao naučne metode i kao istorijske vrednosti u proučavanju čoveka. U uverljivostpsihoanalize on polaze toliku izvesnosti da na kraju kaže da, iako ona nije iluzija, bila bi iluzija verovati da možemo negde na drugom mestu dobiti to što namona (psihoanaliza) ne može pružiti [4]. Frojd ne želi da propagira psihologističke i redukcionističke metode sa pozitivističkom konotacijom pri čemu bi lični i socijalni život sveo na psihizam bez dodira sa realnošću. Njegova metoda analize nije dakle isključivo introspektivna, već sveobuhvatna u onome unutar i u onome izvan ljudskog. U odnosu na one koji osporavaju, kao i pobornike, istorijsko mesto psihoanalize, kao i ličnosti samog Frojda ostaje ipak nedovršena rasprava. Od nastavljača Frojdovog opusa, naravno u novim vrednosnim i didaktičkim opcijama neophodno je pomenuti Žak Lakan (Jacques Lacan, 1901-1981). Na Lakanovom terenu psihoanalitičkog čitanja savremenog subjekta, jedna od novosti u odnosu na Frojda jeste uvođenje i intenziviranje njekorelacije subjekta sa Simboličkim poretkom, pri čemu se fokusira na istraživanju (nalaženju) njegovog simboličkog i traumatskog poniranja [5]. Iako Lakanova hermeneutika, odbacu-

je staru psihologiju, ali i savremenu psihologiju klasičnu frojdijansku psihanalizu, ona originalno tumači odnos subjektovog *Innenwelta* i *Umweltai* ne odustaje od filozofije[6]. Lakan se u svom učenju oslanja na niz filozofa a vrlo prominentno izučava i primenjuje egzistencijalno fenomenološku analizu Moris Merlo-Pontija (*Maurice Merleau-Ponti*, 1908-1961). Merlo-Ponti i Lakan kao da su izmešali sadržaje istog sistema i izašli iz njega, a možda se može reći i da su ga transcedirali. Merlo-Ponti na originalan način tumači filozofski problem telesnosti u svom najpoznatijem delu *Fenomenologija percepcije*. U njemu, kao i kasnije, Merlo-Ponti spaja u jednu celinu područja iz filozofije, psihologije, psihonalize, teorije govora, fiziologije i drugih područja, stvarajući jednu od prvih komplementarnih knjiga o odnosu telesnosti i subjekta. Smisao ovog traženja na koordinatama psihonalize i filozofije već je uočio i sam Lakan. U njegovoj knjizi *Četiri temeljna pojma psihonalize* on naznačuje ključne pojmove bez kojih se psihonaliza ne može razumeti[6]. To su *nesvesno, ponavljanje, prenos i nagon*. Ako analiziramo pojam, *ponavljanje*, Lakan ga tumači kroz jedno specifično tumačenje pogleda, odnosno vidljivog. Pogled, u Lakanovom tumačenju, naspram oka kao funkcije nastoji da istraži bit onog što on zoveskopičko polje. Skopički nagon, kao samo jedan od nagona koji se pojavljuje u tom polju za Lakanom, specifičan je, jer se najpostojanije nastoji odupretiponoru s kojim se subjekt susreće u odnosu s okolinom. Ono što je zanimljivo jeste da on svoje

tumačenje gradi na uvidima iz Merlo-Pontijevog dela *Vidljivoi nevidljivo*. Analiza ova dva gledišta o viđenju očigledna je razlika između Lakana i Merlo-Pontija. Lakan ne želi da se tumačenjem pogleda u psihonalitičkom ključu suprotstavi gledištu Merlo-Pontija. On naglašava da je Merlo-Ponti u oku prepoznao začetak Platonove tradicije, koja ideju vidi kao voditelja koji je vodi, a taj je voditelj, dakle, *okoper se*. On tu ukazuje na zanemarenju zavisnosti vidioca od vidljivog. Iz ove situacije Lakan uočava ono što on zove *shizma* oka i pogleda, u kojoj se zapravo identificuje ono što on zove skopički nagon koji konstituiše i našu svest, a nalazi se na polju vidljivog. Pomoću Merlo-Pontijevih uvida, Lakan želi da izdvoji razliku između subjekta vidljivog i subjekta želje. Psihonaliza za Lakanom se ne konstituiše kao *weltanschauung*, već se bavi jednom daljom razradom pojma 'subjekt' u svom specifičnom pojmovnom i istorijskom maniru. Ta specifičnost se kreće od razlikovanja mehaničke funkcije oka i dijalektičke želje koja se manifestuje u pogledu. Merlo-Ponti je Lakanu bio inspiracija, kao što je već i navedeno, svojom razradom odnosa vidljivog i nevidljivog. Vidljivo predstavlja jednu novu ontološku, optičku perspektivu i jednu specifičnu ontološku moć bića da se konstituiše u svetu. Ipak ona za Merlo-Pontija nema određenje psihonalitičkog značenja, već je reč o moći subjekta da se konstituiše u svetu u odnosu na telo i bitak telesnosti. Telo nije skup funkcija ili, samo deo prostora, već je dan skup značenja i postojanja bitka. Merlo-Ponti je delimično naklonjen

psihoanalizi. Psihoanalitička tumačenja on vidi kao sugestije, koje ako se ne mogu dokazati, ne mogu se ni eliminisati, on psihoanalizu razume i kao određen vid subjektivizacije koji se ogleda u stvaralačkom osvajanju nas samih, bez konzistentnih zahteva strogosti [7,8].

Da li je psihoanaliza nauka

Popper (*Karl Popper*, 1902-1994) nam je poznat, kada su metodološki principi u pitanju, pre svega posvom kriterijumu *opovrgljivosti* koji, po njegovom mišljenju, jasno razgraničava nauku od metafizike. Dakle, da bi jedna teorija bila naučna, moraju biti zamislive instance koje je opovrgavaju. One teorije koje su *principijelno* neoborive jer su postavljenetako da ih nikakvo moguće iskustvo ne može ugroziti, Popper naziva *metafizičkim* i značajan deo njegovog filozofskog opusa (posebno "Otvoreno društvo i njegovi neprijatelji") posvećen je kritiči upravo takvih teorija koje se žele predstaviti kao naučne premda to, prema navedenom kriterijumu, nisu. U svojoj autobiografiji „Traganje bez kraja“ on se prisjeća presudnog uticaja koji je na njegovu metodologiju odrigrala jedna Ajnštajnova (*Einstein*) izjava, kojom on tvrdi kako je spreman da odbaci svoju teoriju relativnosti ukoliko bi ona na određenim eksperimentima zakazala. „Ovo je jedan stav potpuno različit od dogmatskog stava Marks-a, Frojda, Adlera“, piše Popper. „Ukoliko neko postavi naučnu teoriju, moraće poput Ajnštajna da odgovori na pitanje: 'pod kojim uslovimaću priznati da

je moja teorija neodrživa?' Drugim rečima, koje će eventualne činjenice prihvati kao pobijanje, odnosno dokaz netačnosti moje teorije? – Bio sam šokiran činjenicom da su marksisti i psihoanalitičari svih pravaca bili u stanju da svaki mogući događaj interpretiraju upravo kao potvrdu svojih teorija“ [9].

Vitgenštajn, (*Ludwig Josef Johann Wittgenstein*, 1889 –1951), s druge strane, nije bio zastupnik nikakve pozitivne doktrine za njega je filozofija, štaviše, predstavljala aktivnost čiji je cilj konačno oslobođenje od svih doktrina. Na meti njegove kritike, između ostalih, našao se i Frojd. Nit vodilju Frojdove teorije činila je prepostavka da u psihičkom životu vlada strogi determinizam (kao što to o fizičkom svetu prepostavljaju prirodne nauke) kojeg ljudi nisu svesni, a zadatak naučnika je u tome da te psihičke zakone otкриje [10], Frojd je verovao da mora postojati jedinstveno objašnjenje suštine snevanja (a bio je ubedjen da je do tog objašnjenja I došao: svaki san je ispunjenje želje). Svakako da predstavlja ogromnu eksplanatornu moć jedne teorije, ako joj polaziza rukom da objašnjenja svih pojava jedne oblasti iskustva izvede iz jednog osnovnog principa – to gotovo da je ideal nauke. Kao što Vitgenštajn primećuje, „izvesne vrste objašnjenja su neodoljivo privlačna (...) ljudi je izuzetno privukla objedinjenost te (Frojdove)teorije jednim principom – koji je prihvaćen kao očigledno rešenje“ [10]. Značajan nedostatak Frojdove teorije ogleda se u izveštachenosti i neprirodnosti pojedinih objašnjenja koja je tolika, da dovodi u

pitanje prihvatljivost Frojdove teorije. Iako je Frojd bio „vešt“ i „lukav“ Vitgenštajn ne smatra da je stvorio nešto revolucionarno i genijalno. On je samo kreator jedne nove mitologije i novog pojmovnog okvira. Nesvesno po njemu nije ništa revolucionarno, Frojd nije stvorio nove regije duše. Ono što Frojd tvrdi o nesvesnom zvuči kao nauka (empirijska hipoteza) ali je zapravo samo sredstvo reprezentacije. U „Plavoj knjizi“ Vitgenštajn piše: „*Ideja da postoje nesvesne misli izazvala je revolt kod velikog broja ljudi. Drugi su opet rekli da oni nisu u pravu kada predpostavljaju da postoje jedino sve-sne misli i da je psihanaliza otkrila nesvesne misli. Oni koji se protive nesvesnim mislima nisu uočili da se ne protive novootkrivenim psihološkim reakcijama, već načinu na koje su one opisane*“[11].

Postoji li nesvesno - tumačenje filozofa Bečkog kruga

Sa stanovišta filozofije Bečkog kruga, uzmemli Rudolfa Karnapa (*Rudolf Carnap, 1891 – 1970*) kao njenog paradigmatskog predstavnika, pitanje o nesvesnom spadalo bi u takozvana „eksterna“ pitanja, to jest pitanja o prihvatanju određenog pojmovnog okvira. Bez obzira na to što ključni pojmovi psihanalize – nesvesno, kompleks, simptom i sl. – nemaju direktnu potvrdu u iskustvu, to nije razlog za njihovo odbacivanje, jer oni igraju ulogu okvira „Reference na nesvesne komplekse u psihologiji ne impliciraju tvrdnju kako se entiteti ovih vrsta javljaju kao neposredno date“

[12]. Okvir, sam po sebi, nikada nije ni istinit ni lažan – on je samo odabran način, sredstvo kojim će se interpretirati određeni aspekt iskustva. Stoga, govor o nesvesnom ne bi smeо biti odbačen *a priori*. Prihvatanje okvira ne zahteva nikakvo teoretsko opravdanje, jer ono je „praktična odluka koja se tiče strukture našeg jezika. Moramo napraviti izbor da li prihvatom i koristimo forme izražavanja za okvir koji je u pitanju, ili to ne činimo (...) Prihvatanje se ne može procenjivati kao istinito ili lažno zato što ono nije tvrdnja“. Za razliku od „eksternih“, „internih“ pitanja podležu proveri: pošto je određeni okvir prihvaćen, primenom principa verifikacije određeni iskazi unutar okvira se utvrđuju kao istiniti a drugi kao lažni – „interna pitanja su ovde, uopšte, empirijskapitanja na koje treba odgovoriti empirijskim istraživanjima. Sa druge strane, eksterna pitanja (...) su pseudo-pitanja“[12].

Kojim kriterijumima se, onda, rukovodimo u odlučivanju za ili protiv prihvatanja novog okvira? Karnapov odgovor na ovo pitanje krajnje je pragmatičan: „U prihvatanju ili odbacivanju (...) bilo kojih lingvističkih formi, u bilo kojoj grani nauke, na kraju će odlučiti njihova uspešnost kao instrumena, srazmera postignutih rezultata i količine i kompleksnosti napora koji su potrebni (...) Dopustimo slobodu onima koji rade u nekom specijalnom području istraživanja da koriste bilo koju formu izražavanja, koja izgleda da im koristi; sam rad na tom polju će pre ili kasnije dovesti do odbacivanja onih formi koje nemaju korisnu funkciju“. Smatra u istom delu Karnap ko-

ji je, kuriozuma radi, sam prošao kroz niz psihoanalitičkih terapijskih seansi. Dakle: teorija o nesvesnom – kao i bilo koja druga – načelno je dopuštena, a tek rezultat njenog razvoja – mera njenog uspeha u suočavanju sa problemima – presudiće o tome da li ona treba i da opstane. Beskorisne, neplodne teorije vreme česamo izbrisati sa naučne scene. Psihoanaliza se *kao teorija*, može dovesti u pitanje ako se dokaže da narušava bazične principe logike i metodologije. Na primer, ako neki principi psihoanalize krše princip *ne-protivrečnosti*, koji predstavlja jedan od osnovnih logičkih principa, onda oni time krše i principe same racionalnosti, pa *a fortiori* i principe nauke; a široka prihvaćenost rešenja psiholoških problema sugerisanih psihoanalizom, tada se lako može objasniti posledicom ljudske iracionalnosti i sklonosti ubedivanju. Vitgenštajn ističe da se reč „nesvesno“ u svakodnevnom jeziku koristi kao pridev i označava sadržaje koji nisu prisutni u svesti. Frojd je prvo poimeničio ovaj pridev a zatim predpostavio da tako dobijena imenica predstavlja ime nove i neistražene oblasti nastanjene entitetima koji ne samo da nisu prisutni u svesnom, već i da to ne mogu da budu usled potiskivanja. Tek primenom metoda psihoanalize nesvesne misli i želje postaju svesne. Vitgenštajn ukazuje da nesvesno kao fundamentalni termin psihoanalize ima svoje značenje jedino unutar iskaza psihoanalitičkog diskursa a da je značenje ovih iskaza određeno načinom njihove verifikacije. S obzirom da se tvrđenja psihoanalitičara smatraju verifikovanim onda kada ih

klijent koji se podvrgava psihoanalizi prizna kao ispravna objašnjenja svog ponašanja sledi da je reči da je izvesna osoba imala nesvesne misli ili želje kada je postupila na određeni način ne znači ništa drugo nego reći da će ona biti sklona da prihvati naknadnu rekonstrukciju tog događaja koju joj ponudi analitičar. Svi iskazi o nesvesnom mogu se redukovati, prema Vitgenštajnu, na iskaze o ovakovom prepoznavanju *post factum* njima se ne tvrdi da su određene „duševne sile“ u pacijentu bile uzročno aktivne u toku samog analiziranog postupka kao što je verovao Frojd jer bi u tom slučaju istinitost ovakvih postupaka morala da se provjeri na sasvim drugačiji način.

VITGENŠTAJN VS. FROJD

Za Vitgenštajna filozofija je *aktivnost*. Glavni zadatak filozofije treba da bude jasno razlučivanje mišljivog od nemišljivog, ona treba da ograniči nemišljivo iznutra pomoću mišljivog i time ukaže na neizrecivo. Jasno prikazujući neizrecivo sama filozofija će značiti *neizrecivo*. Nijedna prirodno-naučna teorija ne menja ništa u strukturi i obliku filozofskih problema. Sve one mogu imati i obično imaju filozofski interpretaciju, ali to za samu filozofiju ništa ne znači. Darwinova teorija ne utiče na filozofiju više nego neka druga naučna teorija; one su od bitnog značaja samo za područje prirodnih nauka. Vitgenštajnov stav prema Frojdu bio je ambivalentan – s jedne strane ga je visoko cenio (i jedno vreme čak govorio o sebi kao o „Frojdovom sledbeniku“ [13] ali je istovremeno sma-

trao da Frojdovo učenje lako može da zavede na pogrešan putukoliko se shvati bukvalno. Odnos prema Frojdu uočava se u pismu koje Vitgenštajn šalje Normanu Malkomu (*Norman Malcolm*): „*I ja sam takođe bio veoma impresioniran kada sam prvi put čitao Frojda. On je izuzetan-kod njega naravno ima puno sumnjivog razmišljanja a njegov šarm i privlačnost predmeta koji razmatra toliko su veliki da lako možeš da se prevariš. On uvek ističe koliko je jak duševni otpor, koliko su snažne predrasude protiv psihanalize. Ali nikada ne kaže da ta ideja poseduje za ljude ogroman šarm kao uostalom i za samoga Frojda. Možda postoje snažne predrasude protiv razotkrivanja nečeg nedoličnog ali ponekad je to beskrajno privlačnije nego što je odbojno. Osim ako ne razmišljaš vrlo jasno psihanaliza je vrlo opasna i nepoštena praksa i nema kraja njenim lošim posledicama, a za uzvrat je učinila malo dobrog.*“

Filozofija je za Vitgenštajna – kao i psihanaliza za Frojda – bila sredstvo borbe protiv problema, ali za razliku od Frojda on nije razvio nikakvu tehničku terminologiju, niti je težio utemeljenju određene škole i to zbog toga jer je smatrao da je pogrešno uzvisiti jednu određenu vrstu diskursa – mакар on bio naučni ili medicinski – kao obrazac za rešenje svih problema. Problemi mogu biti raznovrsni i nema nikakvog osnova za prepostavku da se svi mogu rešiti po istom ključu. Cilj filozofske terapije je zadobijanje jasnog uvida u ono što nas muči, ali taj uvid nikada nije zagarantovan rutinskom primenom određene tehnike. Čak iako

psihijatar jasno vidi problem pacijenta, on ga ne može rešiti *umesto* pacijenta – kao što duhovito kaže Vitgenštajn, „Niko ne može misliti neku misao za mene, istokao što mi niko *umešto* mene ne može staviti šešir“[14]. Za Vitgenštajna terapija je mišljenje koje dele dvoje, i u kojem je hrabrost da se ispadne glup i neznanica mnogo važnija od znanja. Suština Vitgenštajnovog pristupa sastoji se u rasvetljavanju istog problema iz različitih uglova, sve dok jedan aspekt viđenja ne „upali“ i ne rasprši problem time što ga učini jasnim – jer „filozof tretira jedno pitanje, kao što se tretira neka bolest“ smatra Vitgenštajn, a krajnji cilj filozofske kure je potpuno *iščeznuće* problema. Smer u njihovom rešavanju traži se bez vođstva doktrine i Vitgenštajn je, shvatajući filozofiranje prvenstveno dijaloški, upozoravao na čuvanje od iskušenja umirujućih objašnjenja, glasa koji se traži izvan razgovora, koji bi upravljao mišlju i ponašanjem. Vitgenštajn je Frojdu zapravo najviše zamerala da nije adekvatno razdvajao značenje uzroka i razloga „*Kad se smejemo a ne znamo zašto Frojd je tvrdio da to možemo da odgonetnemo posredstvom psihanalize. Ovde uočavamo da su uzroci pobrkani sa razlozima. Biti načisto zašto se smeješ nije isto što i biti načisto sa uzrocima. Kad bi to bio slučaj tada slaganje sa analizom vica koja je data kao objašnjenje toga zašto se smeješ ne bi bio način da to otkriješ. Prepostavlja se da slaganje (analizirane) osobe pokazuje da je analiza bila uspešna. Nema ničega što bi tome odgovaralo u fizici. Naravno možemo da navedemo uzroke smeha,*“

ali da li su to zaista uzroci ne pokazuje se u tome što se (analizirana) osoba slaže da jesu. Uzroci se otkrivaju eksperimentalnim putem. Psihoanalitički način utvrđivanja zašto se neko smeje analogan je estetskom istraživanju. Jer (kriterijumi) ispravnosti estetske analize mora biti to da se osoba kojoj je ponuđena analiza slaže sa njom. Razlika između razloga i uzroka pokazuje se u sledećem: esencijalni deo istraživanja razloga jeste da se osoba sa tim složi, dok se istraživanja uzroka obavljaju eksperimentalno. Ono sa čime se pacijent slaže ne može biti hipoteza o uzorku njegovog smeja već jedino da je to i bio razlog zašto se smejavao. Naravno osoba koja se slaže da je to bio razlog smeh nije bila svesna da je to bio razlog (za njeno ponašanje) u to vreme ali reći da je to podsvesni razlog samo je način izražavanja.“.

Frenk Kjofi

Frenk Kjofi (*Frank Cioffi*, 1928-2012) ističe da je nerazlikovanje uzroka i razloga zapravo konstitutivni deo Frojdove teorije, a ne neki izgredni propust. Stapanje ovih različitih pojmova i jedan omogućava Frojdu da uvek bude u pravu: kada se psihoanalizom otkriju nesvesni uzroci i razlozi nečijeg ponašanja slaganje analizirane osobe potvrđuje ispravnost analize jer je reč o razlozima: međutim neslaganje analizirane osobe sa predloženom analizom ne opovrgava ispravnost analize pošto su istovremeno to i uzroci a analizirana osoba ne mora biti u stanju da prepozna uzroke svog ponašanja. Dakle nenaučni i mitološki karakter psi-

hoanalize proizilazi iz toga što je Frojd revidirao značenje reči „uzrok“, upotrebljavajući je čas u tradicionalnom značenju onoga što kauzalno određuje nečije ponašanje a čas da njom označi razloge koji racionalizuju to ponašanje i pružaju neku vrstu teleološkog objašnjenja.

Ipak pro et contra

Iako prema Vitgenštajnu psihoanaliza nije nauka to joj ne umanjuje značaj - stvaranje novih pojmovnih okvira jednak je važno kao i formulisanje novih empirijskih hipoteza. Čak je i na jednom svom predavanju Vitgenštajn psihoanalizu nazvao „božanstvenom reprezentacijom“. Njegovo shvatanje filozofske analize ima sličnosti sa psihoanalizom: kao i psihoanaliza tako i analiza našeg svakodnevnog jezima ima terapeutsko dejstvo i predstavlja terapeutski metod, dok nam prva pomaze da se oslobodimo neuroza i anksioznosti, druga nam pokazuje izlaz iz brojnih problema i pseudoproblema koji nas često muče i zbunjuju. Ipak krajem tridesetih godina dvadesetog veka, Vitgenštajn je mislio da počne ozbiljno da se bavi psihoanalitičkom praksom (za koju je smatrao da ima izraziti talent) jer je to smatrao logičkim nastavkom svojih filozofskih istraživanja.

Kriterijum naučnosti: opovrgljivost

Jedan od glavnih razloga ne prihvatanja istinitosti Frojgovog učenja je u tome, što njene ključne postavke često ostaju u sferi pukih hipoteza koje se ne

mogu opovrgnuti, ali ni potvrditi nikakvim (mogućim) iskustvom – osobina koja ih čini, poperovskim žargonom rečeno, *metafizičkim* (kao suprotstavljeni *naučnim*). Poput solipsizma ili idealizma i kod psihanalize važi tvrdnja - nijedna činjenica ne može da se opravda niti opovrgne - odnosno psihanaliza nije nauka *per se* kako to jasno tvrdi Karl Popper. Slično je i sa Frojdovom analizom snova. To, da su ljudi skloni verovanju da snovi imaju neko skriveno značenje, primećuje i Vitgenštajn: „Za snove je karakteristično da se snevaču često čini da oni zahtevaju tumačenje (...). Postoji nešto u predstavama iz snova što poseduje izvesnu sličnost sa znacima nekog jezika. Sličnost koju bi mogao da ima niz oznaka na papiru ili u pesku. Među njima ne mora da se nalazi nijedna oznaka koju smo prepoznali kao konvencionalni znak iz nekog alfabeta koji pozajmimo, a, ipak, mogli bismo da imamo snažan osećaj da te oznake moraju biti nekakav jezik: da nešto znače“ [15]. Frojdov osnovni stav da je san ispunjenje potisnutih želja snevača nije empirijska hipoteza, jer tad bi on bio opovrgnut brojnim primerima snova u kojima se npr. izražava potiskivanje straha a ne želja. Frojd je naizgled ovaj problem razrešio uvođenjem koncepta manifestnog i latentnog sna (pri čemu latentni deo sna uvek sadrži potisnuto želju ma kakav je sadržaj manifestnog sna). Ovim konceptom Frojd je zapravo mogao da isključi svaku negaciju svoje teorije. Frojd čini jedan hrabar korak i kao radnu hipotezu svoje teorije uzima, zdravo za gotovo, da mora biti da je san „... izopaćena

zamena za nešto drugo, nesvesno, i zadatak tumačenja snova je da nađe to nesvesno“ [16]. Modifikujući svoju teoriju tako da njome bude moguća uspešna analiza svih vrsta snova, Frojd je „poboljšava“ sledećom formulom: san je *prikriveno* ispunjenje jedne *potisnute, suzbijene* želje. Osim toga što čini stvari još više neodređenim, dopuštajući da sve što ne liči na ispunjenje želje može ipak biti *prikriveno* ispunjenje i da ono što nije prepoznato kao želja ipak može biti *potisnuta* želja, ova formula ima i jedan nedostatak logičke prirode, naime taj, da određena želja ne može biti ispunjena time što će se, umesto nje, zadovoljiti neka druga koja treba da predstavlja njenu zamenu. Frojd po Vitgenštajnu nije stvorio naučnu teoriju snova već samo nov sistem njihove reprezentacije; prilikom tumačenja snevač u izvesnom smislu iznova sanja san ali u okruženju u kom su izmenjeni njegovi aspekti. Teza da je svaki san samo ispunjenje želje snevača nije suština niti razrešenje već samo gramatičko pravilo; to pravilo treba da omogući prihvatanje i razrešenje simbola sna koje je Frojd smislio kao pravilo svoje teorije. Vitgenštajn je smatrao da podjednako treba prihvati i koncept potisnutog straha kao sadržaja sna ali to bi zahtevalo od Frojda građenje novog pojmovnog aparata i nove hermeneutike [17,18].

Karl Jaspers i kritika psihanalize

Karl Jaspers (Karl Jaspers, 1883-1969) je svojom “Opštom psihopatologijom” svakako učinio grandioznu (r)evoluciju u oblasti psihijatrije. Iako

primarno psihijatar njegova velika ljubav prema filozofiji odvela ga je na katedru filozofije na Univerzitetu Hajdelberg. Jaspers je bio jedan od ideološki prominentnijih kritičara Frojdove konceptualne postavke psihoanalize kao i metodologije same psihoterapije. Najpre smatrao je da psihoanalitički pokret ima status *sekte* jer se u njegove redove može ući samo posredstvom uvodnog rituala inicijacije odnosno obavezne didaktičke analize. Vrlo oštrosko Jaspers je smatrao da psihoanaliza ne zavređuje status univerzitetske discipline, jer metoda koja se ne može ispitati racionalno već samo posredstvom prethodne inicijacije kandidata (čime počinje preobražaj istog) to i ne zaslužuje. Iako je analizu kritikovao i zbog autoritarnosti, kao i svojevrsnog redukcionizma, Jaspers smatra da je pogrešna njena namera da se nametne kao naučna disciplina a ne kao medicinska i terapeutska. Uvodeći konцепције *objašnjavajuće i razumevajuće psihologije* Jaspers smatra da Frojdova psihoanaliza ulazi u konfuznu ulogu u odnosu na ove dve kategorije. Objasnjavajuća psihologija objašnjava psihičke fenomene njihovim uzrocima (kao kad bi nauka utvrđivala kauzalne serije u psihičkoj oblasti). Razumevajuća psihologija čini suprotno - ona shvata psihičke fenomene po njihovom smislu, polazeći od smisla koje oni imaju za posmatrani subjekt. Prema Heršovoj čin razumevajuće psihologije se ostvaruje kada terapeut uspe da proživi, da iznutra sam odigra nameru subjekta, što mu omogućava da objektivno shvati redosled njegovih stanja svesti [19]. Dakle u slučaju objašnjava-

juće psihologije psihijatar se oslanja na neki uzrok- a uzrok nema "smisla", on samo produkuje neku posledicu, u drugom slučaju (razumevajuće psihologije), polazi se od smisla za kojim teži neki subject, ta se težnja prihvata in a taj način se razume šta se dogodilo u psihičmu subjekta. Konfuzija između ova dva postupka dovodi kod Frojda da je on verovao da primenjuje metodu objašnjavajuće psihologije. Verovao je da u psihičkoj oblasti stremi istraživanjima koja se bazirana na naučnoj metodologiji prirodnih nauka, ali u stvari, Frojd je prema Jaspersu primenjivao koncepcije razumevajuće psihologije. Za Jaspersa jedna od presudnih zabluda Frojda je izrada takvog obrasca objašnjenja psihičma koje važi za sve, odnosno konstrukcija i razrada celokupne teorije duševnog života. Međutim Jaspers smatra da je izgradnja objašnjenja koja važe za sve moguća jedino po uzoru prirodnih nauka. Samo iz takvih objašnjenja (objektivnih sa naučnim vrednostima) mogu da poteknu teorije ali ne i razumevanje. Razlog je zato što razumeti znači opnašati intencionalni proces drugog subjekta. Pošto uvek mislimo na individualno biće to ne opravdava prelaz na teoriju opštosti. Frojd zanemaruje razliku između „uzroka i smisla“, čineći redukciju koja mu je omogućila da u okviru svog panpsihičma stvori mali broj jednostavnih modela. Govoreći o Edipovom kompleksu, seksualnosti, potiskivanju, snovima, signalnoj anksioznosti nastaje monotonija, pa čak i tendencija ka vulgarizaciji [19]. Frojd prerušava razumevajuće procese, pod krinku stalnog pribegavanja objašnjava-

vajućim procesima, pri čemu taj proces rađa dosadu. Analitičar je „svemoćan“, pronicljiv, lako i elegantno nudi svoje interpretacije. Laička analiza se primenjuje u muzici, poeziji slikarstvu svodeći realnost na nekoliko shema i trikova. Jaspers podvlači delatnost psihooanalize podložnoj lakoj vulgarizaciji. Jaspers ipak smatra da kada bi psihooanaliza bila samo jedna od teorija među drugima bez isključivosti, mogao bi i njen teorijsko-klinički doprinos biti plodan i nepretenciozan. Potenciranje frojdijanskog kauzalnog, objašnjavajućeg postupka može značajno da ugrozi egzistencijalni smisao, slobodu i odgovornost subjekta. Frojdova psihooanaliza treba da omogući slobodu pacijenta, da ga samostalno, bez suvišnih sugestija dovede do lucidnih odgovora koji treba da uklone sve prepreke na putu ka njegovoj slobodi.

Zaključak

Filozofska kritika, ali i iznalaženje filozofskih komplementarnosti u odnosu na Frojdove koncepcije psihooanalize utiču na „novo dešifrovanje Frojda“. Uticaj Vitgenštajnove „filozofije, Jaspersa, Merlo-Pontija, Lakana na Frojdov rad kao i „spekulativno“, čitanje Frojda od strane pojedinih filozofskih pravaca i njihovih protagonista (pozitivizma, marksizma, egzistencijalizma, hermeneutike, itd.) osnažili su čitav niz kritičko-nadopunjajućih,

epigonskih ali i originalnih diskursa. Ove rivalske tradicije u recepciji ‘Frojdove psihooanalize’ obeležile su osnovnu teorijsku klimu savremene filozofije. Položaj psihooanalize u savremenoj filozofiji je krajnje kontroverzan – od ponekad nekritičnog prihvatanja, preko bezobzirnog negiranja, plauzabilnih modifikacija pa sve do pokušaja revalorizacija-revitalizacije i uvođenja kako novih epistemoloških obrazaca tako i do postmoderne radoznalosti kao uslova za konstituisanje možda jedne nove psihooanalize. Ili možda da ponovo redefinišemo: psihooanaliza onako kako to pokušava Buvres (Jacques Bouresse): “možda nije naučna, ali ipak predstavlja ono najnaučnije, ili u svakom slučaju, ono najuverljivije čemu se možemo nadati, s obzirom na prirodu tih fenomena“. Ono što je ipak i u ovom savremenom trenutku izvesno to je da Frojd nije želeo da propagira psihologističke i redukcionističke metode sa pozitivističkom konotacijom pri čemu bi lični i socijalni život sveo na psihičkim bez dodira sa realnošću. Njegova metoda analize nije dakle isključivo introspektivna, već sveobuhvatna u onome unutar i u onome izvan ljudskog. U odnosu na one koji osporavaju, kao i pobornike, istočniski mesto psihooanalize, kao i ličnosti samog Frojda ostaju ipak nedovršena rasprava i mogućnost beskonačne analize.

PHILOSOPHICAL CRITICISM AS A UPGRADE OF PSYCHOANALYSIS (or if, when and how much philosophy recognizes Freud's unconscious)

Aleksandar Damjanović

School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Clinic for Psychiatry Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

Short summary

The paper examines the philosophical criticism, but also philosophical supplement (complementarity) Freud's conception of psychoanalysis. In particular, we analyze the influence of Wittgenstein, Jaspers and philosophy of Merle - Ponty on Freud's work but also "speculative" read Freud by certain philosophical trends and their protagonists. This paper also considers philosophical critique of the notion of the unconscious, and the fact whether psychoanalysis scientific disciplines. Location of psychoanalysis in contemporary philosophy is extremely controversial - from acceptance, denial, modification and all attempts to reevaluation and the introduction of new philosophical and psychological epistemology.

Keywords: philosophy, psychoanalysis, criticism, Wittgenstein, Freud

Literatura:

1. Savić O. Kurs Filozofija i Frojd. Beograd; 2012.
2. Rajhenbah H. Rađanje naučne filozofije. Beograd. Nolit; 1964.
3. Drakulić B. Filozofski korenii psihanalitičke etike Psihijat dan 2010; 42(1): 37-49.
4. Hasnaš S. Psihoanaliza – između filozofije i pozitivizma psihologizacije. Filozofska istraživanja 2007; 27(1):21–6.
5. Lakan Ž. Spisi, Beograd. Prosveta; 1983.
6. Lakan Ž. Četiri osnovna pojma psihonalize. Zagreb. Naprijed; 1986.
7. Merlo-Ponti M. Oko i duh. Beograd. Vuk Karadžić; 1968.
8. Merlo-Ponti M. Fenomenologija percepcije. Sarajevo. Veselin Masleša; 1990.
9. Popper K. Science, Pseudo-Science and Falsificationism. In: Popper K, editor. *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London: Routledge; 2002. pp. 43-50.
10. Vitgenštajn L. Predavanja i razgovori o estetici, psihologiji i religioznom verovanju. Beograd. Clio; 2008.
11. Sluga S. Ludwig Wittgenstein: Life and Work – An Introduction. In: Sluga H, Stern DG, editors. *The Cambridge Companion to Wittgenstein*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 5.
12. Karnađ R. Empirizam, semantika i ontologija. Beograd. III program; 1971.
13. Vitgenštajn L. Predavanja i razgovori o estetici, psihologiji i religioznom verovanju. Beograd. Clio; 2008.
14. Heaton JM. Wittgenstein i psihanaliza. Zagreb. Jesenski i Turk; 2001.
15. Wittgenstein L. Culture and Value. Oxford. Blackwell; 1998.
16. Vitgenštajn L. Filozofska istraživanja. Beograd. Nolit; 1969.
17. Vitgenštajn L. Predavanja i razgovori o estetici, psihologiji i religioznom verovanju. Beograd. Clio; 2008.
18. Kanački N. Metafizika nesvesnog - filozofska kritika Frojdovog učenja. *Theoria* 2009; 52:65-76.
19. Herš Ž. Istorija filozofije: filozofsko čudežje. Novi Sad. Svetovi; 1998.

Aleksandar DAMJANOVIĆ
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11 000 Beograd, Srbija
Tel: + 381 (0) 66 8300840
E mail: damal64@yahoo.com

PREDUSLOVI KRITIKE PSIHOANALIZE

Srđa Zlopaša

UDK: 615.851.1

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Psihoanalitičko društvo Srbije, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Kritika psihanalize zahteva predhodno rasčišćavanje polaznih tačaka i pretpostavki sa kojih ona kreće. Iz opšteg kritikovanja opšteg dolazi se do metodoloških nejasnoća posledične nekomunikativnosti i nesvrishodnosti kritike, za onoga koji kritiku upućuje, kao i one discipline na koju se ta kritika odnosi. Ovaj tekst je pokušaj razjašnjavanja početnih stajališta koje bi moglo poslužiti kao osnova za dalji specifičniji kritički dijalog. Kapacitet za toleranciju paradoksa, neizvesnosti i paralelnih stvarnosti omogućuje bavljenje ljudskom patnjom i ljudskim pitanjem što povezuje psihanalizu i filozofiju a da ne umanjuje vrednost tih poduhvata rasvetljavanja bliskog a nepoznatog.

Ključne reči: psihanaliza, kritika, filozofija, psihoterapija

UVOD

Kritika psihanalize zahteva predhodno rasčišćavanje polaznih tačaka i pretpostavki sa kojih ona kreće. Iz opšteg kritikovanja opšteg dolazi se do metodoloških nejasnoća posledične nekomunikativnosti i nesvrishodnosti kritike, za onoga koji kritiku upućuje, kao i one discipline na koju se ta kritika odnosi. Ovaj tekst je pokušaj razjašnjavanja početnih stajališta koje bi moglo poslužiti kao osnova za dalji specifičniji kritički dijalog. Razvojem, deljenjem i usložnjavanjem disciplina koje se bave psihološkim, udaljavanja su bila sve veća što je kulminiralo skoro prekidom interdisciplinarnog dijaloga. Rascep je često vodio u samodovoljni izolacionizam. To udaljavanje se na različite načine pokušava prevazići poslednje dve de-

cenije. Filozofija nauke a i praksa ukazuju da krute paradigme neminovno vode do prekida razvoja misli i spoznajnih čorsokaka. Dakle, za interdisciplinarni pristup neophodan je dijalog, makar i unutrašnji, otvoreno gledanje u "tuđe dvorište znanja", i najvažnije, kapacitet da se prevaziđe narcistička vulnerabilnost te otvorenost i hrabrost u preispitivanju fundamenata sopstvenih stajališta.

Rene Dekart (*Rene Descartes*, 1596-1650) je nauku i filozofiju smatrao za delove jedne celine. U metafori drveta znanja koju je Dekart koristio filozofija predstavlja koren a fizika stablo, dok su moral, medicina i mehanika grane tog drveta [1]. Pitanje, koje možemo postaviti, gde je na tom drvetu je izrasla psihanaliza a kasnije i drugi psihoterapijski pravci - iz same potebe za spoznajom

tj. iz korena filozofije (metafizike, kasnije metapsihologije) ili iz intencije za lečenjem tj. medicine, ili pak iz morala odnosno potrebe za neprekidnim poboljšanjem i preispitivanjem? Granice je teško striktno odrediti i kao da moramo prihvati da je predmet bavljenja psihoterapije, koristeći dalje metaforu drveta “nakalemlijen” više grane “drveta znanja” [2]. Kritika neke ideje, discipline, stajališta ima svoj koren u filozofskom preispitivanju. Makar i letimični osvrt na razvoj filozofske kritike ukazuje da je kritika, zapravo filozofija po sebi što kulminira u Kantovim kritikama razuma i suđenja. Kant je sam svoje kritike nazvao “kopernikanskim obrtom”, upoređujući perturbaciju u shvatanju sveta koju je izazvala heliocentrična teorija sa efektima koje bi trebale izazvati njegove kritike.

TRAGOVI STAROG U NOVOM

Frojd, je svoju “profesionalnu konstituciju” izgradio prvenstveno kao histolog zatim neurolog da bi tek kasnije preko ispitivanja histerije krenuo putem utemeljenja nove oblasti. Ostaci Frojdovih razvojnih stadijuma se tako mogu prepoznati i u njegovom delu. Premda je svoj opus ostvario u kratkom XX veku, on je dobrim delom ostao čovek “dugog XIX veka” [3], što je ostavilo traga u njegovoj težnji da biološki i naučno utemelji disciplinu koju je formulisao. Njegov odnos prema filozofiji je bio ambivalentan, s jedne strane težio je da sačuva psihoanalizu od nje, a s druge strane su njegova spekulativnost, tendencija stvaranja teorija ljudske prirode i metapsihologija daleko prevazilazile granice teorije i prakse lečenja neuroza. Frojd je mogli bi smo reći hrabro, ponekad ne-

smotreno ulazio u polje antropologije, evolucije, kulture i umetnosti, grupne i društvene dinamike... Istovremeno se plašio medikalizacije psihoanalize koja bi od nje učinila u prolazan trend u okviru psihijatrije. Tako je pokušao zacrtati kurs psihoanalize kroz tesnac “Scile i Haribde” medicine i filozofije, povremeno se oslanjajući na obe strane a pri tom ne dozvoljavajući da ga neka od njih previše privuče što bi označilo gubitak samostalnog puta razvoja.

MOGUĆNOST KRITIKE

Kritika neke ideje, discipline, stajališta ima svoj koren u filozofskom preispitivanju. Makar i letimični osvrt na razvoj filozofske kritike ukazuje da je kritika zapravo filozofija po sebi sa kulminacijom u Kantovim kritikama razuma i suđenja. Kant je sam svoje kritike nazvao “kopernikanskim obrtom”, upoređujući perturbaciju u shvatanju sveta koju je izazvala heliocentrična teorija sa efektima koje će izazvati njegova kritika. Ono što je bilo šokantno u Kopernikovom obrtu, pored astronomsko-naučnog dela je činjenica, da zemlja, a samim tim i čovek ne стоји u centru svemira što se uzima za prvu veliku narcističku uvredu koju je nauka zadala “ljudskom, suviše ljudskom” [4]. Druga uvreda se odnosila na Darvinov udarac evolucijske teorije porekla vrsta koja je svrstala Homo sapiensa u red primata zajedno sa majmunima. Treći narcistički udarac desio se na samom početku XX veka Frojdovim ukazivanjem da čovek nije suvereni racionalni gospodar u svojoj kući u smislu postuliranja nesvesnog, već da snažan uticaj na motive osećanja i ponašanja imaju nesvesne-iracionalne sile. Time Frojd nije negirao i nipođista-

vao svest i racionalnost, već se na zadnjim talasima racionalizma i prosvetiteljstva i pored skepse nadao u trijumf ega nad stihijom iracionalnog ida, s nadom, da psihoanaliza može odigati veliku ulogu u toj pobedi svesnog. Ovo je suprotno čestom uverenju po kom se psihoanaliza svrstava isključivo u iracionalističke pravce shvatanja ljudske prirode. Drugi Frojdov narcistički udarac građanskog moralu odnosio se na ukazivanje postojanja i važnosti dečije seksualnosti u psihoseksualnom razvoju ličnosti. U okviru Frojdovog shvatanja seksualnosti najprovokatniji i najkontroverzniji deo je o incestuoznim i edipalnim impulsima koje jedinka kroz relativno zdrav razvojni put uspeva da sublimira u socijalno prilagođenim aktivnostima, pre svega, po Frojdu, u kulminaciji razvoja u vidu genitalnosti kao ekvivalenta ljubavi, davanja i reprodukcije te kreativnom društvenom angažmanu. Sledеći kontroverzni aspekt, koji od svog nastanka pre 115. godina izaziva podeljena mišljenja je Frojdovo tumačenje snova.

IDENTITET U ODNOSU NA FROJDA

Kada se govori o Frojdu, često dolazi do mešanja njegovog lika i dela. Tako kod tumačenja i kritike psihoanalize srećemo preklapanja ili poistovećivanja lika i dela, te se često ne zna šta se tumači, kritikuje ili napada - Frojdov lik, tj. onako kako se on zamišlja, ili njegovo delo i obratno. Pitanje je za koga je taj "kritički šum" bio veći, za savremenike, koji su ga poznavali ili pak delili zajedničku epohu ili one koji su došli posle njega i bave se ehom njegovog lika i dela? Savremenici koji su pretendovali na

isti tron naučne i filozofske istine, što je pogotovo bilo izraženo u uzavreloj klimi ključanja novih teorija i pravaca početka XX veka su neposrednije bili pod uticajem lika. Kritike, osporavanja ali i idealizacije Frojda često idu iz ličnog dela onoga koji koji kritikuje. Ti savremenici, kao u ovom slučaju Vitgenštajn, teško su mogli biti oslobođeni pristrasnosti, bilo u pozitivnom ili negativnom smislu. Prema svim velikim istorijskim ličnostima i njihovim delima razvija se ličan odnos, pun projekcija, što ne mora nužno biti loše, te kritika ne može biti poštedena svoje nesvesne motivacije. Taj odnos prema velikanima je nešto poput transfornog odnosa, koji podrazumeva pozitivnu ili negativnu identifikaciju, i služi kao neophodna referentna tačka za razlikovanje i uspostavljanje svog teorijskog i profesionalnog identiteta. Od Frojda se psihologija, psihijatrija i psihoterapija pozicioniraju na kontinumu *pro et contra* Frojda. To najslikovitije viđimo u vizuelnoj, gotovo ikoničnoj upotebi najpoznatije Frojdove fotografije sa cigaretom, koja se koristi od korica udžbenika do psihijatrijskih ordinacija, čekaonica itd. "Frojdov momenat" je u svim naukama koje pretenduju da se bave pitanjem psihološkog, a među njima i filozofija, deobena linija, vreme se računa, pre i posle njega. Tako nehotično dolazi do primene Edipovog kompleksa, čak i na one koji ga osporavaju ili pak ne shvataju. Naime, za ostvarivanje identiteta neophodno je dovoljno dobro razrešavanje ambivalencije prema "ocu". Ambivalencija, pomešana osećanja ovde se odnose na sukob između poterebe za zaštitom, ljubavlju od strane oca i agresivnih pulzija prema ocu. Identitet (lat. *Identitas - istovetnost*) proizilazi iz ovog sukoba, svi sudionici poželjno

preživljavaju, ulaze u sferu simboličkog i niko ne biva ubijen kao u delu "Totemu i tabu" i time se razvija kapacitet za sublimaciju. Tako Frojd u istoriji ideja stoji kao taj Totem koji mora biti prvo napadnut, nekada ubijen i tek onda biti poštovan sa osećanjem krivice. Dalje je pitanje poistovećivanja celog korpusa psihanalize sa Frojдовom harizmatičnom ličnošću. Malo koja disciplina ili nauka dele tu sudbinu psihanalize nad kojom je nadvijena senka njenog osnivača, što bi bilo kao kada bi smo fiziku poistovetili sa npr. Njutnom (*Isaac Newton*). Tako da je često neophodno podsećati da psihanaliza nije Frojd, pogotovo ne njena savremena stremljenja. Začetnik psihanalize jeste Frojd ali nakon Frojda nije nastupio njen kraj već novi početak.

KOJI FROJD I KADA?

Kada se govori o Frojdu, ili se pak kritikuje neki dio njegove teorije neophodno je napraviti distinkciju između vremenskih perioda kada su one nastale, Frojdova misao je evoluirala, ponekad kontinuirano drugi put skokovito, sa puno revizija, odbacivanja ranijih tvrdnji, koegzistiranja paradoksalnih teorija, lutanja i sumnji. Tako, kada govorimo o Frojдовом delu, moramo precizirati koji aspekt i iz koga perioda tumačimo ili kritikujemo, ne postoji "opšti Frojd", kao opšte kritičko mjesto. To je jedna od najčešćih pogrešnih premeta u kritičkoj indukciji koja se postulira u pitanju "da li jeste, ili nije - Frojd bio u pravu", te bi uvek pre mogli pitati "Koji Frojd i iz koga perioda"? Dalje usložnjavanje predmeta kritike i analize se odnosi na koji bi pravac unutar psihanalize fokus kritike bio usmeren - školu

objektnih odnosa, vinikotijanski diskurs ili neki od savremenijih pravaca?

KRUTOST PARADIGME, OTVORENOST JEZIKA?

Razvoj misli, kapacitet za promenu, slojevitost trebali bi biti inherentni psihanalizi nasuprot prisili ponavljanja. Ta slojevitost se posebno ogleda u Frojдовом stilu pisanja koji ne skriva tragački i upitni diskurs. Kada bi smo obrazili pažnju na sam misaoni tok i stil izlaganja u Frojдовim delima, uvideli bi smo kako Frojd ne skriva upitanost, sumnju, često ostavlja na budućim vremenima odgovore na pitanja koja ga muče. Tako su česti delovi rečenica - "prema dosadašnjim našim saznanjima", "još uvek ne možemo da odgovorimo na ovo pitanje", "buduća istraživanja će pokazati", "nismo uspeli da shvatimo pozadinu ovog problema" ili kada govorи samokritično - "Moje izvinjenje, dakle, jeste u tome da podsećam na taj propust" itd.. Dakle vidimo da se tu može teško govoriti o krutoj dogmi ili paradigmi, jer pratimo gotovo *in vivo - ex libris*, naučničku sumnju. U otvorenosti za reviziju i napuštanje starih teorija (anksioznosti, nagona, topike, tehnike itd..) možemo prepoznati Kunov (*Thomas Samuel Kuhn*, 1922 – 1996) zahtev za preduslovom naučnosti u oprobrijljivosti teorije ili dominantne paradigmе.

Tako da je pitanje koliko i kako se tu može primeniti Kunova kritika Frojdove paradigmе? Na određene aspekte teorije sigurno može, kao recimo na linearnu kauzalnost histeričnih simptoma, sa početka Frojđovog razvoja teorije na koju Kun možda cilja.

OGRANIČENJA DIJALOGA

Filozofska kritika psihanalize je legitimna ali i ograničena. Psihanaliza, uostalom kao i psihiatrija nastaje i razvija se u prostoru privatnog slušanja pacijenta gde se kovitlaju snažni afekti, psihička patnja, onesposobljenost, simptomi, subjektivni doživljaji itd... dok filozofija promišlja u fizički distanciranom sigurnom konteplativnom prostoru. Iz ove osnovne polazišne razlike praksisa i teorije nastaje i rascep koji je povremeno nepremostiv. Uostalom, apsolutno razumevanje je nemoguće a i da jeste ne bi bilo dobro, ono postoji samo u utopijskoj simbiozi. To su oni delovi komunikacije kada se kliničar i filozof dalje ne mogu razumeti i kada svaki ostavlja onog drugog u svojoj oblasti. Dijalog između kliničara i filozofa ne mora biti samo spoljni, interpersonalni, već i unutrašnji, kada ista osoba postavlja filozofska pitanja paralelno sa kliničkim radom, to može biti plodan, ali i jalov posao koji ima odlike opsesivnog preispitivanja i neodlučnosti. Ono kako razumemo pacijenta i šta ćemo mu reći ili prečutati stavlja nas pred neminovnost odluke. Filozof ima pravo da razvija bezgranično svoj teoretski opus, jer je on samo njegov. Dok u polju susreta sa živim čovekom i njegovom patnjom, nastaje neodložna poteba delanja, makar to bilo i aktivno slušanje bez naročite verbalne intervencije.

Psihanaliza, kao najstarija grana psihoterapije u savremenom shvataju te reči, iz koje se razvila većina drugih pravaca se menjala usled unutrašnjih i spoljnih faktora. Unutrašnji faktori se odnose na akumulaciju iskustva, neupehe, prilagođavanje patologiji, kritičko preispitivanje itd.. Kada se Frojd po-

ziva na Ferencija (*Szandor Ferenci*), ondašnji "novi, svež vетар" u psihanalizi piše- "Ferenci još dodaje vrednu napomenu da je za uspeh analize presudno da je analitičar dovoljno naučio iz sopstvenih "zavaravanja i zabluda", te da je u svoje ruke uzeo "slabe tačke svoje lichenosti" [5]. Spoljašnji faktori se odnose na kontekst i duh vremena, komunikacija sa drugim disciplinama i kritike koje su joj upućivane. Ovde možemo parafrasiirati sintagmu Koče Popovića iz vremena Nadrealizma koja govori da - "*Kritika svake samokritike gubi smisao*". Naravno samokritika može biti i odbrana, jer je lakše kada dolazi iznutra a ne spolja, čime se štiti narcistički ekilibrijum. Promena, ako je temeljna i iskrena ipak počiva na prihvatanju kritike i uvidu na osnovu nje, tako možemo reći da je psihanaliza najviše evoluirala na osnovu unutrašnje kritike, što često nije poznato onima koji nisu u mogućnosti savremene trendove, skupove i periodikuove oblasti. Filozofska kritika psihanalize, bila ona negativna ili afirmativna ima svojstvo da neprepozнато postaje samokritika, tj. polje projekcija, Roršarchova mrlja za pražnjenje afektivnog koje se krije iza sofisticirane terminologije koja vodi do *ab absurdum* neprepoznatljivosti. "Otprilike isti slučaj kao pričtanju psihanalitičke literature. Čitalac se uzbuduje samo na onim mestima kod kojih se oseća pogodenim, koja, dakle, pogadaju u njemu dejstvene konflikte" (*S. Freud*) [5].

NESVESNO

Frojd nije izumeo nesvesno, a niti ga je mogao pronaći kao neki materijalni, spoljni, biološki artefakt kao npr. sporu penicilina. Definiciju pojma nesvesnog s

tim da se naravno tako ne naziva nalazimo opisanu skoro u današnjem smislu reči kod Aristotela. Termin nesvesno se iz engleskog proširio u nemački za vreme romantizma definisan kao spremište mentalnih slika i izvor strasti čiji sadržaj izmiče svesti. Kao što Frojd nije izumeo nesvesno niti je prvi upotrebio tu reč. Međutim, on je prvi koji će uspeti da ga učini glavnim pojmom svoga učenja, dajući mu značenje bitno drugačije od onog koje su mu davali njegovi predhodnici [6]. Frojd nije je polagao autorska prava na nesvesno, već kako je tvrdio ono što je bilo polje bavljenja umetnika formulisao u kliničkog i svakodnevnog. „*Ja nigde još nisam kročio a da tu nisam našao na tragove pesnika*“ (S. Freud). Ono neizrecivo a prisutno u čoveku je pokušao otvoriti za polje istraživanja i praktične primene ali sa prisutnom rezervom i skromnošću koja se istini za volju smenjivala sa otkrivalačkom egzaltacijom. Frojd je psihičko neosporno utemeljio u biološkom, što se potvrđuje u „*Projekat za naučnu psihologiju*“ (Freud S., Project for Scientific Psychology, 1895.) [7] pa na dalje. Iz tog sukoba težnje ka pozitivističkom utemeljenju psihoanalize kao nauke i složenosti duševnog emotivnog života nastaju i nesporazumi u kritici psihoanalize. Problem odnosa „telo-duša“ (mind-body) problem je temeljni filozofski i medicinski problem. Frojd ga je pokušao rešiti na svoj način otvaranjem unutrašnjeg sveta kao polja proučavanja i mesta susreta tela i duše. Odnos kauzalnosti koji važi u spoljnom fizičkom svetu često se automatski pokušava primeniti i na psihički život, tu se Frojdu ne može osporiti doprinos i otvaranje novog poglavlja koji se danas konstituiše u psihoterapiji. Nesvesno je problem *par*

excellence unutrašnjeg sveta. Teško je poreći da je moguće biti svestan svih procesa sve vreme počevši od bioloških ka psihološkim, pogotovo emotivnih, kompleksnih doživljaja, automatskih radnji, snova, simptoma. Neuronauke potvrđuju složenost neuralnih procesa koji se odigravaju van kortikalnog konteksta a koje su osnova psihičkog života. Tako neuroteoretičar Luj Kozolino (Louis Cozzolino) koji nije psihoanalitički orijentisan piše - „*Skriveni slojevi neuralnog procesuiranja (uključujući Frojdijansko nesvesno) pripremaju i organizuju naše iskustvo pre nego dospe u svest*“.... „*Veliki deo psihoterapije se odnosi na detektovanje, razumevanje i popravljanje sadržaja i organizacije tih skrivenih (neuralnih-op.aut.) slojeva*“[8]. Arbitrarna, ali donekle korisna podela funkcija po hemisferama pokazuje da je desna hemisfera zadužena za emotivni i somatski self i da počiva na mehanizma privlačenja i prijatnosti nasuprot mehanizama straha, odbijanja i bega. „Većina procesa procenjivanja i emotivnog bojenja odvija se na nesvesnom planu, a da je samo deo finalno kognitivno obrađen u vidu svesne misli. „*Funkcije desne hemisfere koje se ranije razvijaju i vode su emocionalnim i somatskim reakcijama i funkcionisu po principu ne-linearnog modusa procesuiranja što omogućuje multiplno preklapanje više slojeva realnosti*“ [8]. Ovde se otvara i pitanje terminologije nesvesnog- da li implicitno i automatsko preuzimaju značenje nesvesnog u kognitivnoj paradigmi, radi li se o pleonazmu, kriptomneziji ili jasnoj terminološkoj distinkciji?

UMESTO ZAKLJUČKA

Dijalog i kritika između psihanalize i filozofije se odvija u polju preklapanja ali i nedodirljivosti. Neophodno je odrediti u kojim se delovima ove discipline preklapaju a u kojima ne, tek tada u interakciji upućivati kritiku sa jasnijih pozicija. Kao da psihanaliza i filozofije u uvertiru imaju za cilj da privuku sugovornika na svoje polje pa da onda mogu dominanirati zadajući neuzvratne "udarce". I jedna i druga disciplina ulazeći u polje druge ostvaruju plodan doprinos ali koji se neminovno iscrpljuje usled nepremostive *differencia specifica*. Mogli bi smo reći da taj pokušaj dijaloga počinje sa Aristotelom filozofom-biologom a nastavlja se preko Frojda do danas. Tako se istorija filozofske kritike može posmatrati u tom svetlu, počevši od Frojda do savremene psihanalize. Otvoreno polje dijaloga bi svakako bila kritika savremene psihanalize sa aspekta savremenih filozofskih pravaca.

Primenjujući principe o paralelnom funkcionisanju neuralnih krugova koje je su neuronauke definisale na ideje zaključujemo da aktivacija jedne neuralne

funkcionalne jedinice ne znači nepostojanje druge, tako je i sa teorijama, postojanje jedne ne isključuje nužno validnost druge. Ukoliko je fokus naše pažnje usmeren na jednu celinu to ne znači da druge celine miruju, radi se kompleksnim fenomenima, kakvi uostalom jesu nervni sistem i duševna zbivanja posebno emocije, snovi i nesvesno.

Otvorena pitanja se gomilaju i kristališu u odgovore, koji po pitanju ljudskog uma ne mogu biti konačna i ograničena, onakva kakva pozitivna nauka često očekuje. Tako, kao da rečenice iz 1937, koje dve godine pred smrt Frojd piše u "Dovršenoj i beskrajnoj analizi" zvuče savremeno u skladu sa postmodernim tendencijama u psihološkim naukama - "Nabacujem ova pitanja, a da na njih sada ne želim da odgovaram. Možda nam neki siguran odgovor u ovom trenutku nije moguć" [5].

Kapacitet za toleranciju paradoksa, neizvesnosti i paralelnih stvarnosti omogućuje bavljenje ljudskom patnjom i ljudskim pitanjem, što povezuje psihanalizu i filozofiju, a da ne umanjuje vrednost tih poduhvata rasvetljavanja bliskog, a nepoznatog.

PREREQUISITES FOR THE CRITIC OF PSYCHOANALYSIS

Srđa Zlopaša

Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

Serbian Psychoanalytical Society, Belgrade, Serbia

Summary

The critic of psychoanalysis requires theoretical starting points to be clarified. The general critic of general leads to methodological misunderstanding and impairs communicative capacity. So, that model of critic becomes unuseful for those who makes critic and for those who receive it. The aim of this paper is to clarify the starting points for making a future dialog more fruitful. The capacity for tolerance of paradox, uncertainty and parallel realities enables working with a human, solving a humane “puzzle” situation which is a shared field of interest for psychoanalysis and philosophy.

Key words: Psychoanalysis, critic, philosophy, psychotherapy

Literatura:

1. Sorell T. Descartes: A Very Short Introduction. Oxford. Oxford University Press; 2005.
2. Zlopasa S. Subjektivnost u psihoanalizi i psihijatriji. Engrami 2015; 37(1):63-74.
3. Hobsbawm E. Age of extremes : the short twentieth century, 1914-1991 (Reprint. ed.). London. Abacus; 1995.
4. Niće F. Ljudsko, svise ljudsko. Knjiga za slobodne duhove. Beograd. Fedon; 2012.
5. Freud, S. Analysis Terminable and Interminable. Int J Psycho-Anal 1937; 18:373-405.
6. Plon M ,Rudinesko E. Rečnik psihoanalize. S.Karlovići. IK Zorana Stojanovića; 2002.
7. Freud S. Project for Scientific Psychology. S.1895. Complete Psychological Works Of Sigmund Freud, The Vol 1 Vintage Classics; New Ed edition. 2001
8. Cozolino L. The Neuroscience of Psychotherapy. New York, London.W.W. Norton Company; 2006.

Srđa ZLOPAŠA

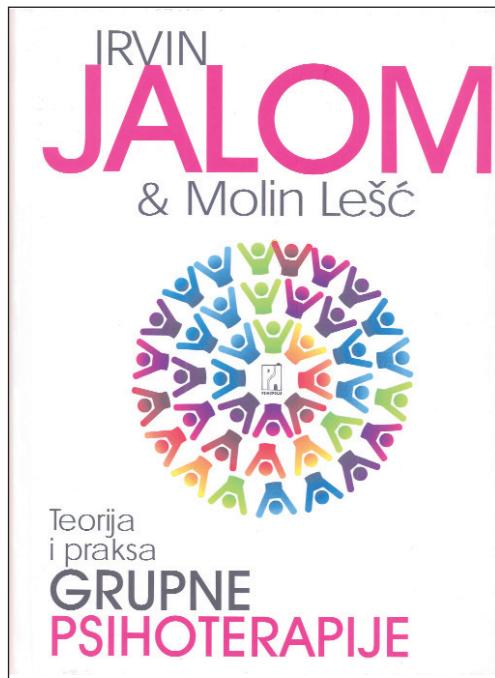
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11 000 Beograd, Srbija
Tel: +381 11 3662119
E-mail: zlopasasdja@hotmail.com

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

TEORIJA I PRAKSA GRUPNE PSIHOTERAPIJE

Irvin Jalom i Molin Lešć

Psihopolis institut, Novi Sad 2014, str. 711



Pred srpskom publikom je peto izdanje knjige "Teorija i praksa grupne psihoterapije" Irvina Jaloma (Irvin Yalom) koju je priredio zajedno sa kolegom Molinom Lešćom (Leszcz), grupnim terapeutom i stručnjakom za savremenu grupnu praksu kao i istraživačku i kliničku literaturu iz ove oblasti. Zahvaljujući izdavačkoj kući "Psihopolis", stručna javnost napokon ima na srpskom jeziku ovo kapitalno

delo koje je „psihoterapijski bestseler“ od svog prvog izdanja 1970. godine. Psihoterapeutima grupne orijentacije ovu knjigu ne treba puno predstavljati, bas kao ni njenog autora. Naime, Jalom je jedan od najpopularnijih psihoterapeuta sveta, vrsni grupni psihoterapeut ali i pisac bestseler romana i zahvaljujući njima promoter psihoterapije medju brojnom čitalačkom publikom. Sam za sebe kaže da je tvorac no-

vog književnog pravca „romana za učenje“ jer u svojim knjigama pise „pedagoški“ odnosno na takav način da čitalac po završetku postaje bogatiji za niz psiholoških znanja i razumevanja. Ipak, u stručnim krugovima poznat je po čuvenim knjigama „Egzistencijalna psihoterapija“ a posebno po knjizi „Teorija i praksa grupne psihoterapije“ koja je udžbenik u edukacijama mnogih pravaca grupne psihoterapije širom sveta.

Peto izdanje imalo je, kako kaže sam autor, zadatak „da inkorporira mnogobrojne novonastale promene na ovom polju i da odbaci zastarele ideje i metode“. I zaista, ova knjiga predstavlja, u pravom smislu te reči, akumulaciju znanja, iskustava i istraživačkog nalaza brojnih psihoteraputa i istraživača iz polja grupne terapije u periodu od četrdesetih godina prošlog veka (kada se i grupna terapija pojavila) pa do danas.

Prvo poglavlje je posvećeno „jegrzu“ svake grupne terapije, odnosno, terapijskim faktorima koji su u osnovi svake grupne terapije. U narednim poglavljima detaljnije se razmatraju složeniji terapijski faktori interpersonalnog učenja i grupne kohezivnosti. Sledi poglavlje o katarzi i egzistencijalnim faktorima, kao i pokušaju integracije svih jedanaest terapijskih faktora. Sledеćih nekoliko poglavlja bavi se sa mim grupnim terapeutom, odnosno, njegovim ključnim zadacima u formiranju kulture grupe i usmeravanju interakcija u grupi u pravcu terapijskog dejstva. Naročito je naglašen princip rada ovde-i-sada kao i pitanja šta tera-

peut treba da „radi“ i kakav treba da „bude“ kroz razmatranje fenomena transfera i transparentnosti terapeuta.

Nekoliko poglavlja je osvećeno detaljnem razmatranju faza u životu grupe: formiranju grupe, izboru klijenata, stvaranju grupe kao i pripremanju klijenata za grupnu terapiju. Nakon toga slede poglavlja „U početku“ koja razmatra formativne faze grupe, uticaj klijenata na razvoj grupe i eventualne probleme sa članstvom. Zatim, u poglavlju „Napredna grupa“ govori se o fenomenima karakterističnim za ovu fazu života grupe: stvaranje podgrupa, konflitima, samotkrivanju i na kraju završetku terapije. Posebno poglavlje je posvećeno potencijalno problematičnim klijentima, sa brojnim primerima i tehnikama kako raditi sa njima.

Posebnu vrednost ove knjige, ali i razlog zašto je preporuka za čitanje svakom profesionalcu iz oblasti mentalnog zdravlja koji radi sa grupama, jeste poglavlje „Specijalizovane terapijske grupe“. U ovom poglavlju autori se bave različitim specijalizovanim grupama koje su se poslednjih godina pojavile u praksi sa ciljem tretmana različitih populacija, simptoma i problema. Ovo poglavlje uključuje veoma detaljno razmatranje važnih modifikacija tradicionalnih tehnika grupne terapije sa ciljem stvaranja grupe za specifične kliničke populacije. Prikazane su akutne bolničke terapijske grupe, grupe za telesno obolele, kognitivno-bihevioralne grupe i grupe samo-pomoći kao i potpuno nove vrste grupe nastale u eri interneta tzv. „grupe za pomoć preko interneta“. Posebno po-

glavlje je posvećeno grupama susreta-ja i kritičkom osvrtu na njihove vred-nosti i mane kroz nove istraživačke po-datke. Autori su kroz razmaraњe ovih grupa istakli nužnost integracije ključ-nih terapijskih faktora koje grupa poten-cijalno ima u modifikovanim okru-ženjima, a sve sa ciljem optimalnog korišćenja svih lekovitih faktora koje samo grupni modaliteti poseduju. Knjiga se završava poglavljem o obuci psihoterapeuta, sa isticanjem značaja procesnih grupa i ličnog iskustva u edukacijama.

Niz novih istraživanja i njihovih za-ključaka, bogat i savremeni pregled li-

tetarature kao i mnoštvo kliničkih vi-njeta, kojima autori ilustruju principe i sadržaje o kojima pišu, predstavljaju posebno bogatstvo ove knjige. Pisana je jasnim jezikom, prevod je veoma ko-rektan tako da će sigurno biti vredno štivo svakom profesionalcu koji se bavi grupnom terapijom, a vredan udžbe-nik i inspiracija studentima grupnih pravaca psihoterapije. Ovo je knjiga kojoj ćemo se vraćati stalno i iznova svaki put kada se suočimo sa problemom ili pitanjem u svom radu sa razli-čitim vrstama grupa.

Dušanka Vučinić Lataš

IN MEMORIAM

Akad. prof. dr Dušan Kecmanović



Navršilo se godinu dana od kada nas je napustio prof. dr Dušan Kecmanović (15. mart 1942., Beograd - 6. april 2014., Sidnej). Ispratili smo lekara, profesora, psihijatra, istraživača, polemičara i još mnogo toga ali, možda, najviše od svega - čovela koji je zadužio psihijatriju sa prostora bivše Jugoslavije. Prof. Kecmanović potiče iz ugledne familije, ime je dobio po dedi koji je bio sveštenik i političar, u više navrata narodni poslanik, dok je Dušanov otac, Ilija Kecmanović je bio profesor, prevodilac, književni istoričar i kritičar.

U biografskim podacima se ističe da je prof Kecmanović diplomirao na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu, gde je završio specijalizaciju iz ne-

uropsihijatrije, stekao zvanje magistra i doktora medicinskih nauka, a doktorsku tezu je odbranio 1974. godine, na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, pod naslovom "Pokušaj metodske i tematske konceptualizacije socio-psihijatrijskih aktivnosti". Kao vrstan znanac francuskog, nemačkog i engleskog jezika školovao se i na Psihijatrijskoj klinici Bel-Air u Ženevi, u Psihijatrijskom institutu Maudsley Hospital u Londonu, Psihijatrijskom institutu u Varšavi, na Kolumbijskom univerzitetu kao Fulbrajtov stipendista. U okviru akademске karijere izdvaja se da je bio profesor psihijatrije na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu (jedno vreme i kao šef Katedre), profesor političke

psihologije na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu do 1992. godine. Od 1991. godine bio je bio je član Akademije nauka i umjetnosti BiH i član Evropske akademije nauka i umjetnosti. Bio je profesor po pozivu na Medicinskom fakultetu u Beogradu, kao i predavač na postdiplomskim studijama u Beogradu, Novom Sadu, Zagrebu, Skoplju.

Od početka karijere radio je kao psihijatar u Sarajevu a od 1993. kao psihijatar u privatnoj praksi u Sidneju u Australiji gde su ga dovela ratna i izbeglička vremena. Prof. Kecmanović je objavio, između ostalog 27 knjiga (od kojih tri u SAD), preko 200 radova u stručnim i naučnim časopisima i 40 radova u editovanim knjigama. Citiran je preko 1.000 puta. U istraživačkom radu, najveći fokus su mu bili socijalna psihijatrija, epistemologija psihijatrije i psihologija etnonacionalizma. Ironija sudbine je htela da prof. Kecmanović upravo pred smrt završi svoja izabrana dela koja su nedavno publikovana i koja obuhvataju knjige: „Teme i dileme“, „Etnonacionalizam“, „Metapsihijatrija“, „U potrazi za identitetom psihijatrije“. Za savremenu psihijatriju prof. Kecmanović je govorio „psihijatrija je veoma potrebna, potrebna je društvu i duševnom poremećenim ljudima, ali mi moramo na psihijatriju gledati širom otvorenih očiju i reći šta psihijatrija može, a šta ne može...psihijatrija ima mnogo više kontroverzi nego ijedna medicinska disciplina“.

Gledao je na struku kroz prizmu fundamentalog socijalnog psihijatra a na društvo kao humanistički orijentisan intelektualac i antropolog, tako npr. knjigu „Očima psihijatra“ svetski eminentni psihijatar prof. Starčević poredi sa „trip-tihom ili trilogijom u slikarstvu, muzici

ili filmu“, dok sadržaj „podseća na Gojenovo trodelno platno ‘Odakle dolazimo? Ko smo? Kuda idemo?’“. Prof Jakovljević kaže da je za prof. Dušana Kecmanovića psihijatrija „bila ljubav, životni poziv i životna misija“. Generacije psihijatara, prof. Kecmanović, je kao urednik, najviše zadužio svojom dvostrukom kapitalnom knjigom u izdanju „Medicinske knjige“ i „Svetlosti“ „Psihijatrija“ (1989 god.) koja je na, jedinstven način povezala eksperte iz bivše Jugostavije koji su napisali, možemo reći u tom vremenu, najbolji udžbenik psihijatrije na ovim područjima koji je i danas neprevaziđen kao didaktička celina ali i dobrim delom u svojim segmentima. Ovim delom psihijatrijskim pokoljenjima dragi prof. Kecmanović je ostavio amanet da „na dugom i neizvjesnom putu ka mogućoj integraciji pojedinih pristupa u psihijatriji ni jedan od njih ne smijemo izgubiti iz vida. To je mišljenje sastavljača ove knjige, to je njena opšta orijentacija. I to nije puki eklekticizam već naprsto izraz nužnosti respektovanja upliva različitih (biofizičkih, intrapsihičkih, bihevioralnih i drugih) nivoa zbivanja na uobličavanje pojave psihopatološkog.“ Dalekosežne poruke ostaju na poslenicima psihijatrije da razvijaju dalje domete psihijatrije na jedinstven i nerazdvojiv, human i naučno utemeljen pristup. Polemički stavovi prof. Kecmanovića o sadašnjem statusu i budućnosti psihijatrije i psihijatara su uticali i još uvek utiču da budemo više svesni sebe i svojih mogućnosti, da znamo koji su nam dometi i ograničenja i da svoje pacijente posmatramo kao ljude sa svojim vrlinama i manama, željama i strahovima a ne kao skup znakova i simptoma bolesti.

Milan Latas i Srđan Milovanović

ART TERAPIJA NA KLINICI ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE – SARADNJA SA UDRUŽENJEM „PROSTOR“

Saradnja Klinike za psihijatriju, Centra za parcijalnu hospitalizaciju mentalnih poremećaja „Dr Dimitrije Milovanović“ Kliničkog centra Srbije sa Udruženjem „Prostor“ započela je 2011. godine. Udruženje „Prostor“ od 2009. godine radi na socijalnom uključivanju korisnika psihijatrijskih usluga u zajednicu putem art terapije, umetničkih programa i psihosocijalne podrške.

U okviru prvog u nizu projekata ReMind – ReMind01, u prostorijama radne terapije Centra za parcijalnu hospitalizaciju, organizovane su art terapijske radionice i predavanja umetnika i profesora sa Fakulteta likovnih umetnosti i Arhitektonskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Cilj ovih aktivnosti bio je da se korisnicima psihijatrijskih usluga pruži prilika da se približe umetnosti, kako bi im se omogućila psiho-socijalna podrška za kvalitetniji život nakon izlaska iz bolnice. Vodeći se idejom da umetnost (pozitivno) utiče na raspoloženje, da razvija različita interesovanja i pomaže u pre-

vazilaženju teskobe i usamljenosti, Udruženje „Prostor“ je svoje aktivnosti u okviru ovog projekta usmerilo na art terapijske radionice, koje bi mogle doprineti sadržajnijoj i delotvornijoj aktivnosti korisnika na redovnim programima radne terapije. Art terapijske radionice održavane su jedanput nedeljno u trajanju od dva sata. Ukupno je održano 20 radionica tokom četiri meseca, a u njima je učestvovalo 55 korisnika usluga Centra. Pokazalo se da su radionice ovog tipa značajno uticale na raspoloženje učesnika, na motivaciju za kreativan rad, kao i na povećanje aktivnost tokom boravka u dnevnom centru. S druge strane, pokazala se otvorenost zaposlenih za nove sadržaje i za uključivanje elemenata art terapije u dalje vođenje radne terapije. Pored radionica, u prostorijama Centra je održano ukupno 5 predavanja umetnika, sa ciljem upoznavanja korisnika sa različitim umetničkim sadržajima i programima. Umetnici – Milorad Mladenović, Katarina Jakovljević, Zoran Dimovski, Predrag Da-

mjanović, Ivan Petrović, Ivona Pleskonja i dr. govorili su na različite teme, uključujući korisnike u razgovor o savremenoj umetnosti, inspiraciji.. prostoru psihijatrijskih ustanova i njegovom uticaju na pojedinca.

Važno je spomenuti i seminar održan u novembru 2011. u Zgradи uprave Klinike za psihijatriju Kliničkog centra Srbije. Seminar su vodili Milorad Mladenović, profesor na Arhitektonskom fakultetu, i Zoran Dimovski, profesor na Fakultetu likovnih umetnosti, obrađujući teme: „Važnosti humanizacije i oplemenjivanja prostorija psihijatrijskih ustanova“ i „Art Brut i Outsider art“. Seminaru je prisustvovalo veliki zaposlenih u psihijatrijskim institucijama, uz podršku i zainteresovanost uprave Klinike.

Evaluacija projekta ReMind01, sprovedena u saradnji sa doc. dr sci Dušankom Latas, pokazuje da su učesnici i zaposleni veoma zadovoljni rezultatima projekta i da su aktivnosti uticale na raspoloženje korisnika, na motivaciju, kreativnost i socijalizaciju. Takođe, ocenjeno je da je saradnja Prostora sa Centrom za parcijalnu hospitalizaciju bila izuzetno produktivna, da su zaposleni pokazali spremnost da se prilagode aktivnostima projekta, i da je postojala podrška od strane uprave, što je znatno olakšalo realizaciju.

IZJAVE UČESNIKA U PROJEKTU:

„Mnogo mi znači što ste mi omogućile da vizuelno izrazim svoje misli i osećanja. Hvala vam puno.“ A.T.

„Pacijenti svake nedelje željno išče-kuju vašu radionicu, vidi se da im to puno znači.“ viša medicinska sestra Rada Tešić, Klinika za psihijatriju, KCS

„Neverovatno je koliko su se pacijenti aktivirali od kad vi dolazite, nikada nisu bili toliko aktivni na radnoj terapiji.“ Doc. dr Gordana Nikolić Baljakoski, Medicinski fakultet u Beogradu, Klinika za psihijatriju, KCS

„Ovakve aktivnosti su veoma značajne i meni je licno jako draga da mogu da učestvujem u ovom i ostalim sličnim projektima namenjenim ovoj grupi ljudi.“ Prof. Milorad Mladenović, Arhitektonski fakultet u Beogradu

Saradnja Udruženja Prostor sa Klinikom za psihijatriju Kliničkog centra Srbije i Centrom za parcijalnu hospitalizaciju nastavljena je kroz projekat ReMind03, realizovan od juna 2012. do februara 2013. godine. Težište projekta bilo je ne samo na uvođenju novih sadržaja u procese lečenja korisnika tokom programa radne terapije, već je uključivalo „izvođenje“ korisnika van institucije, radi što lakšeg prilagođavanja na život u zajednici nakon napuštanja bolnice. Projekat je obuhvatio: art terapijske radionice (ukupno 62 radionice kojima je prisustvovalo više od 70 učesnika – uključujući korisnike usluga Centra za parcijalnu hospitalizaciju mentalnih poremećaja „Prof. dr D. Milovanović“ i Centra „V.F. Vujić“ (stacionara) Klinike za psihijatriju, kao i članove udruženja korisnika psihijatrijskih usluga i članova njihovih porodica „Duša“ i „Vi-dea“), radionice izvan institucije, u lokalnoj zajednici (art terapijske i umet-

ničke radionice u prostorijama Udruženja Videa), predavanja (profesora Milorada Mladenovića, umetnika Žolta Kovača, vajarke Maše Paunović), prodajne izložbe i sajmove (radi ekonomskog osnaživanja korisnika), posete galerijama i muzejima... Važan segment projekta Remind03 bio je usmeren na medicinsko osoblje zaduženo za programe radne terapije, medicinske sestre i drugo osoblje. Cilj je bio da se osoblje, radeći sa umetnicima i art terapeutima upozna sa novim tehnikama i metodama rada sa korisnicima psihijatrijskih usluga. Tokom projekta, 12 članova osoblja prisustvovalo je predavanjima i edukacijama, dok je petoro njih bilo uključeno u sve aktivnosti. Ovakav rad rezultirao je objavljanjem brošure „Vodič za smanjenje socijalne isključenosti korisnika i korisnica psihijatrijskih usluga“, koja bi trebalo da olakša rad sa korisnicima psihijatrijskih usluga i da omogući što jednostavnije i što humanije vraćanje u tokove svakodnevnog života po napuštanju bolničkog lečenja, kao i da utiče na smanjenje stigme koja prati psihijatrijske korisnike u našem društvu i olakša njihovu reintegraciju i život u zajednici.

Art terapijske radionice su se održavale dva puta nedeljno (jedanput u prostorijama Centra za parcijalnu hospitalizaciju, i jedanput nedeljno u Stacionaru Klinike za psihijatriju). Cilj radionica bio je da se korisnici motivišu da, koristeći rezultate art terapijskog pristupa, razviju pozitivniji stav prema sebi i svom okruženju, da se što bolje nose sa svakodnevnim problemima i izazovima i da razviju veštine koje će

im omogućiti lakše snalaženje. Radionice su bile prilagođene individualnim potrebama učesnika, uz želju da se svakome pruži podrška u procesu prilagođavanja životu u zajednici po završetku lečenja. Tome je doprinela interakcija sa umetnicima-predavačima, sa članovima udruženja korisnika psihijatrijskih usluga „Duša“ i „Videa“, sa volonterima, i sa svima koji su bili uključeni u ostale aktivnosti (posete kulturnim ustanovama, prodajne izložbe i sajmove, predavanja...)

Veoma je značajno povezivanje korisnika usluga Centra sa korisničkim udruženjima „Duša“ i „Videa“, kao i sa drugim aktivnim članovima i organizacijama civilnog društva, koji se bave temom mentalnog zdravlja i ljudskim pavima korisnika psihijatrijskih usluga. Na taj način je svim učesnicima – korisnicima, umetnicima, volonterima, pružena prilika da se upoznaju i zbljiže, bez granica i predrasuda, kao jednakci. Ovakve aktivnosti su važne zbog povezivanja korisnika koji su na lečenju sa svim akterima u zajednici koji im mogu pružiti pomoć i uticati na kvalitet njihovog života.

Evaluacija projekta ReMind03 obuhvatila je 68 korisnika psihijatrijskih usluga i 15 članova medicinskog osoblja. 86.66% ispitanih u potpunosti se složilo sa tvrdnjom da je korišćenje art terapije kao socijalne akcije dobar vid pristupa lečenju korisnika psihijatrijskih usluga. Isti procenat ispitanika slaže se da su ovakve aktivnosti doprinele kvalitetnijem ispunjavanju vremena provedenog u bolnici, na programa radne terapije. Takođe, 66.66% ispitanika u potpunosti se slaže sa tvrd-

njom da su im iskustva stečena na art terapijskim radionicama pomogla da poboljšaju komunikaciju sa osobljem, porodicom, prijateljima i drugim osobama u okruženju.

IZJAVE UČESNIKA U PROJEKTU:

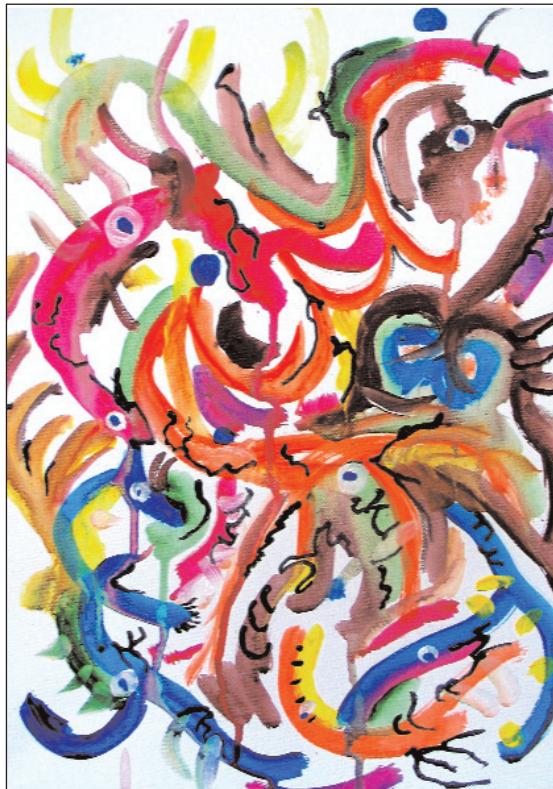
„Korisno iskustvo i za pacijente i za osoblje. Ovakvi projekti bi trebalo da postanu sastavni deo tretmana i reha-

bilitacije pacijenata, jer se otvaraju nove mogućnosti i ideje.“

„Ako je moguće, bilo bi vrlo korisno da se ovaj projekat nastavi. Šteta što se radionice ne održavaju češće.“

„Snažna posvećenost radu sa pacijentima rezultirala je, u nekim slučajevima, lakšim i bržim oporavkom. Projekat treba da se nastavi.“

Jovana Viculin,
Udruženje „Prostor“, Beograd, Srbija



Zoran Cvetković „Šareno“

UPUTSTVO AUTORIMA

ENGRAMI su časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. ENGRAMI se izdaju kroz 4 sveske godišnje. Časopis objavljuje: originalne rade, saopštenja, prikaze bolesnika, preglede iz literature, radeve iz istorije medicine, radeve za praksu, izveštaje s kongresa i stručnih sastanaka, stručne vesti, prikaze knjiga i dopise za rubrike Sećanje, In memoriam i Promemoria, kao i komentare i pisma Uredništvu u vezi s objavljenim radovima.

Prispeli rukopis Uređivački odbor šalje recenzentima radi stručne procene (period recenzije 4-8 nedelja). Ukoliko recenzenti predlože izmene ili dopune, kopija recenzije se dostavlja autoru s molbom da unese tražene izmene u tekst rada ili da argumentovano obrazloži svoje neslaganje s primedbama recenzenta, najkasnije u periodu od dve nedelje. Konačnu odluku o prihvatanju rada za štampu donosi glavni i odgovorni urednik.

Za objavljene radeve se ne isplaćuje honorar, a autorska prava se prenose na izdavača. Rukopisi i prilozi se ne vraćaju. Za reprodukciju ili ponovno objavljivanje nekog segmenta rada publikovanog u ENGRAMIMA neophodna je saglasnost izdavača.

Radevi se štampaju na srpskom ili engleskom jeziku, sa naslovnom stranom i kratkim sadržajem na oba jezika.

DOBRA NAUČNA PRAKSA

Podnošenje rukopisa podrazumeva: da rukopis nije objavljen ranije (osim u obliku apstrakta ili kao deo objavljenog predavanja ili teze); da nije u razmatranju za objavljivanje u drugom časopisu; da je autor(i) u potpunosti odgovoran za naučni sadržaj rada; da je objavljivanje odobreno od strane svih koautora, ako ih ima, kao i od strane nadležnih organa ustanove u okviru koje je istraživanje sprovedeno.

Kao uslov za razmatranje za objavljivanja, potrebna je registracija kliničkih ispitivanja u javnom registru kliničkih studija za odredjena istraživanja koja svojim dizajnom to zahtevaju. Kliničko ispitivanje je definisano od strane Međunarod-

nog komiteta urednika medicinskih časopisa (u skladu sa definicijom Svetske zdravstvene organizacije) kao i bilo koji istraživački projekat koji dodeljuje, učesniku ili grupi učesnika, jednu ili više intervencija u cilju procene zdravstvenog ishoda. Za više informacija posetite <http://clinicaltrials.gov/>

Neophodno je da originalni radevi, predati za publikaciju, koji uključuju humanu populaciju, sadrže, u okviru sekcije Materijal i metode, izjavu da je studija odobrena od strane odgovarajućeg etičkog komiteta i time izvedena u skladu sa Helsinskom dekleracijom iz 1995. Takođe je neophodno jasno navesti da su svi ispitanci uključeni u istraživanje dali svoj informisani pristanak pre uključenja u studiju. Detalje koji bi mogli prekršiti pravilo o anonimnosti subjekata neophodno je izbeći.

Eksperimenti koji uključuju životinje takođe moraju biti sporvedeni u skladu sa lokalnim važećim etičkim odredbama o pravima životinja i sa držati izjavu da su prilikom istraživanja ispoštovani principi laboratorijske nege životinja (NIH publikacija broj 86-23, revidirana 1985).

Urednici zadržavaju pravo da odbiju rukopise koji nisu u skladu sa gore navedenim uslovima. Autor će biti odgovoran za lažne izjave ili neispunjavanja gore navedenih zahteva.

OPŠTA UPUTSTVA

Tekst rada kucati u programu za obradu teksta Word, latinicom, sa dvostrukim proredom, uključivo fontom *Times New Roman* i veličinom slova 12 tačaka (12 pt). Sve margine podesiti na 25 mm, veličinu stranice na format A4, a tekst kucati sa levim poravnanjem i uvlačenjem svakog pasusa za 10 mm, bez deljenja reči (hifenacije). Ne koristiti tabulatore i uzastopne prazne karaktere (spejsove) radi poravnanja teksta, već alatke za kontrolu poravnanja na lenjiru i *Toolbars*. Posle svakog znaka interpunkcije staviti samo jedan prazan karakter. Ako se u tekstu koriste specijalni znaci (simboli), koristiti font *Symbol*.

Rukopis rada dostaviti elektronski na adresu uredništva: engrami1979@gmail.com.

U slučaju poštanske dostave rukopis rada dostaviti odštampan jednostrano na beloj hartiji formata A4 u tri primerka. Stranice numerisati redom u okviru donje margine, počev od naslovne strane. Podaci o korišćenoj literaturi u tekstu označavaju se arapskim brojevima u uglastim zgradama – npr. [1, 2], i to onim redosledom kojim se pojavljuju u tekstu.

Naslovna strana. Na posebnoj, prvoj stranici rukopisa treba navesti sledeće:

- naslov rada bez skraćenica;
- puna imena i prezimena autora (bez titula) indeksirana brojevima;
- zvaničan naziv ustanova u kojima autori rade i mesto, i to redosledom koji odgovara indeksiranim brojevima autora;
- ukoliko je rad prethodno saopšten na nekom stručnom sastanku, navesti zvaničan naziv sastanka, mesto i vreme održavanja;
- na dnu stranice navesti ime i prezime, kontakt-adresu, broj telefona, faksa i e-mail adresu jednog od autora radi korespondencije.

Autorstvo. Sve osobe koje su navedene kao autori rada treba da se kvalifikuju za autorstvo. Svaki autor treba da je učestvovao dovoljno u radu na rukopisu kako bi mogao da preuzme odgovornost za celokupan tekst i rezultate iznesene u radu. Autorstvo se zasniva samo na:

- bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata,
- planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja,
- u završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje.

Autori treba da prilože opis doprinosa u rukopisu za svakog koautora pojedinačno. Finansiranje, sakupljanje podataka ili generalno nadgledanje istraživačke grupe sami po sebi ne mogu opravdati autorstvo. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu navedeni u zahvalnicu s opisom njihovog rada, naravno, uz pisani pristanak.

Kratak sadržaj. Uz originalni rad, saopštenje, prikaz bolesnika, pregled iz literature, rad iz istorije medicine i rad za praksu, na posebnoj stranici treba priložiti kratak sadržaj rada obima do 300 reči.

Za originale radove kratak sadržaj treba da ima sledeću strukturu: uvod, cilj rada, metod rada, rezultati, zaključak. Svaki od navedenih segmenta pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči **Uvod**, **Cilj rada**, **Metod rada**, **Rezultati**, **Zaključak**. Navesti najvažnije rezultate

(numeričke vrednosti) statističke analize i nivo značajnosti.

Ključne reči. Ispod kratkog sadržaja navesti ključne reči (od tri do šest). U izboru ključnih reči koristiti *Medical Subject Headings – MeSH* (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

Prevod na engleski jezik (za radove pisane na srpskom jeziku). Na posebnoj stranici otkucati naslov rada na engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, nazive ustanova na engleskom jeziku i mesto.

Na sledećoj stranici priložiti kratak sadržaj na engleskom jeziku (*Abstract*) sa ključnim rečima (*Key words*), i to za radove u kojima je obavezan kratak sadržaj na srpskom jeziku, koji treba da ima 200-300 reči.

Za originalne radove apstrakt na engleskom treba da ima sledeću strukturu: *Introduction, Objective, Method, Results, Conclusion*. Svaki od navedenih segmenta pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči.

Za prikaze bolesnika apstrakt na engleskom treba da sadrži sledeće: *Introduction, Case outline, Conclusion*. Svaki od navedenih segmenta pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči.

Prevesti nazive tabela, grafikona, slika, schema, celokupni srpski tekst u njima i legendu.

Struktura rada. Svi podnaslovi se pišu velikim slovima i boldovano.

Originalni rad treba da ima sledeće podnaslove: uvod, cilj rada, metod rada, rezultati, diskusija, zaključak, literatura.

Prikaz bolesnika čine: uvod, prikaz bolesnika, diskusija, zaključak, literatura. Ne treba koristiti imena bolesnika, inicijale ili brojeve istorija bolesti, naročito u ilustracijama.

Pregled iz literature čine: uvod, odgovarajući podnaslovi, zaključak, literatura. Pregledne radeve iz literature mogu objavljivati samo autori koji navedu najmanje pet autocitata (reference u kojima su ili autori ili koautori rada).

Tekst rukopisa. Koristiti kratke i jasne rečenice. Prevod pojmove iz strane literature treba da bude u duhu srpskog jezika. Sve strane reči ili sintagme za koje postoji odgovarajuće ime u našem jeziku zameniti tim nazivom.

Za nazine lekova koristiti prevashodno generička imena.

Skraćenice. Koristiti samo kada je neophodno, i to za veoma dugačke nazive hemijskih jedinjenja, odnosno nazive koji su kao skraćenice već

prepoznatljivi (standardne skraćenice, kao npr. DNK). Za svaku skraćenicu pun termin treba nавести pri prvom navođenju u tekstu, sem ako nije standardna jedinica mere. Ne koristiti skraćenice u naslovu. Izbegavati korišćenje skraćenica u kratkom sadržaju, ali ako su neophodne, svaku skraćenicu ponovo objasniti pri prvom navođenju u tekstu.

Obim rukopisa. Celokupni rukopis rada – koji čine naslovna strana, kratak sadržaj, tekst rada, spisak literature, svi prilozi, odnosno potpisi za njih i legenda (tabele, fotografije, grafikoni, sheme, crteži), naslovna strana i kratak sadržaj na engleskom jeziku – mora iznositi za originalni rad, saopštenje i pregled iz literature do 5.000 reči, za prikaz bolesnika do 2.000 reči, za rad iz istorije medicine do 3.000 reči, za rad za praksu do 1.500 reči; radovi za ostale rubrike moraju imati do 1.000 reči.

Tabele. Tabele se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Tabele radići isključivo u programu Word, kroz meni *Table-Insert-Table*, uz definisanje tačnog broja kolona i redova koji će činiti mrežu tabele. Desnim klikom na mišu – pomoću opcija *Merge Cells* i *Split Cells* – spajati, odnosno deliti ćelije. U jednu tabelu, u okviru iste ćelije, uneti i tekst na srpskom i tekst na engleskom jeziku – nikako ne praviti dve tabele sa dva jezika! Koristiti font Times New Roman, veličina slova *12 pt*, sa jednostrukim proredom i bez uvlačenja teksta.

Korišćene skraćenice u tabeli treba objasniti u legendi ispod tabele na srpskom i engleskom jeziku.

Fotografije. Fotografije se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Primaju se originalne fotografije (crno-bele ili u boji) ili fotografije drugih autora koje se prenose u originalu ili izmenjenoj verziji i za koje je neophodno dostaviti potvrdu autora da postoji dozvola za objavljivanje. Fotografije snimljene digitalnim fotoaparatom dostaviti na CD i odštampane na papiru, vodeći računa o kvalitetu (oštrini) i veličini digitalnog zapisa. Poželjno je da rezolucija bude najmanje *150 dpi*, format fotografije *10×15 cm*, a format zapisa **.JPG*. Ukoliko autori nisu u mogućnosti da dostave originalne fotografije, treba ih skenirati kao Grayscale sa rezolucijom *300 dpi*, u originalnoj veličini i snimiti na *CD*.

Grafikoni. Grafikoni treba da budu urađeni i dostavljeni u programu *Excel*, da bi se videle prateće vrednosti rasporedene po ćelijama. Iste grafikone linkovati i u Word-ov dokument, gde se grafikoni označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Svi podaci na grafikonu kucaju se u fontu *Times New Roman*, na srpskom i engleskom jeziku.

Korišćene skraćenice na grafikonu treba objasniti u legendi ispod grafikona na srpskom i engleskom jeziku.

Sheme (crteži). Sheme raditi u programu *Corel Draw* ili *Adobe Illustrator* (programi za rad sa vektorima, krivama). Svi podaci na shemi kucaju se u fontu *Times New Roman*, na srpskom i engleskom jeziku, veličina slova *10 pt*.

Korišćene skraćenice na shemi treba objasniti u legendi ispod sheme na srpskom i engleskom jeziku.

Svaku shemu odštampati na posebnom listu papira i dostaviti po jedan primerak uz svaku kopiju rada (ukupno tri primerka za rad koji se predaje).

Zahvalnica. Navesti sve one koji su doprineli stvaranju rada a ne ispunjavaju merila za autorstvo, kao što su osobe koje obezbeđuju tehničku pomoć, pomoći u pisanju rada ili rukovode odeljenjem koje obezbeđuje opštu podršku. Finansijska i materijalna pomoć, u obliku sponzorstva, stipendija, poklona, opreme, lekova i drugo, treba takođe da bude navedena.

Izjava o konfliktu interesa. Neophodno je nавesti potencijalni konflikt interesa ukoliko on postoji u slučaju bilo koga od autora rada. Ukoliko nema konflikta interesa, to je takodje potrebno naglasiti.

Literatura. Reference numerisati rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Broj referenci ne bi trebalo da bude veći od 30, osim u pregledu iz literature, u kojem je dozvoljeno da ih bude do 50.

Reference se citiraju prema tzv. vankuverskim pravilima (Vankuverski stil), koja su zasnovana na formatima koja koriste *National Library of Medicine* i *Index Medicus*. Naslove časopisa skraćivati takođe prema načinu koji koristi *Index Medicus* (ne stavljati tačke posle skraćenica!). Za radeve koji imaju do šest autora nавести sve autore. Za radeve koji imaju više od šest autora nавести prva tri i et al. Stranice se citiraju tako što se nавede početna stranica, a krajnja bez cifre ili cifara

koje se ponavljaju (npr. od 322. do 355. stranice navodi se: 322-55).

Molimo autore da se prilikom navođenja literature pridržavaju pomenutog standarda, jer je to vrlo bitan faktor za indeksiranje prilikom klasifikacije naučnih časopisa.

Primeri:

1. Članak u časopisu:

Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk, Mandel F. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 1997; 10:539-55.

2. Poglavlje u knjizi:

Ochberg FM. Posttraumatic therapy. In: Wilson JP, Raphael B, editors. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press; 1993. p.773-83.

3. Knjiga:

Maris RW, Berman AL, Silverman MM, editors. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, London. The Guilford Press; 2000.

4. Elektronski dokument dostupan na Internetu:

Irfan A. *Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]*. Oxford: Blackwell

Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary>

Za način navođenja ostalih varijeteta članka, knjiga, monografija, drugih vrsta objavljenog i neobjavljenog materijala i elektronskog materijala pogledati posebno izdanje Srpskog arhiva iz 2002. godine pod nazivom *Jednoobrazni zahtevi za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima*, *Srpski Arh Celok Lek* 2002; 130(7-8):293-300.

Propratno pismo. Uz rukopis obavezno priloziti pismo koje su potpisali svi autori, a koje treba da sadrži:

- izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, i

- izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva.

Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reproducovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje informacija o poznatim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprineli izradi rada.

Slanje rukopisa. Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se u tri primerka, zajedno sa disketom ili diskom (CD) na koje je snimljen identičan tekst koji je i na papiru. Rad se šalje preporučenom pošiljkom na adresu: Institut za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Uredništvo časopisa ENGRAMI, ul. Pasterova 2, 11000 Beograd.



**Oblikovanje budućnosti
pacijenata sa shizofrenijom
započinje bolničkom negom**



Kako u shizofreniji od ovoga...



... postići ovo?

Foto: S. Knežević



Janssen Farma d.o.o., Trgovački park
tel. +381 (0)11 388 48 30,
fax: 001 (0)11 388 30 31



Započnite oblikovanje budućnosti još danas



EUPHARM

Van Mastrichta 13, 3300 Dordrecht
tel. 0031 010 45 23 65