

Doktorska disertacija:

**OBJEKTNI ODNOSI U PSIHOANALITIČKOJ PSIHOTERAPIJI
AGORAFOBIJE I PANIČNOG POREMEĆAJA**

Kandidat: **Aneta Sandić**

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

SADRŽAJ.....	1
I UVOD.....	4
1. Definiranje psihoanalize.....	5
2. Metapsihologija	6
3. Osnovni teoretski postulati ego psihologije.....	9
3.1. Epigenetska razvojna shema Sigmunda Freuda	11
3.2. Mehanizmi ego odbrane	15
II TEORIJA OBJEKTNIH ODNOSA.....	20
2.1. Pojam objekta u psihoanalitičkoj teoriji.....	22
2.2. Pojam reprezentacija selfa i reprezentacija objekta u teoriji objektnih odnosa.....	25
2.3. Klajnijanska ekspanzija Freudove metapsihologije.....	27
2.4. Doprinosi Donalda W. Winnicotta teoriji emocionalnog razvoja.....	33
2.5. Ontogenetska progresija Margaret S. Mahler: separacija i individuacija.....	39
2.6. Teorija objektnih odnosa Otto F. Kernberga.....	49
III ČETIRI OSJEĆAJA SELFA: ONTOGENETSKA PROGRESIJA DANIELA STERNA.....	56
IV PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA.....	61
4.1. Psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija.....	61
4.2. Komponente klasične psihoanalitičke tehnike.....	62
4.3. Ciljevi psihoanalitičke psihoterapije.....	75

4.4. Terapeutski agens psihoanalitičke psihoterapije	76
V AGORAFOBIA.....	80
5.1. Definiranje pojma.....	80
5.2. Klinička slika.....	80
5.3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na agorafobiju.....	82
5.4. Psihodinamika agorafobije.....	90
5.5. Objektni odnosi agorafobičnog neurotika	94
5.6. Epidemiologija.....	95
VI PANIČNI POREMEĆAJ.....	96
6.1. Definiranje pojma.....	96
6.2. Klinička slika	97
6.3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj.....	99
6.3.1. Teorija anksioznosti Sigmunda Freuda.....	100
6.3.2. Elaboracije kasnijih autora o Freudovoj teoriji anksioznosti iz 1926. godine.....	107
6.3.3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj per se.....	110
6.4. Psihodinamika paničnog poremećaja.....	114
6.5. Objektni odnosi paničnog neurotika	117
6.6. Aktualne neuronaučne hipoteze o genezi anksioznosti i paničnih ataka.....	117
6.7. Epidemiologija.....	119
VII METOD ISTRAŽIVANJA.....	120

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

7.1. Analiza problema.....	120
7.2. Ciljevi istraživanja.....	121
7.3. Hipoteze.....	121
7.4. Ispitanici i metode rada.....	121
7.5. Statističke metode.....	126
VIII REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	127
8.1. Statistička analiza pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka.....	127
8.2. Statistička analiza podataka dobijenih na Inventaru objektnih odnosa	139
8.2.1. Statistička analiza strukturnih varijabli ORI protokola.....	139
8.2.2. Statistička analiza tematskih dimenzija na ORI protokolu.....	177
8.2.3. Statistička analiza podataka na ORI protokolu dobijenih od strane terapeuta i od strane nezavisnog procjenjivača.....	184
IX DISKUSIJA.....	185
9.1. Osvrt na statističku analizu pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka.....	185
9.2. Osvrt na statističku analizu podataka dobijenih na ORI protokolu.....	189
9.2.1. Osvrt na analizu strukturnih varijabli ORI protokola.....	189
9.2.2. Osvrt na analizu rezultata na Skali tematskih dimenzija u opisima začajnih drugih ORI protokola.....	198
9.2.3. Osvrt na statističku analizu usporedbe podataka dobijenih na ORI protokolu od strane terapeuta i od strane nezavisnog procjenjivača.....	200
9.3. Neka od ograničenja i vrijednosti istraživanja	

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

X ZAKLJUČAK.....	201
LITERATURA.....	203
Prilozi.....	225

I UVOD

Centralna premisa psihoanalize je dinamičko nesvjesno. Zasluga Sigmunda Freuda (1856-1939) je integracija ovog fenomena u naučni pristup psihičkom funkcionisanju čovjeka, koji je objedinio u psihoanalizi.

Tokom dva vijeka koja prethode Freudovoj naučnoj misli u filozofskim evropskim krugovima budila se svjesnost, i konceptualizacija o nesvjesnom. Sam termin u literaturu je uveo Eduard von Hartmann 1862. godine (Ellenberger, 1970) u „Filozofiji nesvjesnog“. Nesvjesno je stratificirao u tri sloja:

- Apsolutno nesvjesno – sačinjava supstancu univerzuma i izvor je svih drugih oblika nesvjesnog;
- Fiziološko nesvjesno – djeluje u porijeklu, razvoju i evoluciji živih bića, uključujući čovjeka;
- Relativno ili psihološko nesvjesno – locirano u izvorištu našeg svjesnog života.

Freud je živio u Beču u vremenu kada su Arthur Schopenhauer (1788 - 1860), nešto docnije i Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844 - 1900), bili mislioci čijim se idejama poklanjala velika pažnja u naučnim i intelektualnim bečkim kružocima. Izuzetno obrazovan i znatiželjnog duha vrlo izvjesno da je i Freud, na direktan ili indirektan način, bio pod uticajem aktuelne filozofske misli svog vremena. Ipak, u svojoj autobiografiji (Freud, 1925a) piše da je vrlo kasno čitao Schopenhauera. Isto navodi i za opus Nietzschea (Nunberg i sar., 1962). Upadljiva sličnost u pojedinim segmentima Freudove i Schopenhauerove misli očituje se u njihovom shvatanju estetike i etike (Bischler, 1939;

Procter-Gregg, 1956), kao i konceptualizacijama ida, ulozi seksualnosti, te specifičnosti geneze mentalnih poremećaja. Paralele iznalazimo i u domenu definiranja ljudske agresije u terminima sadizma i mazohizma, kao i fenomenologiji slobodnih asocijacija (Grimwade, 2011). Sasvim je izvjesno i da su Freud i Nietzsche bili pod uticajem sličnih izvora fokusiranih na tematiku koja se bavi fenomenologijom snova (Lehrer, 1996; Tomić, 1997). Jones (1957) ukazuje na „istinski izvanrednu korespondencu između Freudovog koncepta superega i Nietzscheove ekspozicije porijekla 'loše savesti'...“. Na dalje, Nietzsche je taj koji je prethodio Freudu u upotrebi termina sublimacija (Suloway, 1979; prema Tomić, 1997), a i komparativne studije opusa ova dva mislioca jasno uopućuju i na izvjesna preklapanja u pogledu formuliranja i teoretisanja o općim teorijama energije involvirane u nesvjesne mentalne procese (Lehrer, 1996). Chessik (1992) povlači paralelu i između Freudove topografske teorije i sistema nesvjesno, i Immanuel Kantovog (1724-1804) „neumenona“, kao unutrašnjeg selfa nepoznatog svjesnom selfu, no koji duboko utiče na osjećaj iskustva sopstva.

Očekivano je da pojedine prethodnice Freudove misli iznalazimo u kulturnim tekovinama koje su prethodile stvaranju psihoanalize. Svaku društvenu epohu obilježavaju određena filozofska i naučna misao koju kulturni nosioci datog vremena uobličavaju u miljeu prožetom dubokim, prožimajućim međusobnim uticajima. Ipak, Freudova zasluga u stvaranju originalnog, naučno utemeljenog pogleda na prirodu psihičkog funkcionisanja i fenomenologiju mentalnih poremećaja svakako da će ostati zapisana na stranicama istorije koje će se pisati i dugo vremena poslije nas.

Freud 1894. godine publicira članak „Psihoneuroze odbrane“. U ovom tekstu uočljive su prve naznake njegovog, docnije strukturiranog, psihoanalitičkog pogleda na psihičko ustrojstvo čovjeka (Strachey, 1894), premda je uticaj Jean-Martin Charcota i Jozefa Breuera još uvijek evidentan. U ovom članku, koristeći se izrazima „analiza“, „psihološko – klinička analiza“ i „psihološka analiza“, Freud po prvi put elaborira o teoriji odbrana, pojavljuje se i ideja o značaju seksualnosti, kao i pitanja o teoriji katekse i njenom premiještanju. Dvije godine kasnije u „Hereditetu i etiologiji neuroza“ (1896a) i „Daljnjim napomenama o psihoneurozama odbrane“ (1896b), Freud za svoje psihološke studije uvodi termin „psiho-analiza“. Razmatrajući etiologiju histerije navodi da je nemoguće zaći u ovo „opskurno polje prije no što se počne koristiti jedini metod koji ga može

osvijetliti – psiho-analiza, u cilju činjenja svjesnim onog što je do sad bilo nesvjesno“ (Freud, 1896b). Upravo upotrebom izraza psihoanaliza Freud je objavio konačnu potvrdu napuštanja Breuerovog katartičkog metoda, te usvajanje prioriteta slobodnih asocijacija.

1. Definiranje psihoanalize

Prema Freudu (Laplanche i sar., 1973) psihoanaliza kao disciplina uključuje tri razine:

- A) Metodu ispitivanja, čija je bit izvlačenje na vidjelo nesvjesnog značenja subjektivih riječi, djela, imaginarnih proizvoda (snovi, fantazmi, manija). Ta se metoda temelji prvenstveno na slobodnim asocijacijama subjekta koje su jamstvo valjanosti tumačenja. Psihoanalitičko tumačenje može se primijeniti i na duševne tvorevine za koje ne raspolažemo slobodnim asocijacijama.
- B) Psihoterapijsku metodu, utemeljenu na spomenutom ispitivanju, za koju je samosvojno tumačenje otpora, prijenosa i želje. U tom smislu psihoanaliza je sinonim psihoanalitičkog liječenja, te se primjerice kaže „provoditi psihoanalizu (ili analizu)“.
- C) Ukupnost psihologijskih i psihopatoloških terapija, koje sistematiziraju podatke prikupljene psihoanalitičkom metodom ispitivanja i psihoanalitičkim postupkom.

Možemo sažeti da je psihoanaliza istraživački metod, vid tretmana i opšta teorija uma, uz podsjetnik na Freudovu (1917a) tvrdnju da „ono što karakterizira psihoanalizu kao nauku nije materijal s kojim barata, već tehnika s kojom radi... Njen cilj i dostignuće je ništa drugo no da se otkrije ono što je nesvjesno u mentalnom životu“.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

2. Metapsihologija

U pismu Fliessu Freud (1898) piše o metapsihologiji ukazujući na vlastito stremljenje da izgradi psihologiju koja će, za razliku od dotadašnjih klasičnih psihologija svijesti, voditi „s onu stranu svijesti“. U svojim ranim pisanim djelima metapsihologiju definira naučnim nastojanjem da se prodre u metafizičke konstrukcije, te navodi:

„...veliki dio mitološkog shvatanja svijeta, što seže sve do najmodernijih religija, nije ništa drugo do u vanjski svijet projicirana psihologija. Mutna spoznaja (takoreći endopsihičko opažanje) psihičkih činilaca i odnosa nesvjesnog odražava se ... u konstrukciji jedne nadosjetilne stvarnosti koju naukom treba pretvoriti u psihologiju nesvjesnog. Mogli bismo se drznuti da... metafiziku preobratimo u metapsihologiju“ (Freud, 1901).

Nešto kasnije, u „Nesvjesnom“, Freud (1915) metapsihologiju određuje znatno preciznije:

„Predlažem dakle da onaj prikaz u kojem nam uspije da neki psihički proces opišemo u njegovim dinamičkim, topičkim i ekonomskim odnosima, nazovemo metapsihološkim“.

U „Metapsihološkom dodatku teoriji snova“ (1917a) on ide korak dalje definirajući metapsihologiju kao studiju pretpostavki na kojima je baziran sistem psihoanalitičke teorije.

Aktualni status metapsihologije podrazumijeva šest različitih, usko isprepletenih dimenzija u odnosu na koje se iz psihoanalitičkog ugla definira dati psihološki fenomen. Ovo znači da se u psihoanalizi psihološko ustrojstvo datog subjekta, kao i psihopatološke manifestacije, posmatraju u okvirima:

- topografskog aspekta – u domenima stratifikacije psihičkog aparata na svjesno i nesvjesno
- dinamičke dimenzije – koja pretpostavlja kontinuirane interakcije između nagonских impulsa porijekla iz ida

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- ekonomske dimenzije – koja podrazumijeva psihološki fenomeni i manifestacije uvijek involviraju i izvjesnu količinu psihološke energije
- genetske dimenzije – koja posebno razmatra psihoseksualne fiksacije
- strukturalnog stanovišta – kao dinamičku interakciju instanci ličnosti, tj. ida ega i superega
- adaptivne dimenzije – kao posebne manevre prilagođavanja subjekta na uslove realiteta

Sigmund Freud kreirao je psihoanalizu u svom obimnom naučno - istraživačkom opusu na kom je radio u periodu od 1895. do svoje smrti 1939. godine. Od tog doba do danas teorija je znatno proširena, i snažno je obilježava pluralizam. Tako aktualna psihoanalitička teorija obuhvata najmanje četiri teoretska okvira (Gabbard, 2005):

- a) Ego psihologiju
- b) Teoriju objektnih odnosa
- c) Psihologiju selfa
- d) Teoriju vezivanja

Za potrebe ovog istraživanja u kratkim crtama osvrnut ćemo se na osnovne teoretske postulate ego psihologije. Teoriji objektnih odnosa posvetit ćemo se znatno detaljnije na stranicama koje će uslijediti.

1.3. Osnovni teoretski postulati ego psihologije

Razvoj ego psihologije u tijesnom je odnosu s 1923. godinom kada je Freud publicirao „Ja i ono“. U okviru ove teoretske orijentacije intrapsihički svijet sagledava se kao dinamičko polje u kojem su tri instance ličnosti (id, ego, superego) u konstantnom konfliktnom odnosu. Istovremeno, prisutna je i stalna težnja za dosezanjem i održavanjem psihološkog homeostatskog ekvilibrija koji

kontinuirano biva narušavan. Homeostatski disbalans provocira konfliktna situacija, što vodi porastu anksioznosti. Istu ego nastoji kontrolirati, nadvladati, mobiliziranjem mehanizama ego odbrane. Rezultat porasta anksioznosti i aktivacije ego odbrane je kompromisna formacija (Breuer i sar., 1895), odnosno psihopatološki simptom.

Ego

U “Ja i ono” Freud (1923a) navodi:

“Oformili smo ideju da u svakoj individui postoji koherentna organizacija mentalnih procesa; i ovo nazivamo ego. Upravo uz ovaj ego je pripojena svjesnost; ego kontrolira pristupe motilitetu—tj. pražnjenje ekscitacija u vanjski svijet; to je mentalna agencija koja supervizira sve svoje konstituentne procese, i koja ide na spavanje noću, iako čak i tad obavlja cenzuru nad snovima. Od ovog ega potiču i potiskivanja...Pošto, međutim, nije upitno da otpori emaniraju iz ega i pripadaju mu... dolazimo do nečeg u egu što je također nesvjesno, što se ponaša upravo poput potisnutog.”

Ego je substruktura ličnosti definirana svojim funkcijama. Freud je uvijek naglašavao funkciju testiranja realiteta, kako ego skladno testu realnosti organizira i kontrolira motilitet subjekta. Njegova adaptivna uloga implicirana je elementima poput inhibicije, ili odlaganja rasterećenja kojima se promovira zreliji oblik prilagođavanja u okviru rastuće neovisnosti o neposrednom učinku prisutnog stimulusa. Ego je i instanca koja percipira vrijeme. On mobilizira i mehanizme odbrane. Odlikuju ga i koordinirajuće, integrirajuće tendence, te ga obilježavaju i sintetičke funkcije.

Id

Iako je svoju publikaciju nazvao „Ja i ono“ Freud se u njoj vrlo malo direktno osvrće na problematiku ida. English i English (1972) ga vrlo lijepo opisuju kada pišu da se id odnosi na onaj dio psihe

"od koga dolaze slepi, bezlični, instinktivni impulsi koji dovode do neposrednog zadovoljstva primitivnih potreba. To id je zamišljeno kao istinsko nesvesno, ili kao najdublji deo psihe. Ono nije u dodiru sa svetom već samo sa telom, i njegovim vezama sa telom gospodari princip zadovoljstva."

Id obilježavaju „primitivne, najniže aktivnosti i sirove težnje koje teže neposrednom zadovoljenju. Njegovo funkcionisanje je na prelogičnom, arhajskom simbolizmu." (Ćeranić, 2005). Za njega su karakteristični kondenzacija nekoliko nagonskih htijenja u jedno, kontradikcija, alogičnost. Obzirom da nije u kontaktu s realitetom ono ne prepoznaje ni vremenske, niti prostorne relacije. Nagonski impulsi ida shvataju se u skladu s Freudovim dualističkim stanovištem: jedan dio je libidinozne, dok je drugi agresivne prirode. Kao u potpunosti nesvjesna instanca, zainteresirana isključivo za rasterećenje nagonskih htijenja, id je pod kontrolom superega i nesvjesnog stratum ego.

Superego

Razvojno, superego je najmlađa struktura psihičkog aparata. Njegove tri najznačajnije funkcije obuhvataju usmjeravanje, ograničavanje i kažnjavanje (Jacobson, 1964). Usmjeravanje individue superego obavlja posredstvom ego ideala. Ograničavajuća funkcija ogleda se u zaustavljanju neprihvatljivih impulsa i ponašanja individue, dok pribjegava kažnjavanju kada se individua ne ponaša na prihvatljiv način. Četvrta, značajna i kontinuirano aktivna funkcija superega je samo-opserviranje subjekta.

Razvoj superega započinje u preedipalnom periodu, kada govorimo o prekurzorima istog. U ovom životnom razdoblju ponašanje djeteta vođeno je sadržajima i porukama koje roditelji i drugi autoriteti izdvajaju kao dobro ili loše. Tokom edipalnog doba njegova struktura trpi vrlo značajnu transformaciju, da bi razrješenjem edipalne problematike izronio kao „nasljednik Edipovog

kompleksa“ (Freud, 1925a). Od ovog momenta superego biva konsolidiran u unutrašnji, integrirani kod ideala, te funkcionira kao „unutarnji sistem moralnosti“ (Gould, 1972).

1.3.1. Epigenetska razvojna shema Sigmunda Freuda

Razvojni model ego psihologije epigenetska je razvojna shema koju je ustanovio Freud. Ključnim za razvoj stabilne ličnosti, odnosno psihopatološki strukturiranih modela, smatra se rani razvoj. U okviru ove ontogenetske sheme maturacija se prati u odnosu na libidinalni razvoj koji započinje pod primatom oralne zone. Proces se nastavlja predominirajućom pozicijom analne, potom falusne (tj. infantilne genitalne) zone, da bi konačno dosegao genitalnu libidinalnu zonu, koje počinje s periodom puberteta, obilježilo doseganje psihičkog područja optimalnog, zdravog razvoja.

Aktualna psihoanalitička teorija, počevši od koncepta primarne femininosti¹ (Stoller, 1976) sugerira značajne različitosti u odnosu na Freudovu falocentričnu razvojnu teoriju psihoseksualnog razvoja djevojčica, te je ista u kontinuiranoj proceduri revidiranja. Stoga će se na stranicama koje slijede predložiti Freudov epigenetski razvojni model, dopunjen u vrlo kratkim crtama i aktualnim psihoanalitičkim pogledima na obilježja psihoseksualnog razvoja djevojčica.

Oralni stadij

U oralnom stadijumu započinje novorođenčetova diferencijacija ličnosti procesom adaptacije na realitet. Parčice, u početku nejasno percipiranog realiteta, ono registruje prevashodno u vezi s iskustvom gladi i sitosti. Ove prve, vrlo primitivne percepcije, povezane su s procesom oralne inkorporacije, te procesima projekcije i introjekcije. Zato se i prvi akt rasuđivanja zbiva u okviru

¹ Stoller (1976) primarnu femininost opisuje kao genuinu, nenaučenu, ne mimičku pojavu. Zbiva se u području lišenom konflikta i velikim dijelom je ego sintona. Sastoji se iz ponašanja kojima se mala djevojčica identificira ili je učena i ohrabrivana, posebno od strane majke. Manifestacije ovog ranog stadija (npr. kakvu odjeću mala djevojčica preferira, s kakvim igračkama se igra, kakvo držanje zauzima) u sprezi su s kulturnim normama, modi, i mijenjaju se kako se mijenjaju roditeljske želje u odnosu na feminine vanjske manifestacije, poglavito izgleda, njihove kćerke. Konfliktna zbivanja u domenu femininosti zbivaju se kasnije, posebno u edipalnom razvojnom periodu.

novorođenčetine spoznaje da li je nešto za jelo ili ne. Iskustva dojenčeta nadopunjuju se sisanjem palca.

Kako napreduju ontogenetski procesi ego organizira senzorno iskustvo u svijet ljudi i objekata, koji su sposobni utješiti, udovoljiti potrebi i zabaviti. Ovo podrazumijeva npr. majčin glas, plišanu igračku i sl. Daljni razvoj reprezentacija selfa i objekta omogućava malom djetetu da pohrani memorijske tragove ljudi, stvari i iskustava.

Specifičnosti oralnog stadija ogledaju se u ambivalentnom sadržaju oralnog straha. Tu su utkana strahovanja od toga da bi se objekat mogao uništiti tako što će "biti pojeden", kao i strah za vlastitu ličnost da i sama "ne bude pojedena" (Fenichel, 1945). Drugim riječima iskazano, oralni strah se svodi na bojazan od anihilacije.

Analni stadij

Iako je analno zadovoljstvo prisutno od početka, tokom druge godine djetetovog života analno - erogena zona preuzima primat. Tad ona za dijete predstavlja centralnu zonu masivne ekscitacije i putem nje ono teži da rastereti stanje povišene tenzije, defeciranjem. Međutim, primarni cilj analnog erotizma je da dijete osjeća ugodu usljed prijatnih senzacija prilikom analne ekskrecije, kasnije i retencije. Mada izvjesna analna zadovoljstva dijete prvi put opaža prilikom senzacija kad mu majka mijenja pelene, ove analne pulzije su tada autoerotičkog karaktera. Dijete percipira da se i prijatnost eliminacije i, kasnije i prijatnost retencije, mogu postići i bez prisustva objekta. Majčina konstantna prisutnost, a kasnije i konflikti koji se javljaju prilikom djetetovog učenja na čistoću, postepeno mijenjaju autoerotičke analne težnje u težnje da se pristajanjem da se defecira ili odbijanjem da se to učini, zadovolji ili uskrati objekat. Freud (1917b) navodi:

„Defekacija obezbjeđuje prvi priliku kada dijete mora odlučiti između narcističkog stava, i stava ljubavi prema objektu. Ono se ili poslušno rastaje od svog fecesa, 'žrtvujući ga' svojoj ljubavi, ili ga zadržava s ciljem auto-erotske satisfakcije i kasnije

kao način afirmiranja njegove vlastite volje. Ukoliko učini potonji izbor svjedočimo prkosu koji, sukladno, proističe iz narcističkog prijanjanja analnom erotizmu.“

Porijeklo i karakter odnosa između libidnih analnih i sadističkih analnih pulzija djelimično su uvjetovani frustracijama, a djelomično karakterom inkorporacionih ciljeva. Tokom navikavanja na čistoću, kroz majčino empatijsko staranje, dijete može imati dobru priliku da to s uspjehom savlada. Tada će ono defecirati u određeno vrijeme i na određenom mjestu upravo onako kako to majka zahtijeva, iz ljubavi prema njoj. Ovim će aktom kroz spoznaju da upravlja sfinkterima dijete postići i osjećaj vlastite socijalne moći.

Analni strah je posljedica djetetovog nesvjesnog doživljaja da bi mu se objekti, kojima povremeno usmjerava analno-sadističke pulzije, mogli osvetiti. Sadržaj ovog straha projiciran u vanjski svijet prati doživljaj da će se ono što je analno htjelo učiniti drugima zapravo dogoditi samome njemu (moguće fizičke povrede analne prirode - komadaje tijela, brutalno vađenje fecesa ili sadržaja tijela itd).

Infantilna genitalna faza (falusni stadij)

U razmatranju ove razvojne faze Freud (1923b) predočava svoju glavnu pretpostavku da je centralna karakteristika „infantilne genitalne organizacije“ takva da „za oba spola, jedino jedna genitalija, tj. ona muška, dolazi u obzir“ tj. da „muškost postoji, no ne i feminitet“. Shodno ovom, Freud (1931) navodi:

„Prije ili kasnije mala djevojčica će otkriti svoju organsku inferiornost“.

U ovom periodu razvoja koncentracija nagonse seksualne energije odigrava se u području genitalnih organa koji postaju značajno područje interesovanja djece oba spola. Posljedično ovome razvije se i specifične fantazije, kao i strahovanja. Dječak biva zaokupiran strahom da bi mu se moglo desiti da ostane bez falusa. Ranije se smatralo da djevojčica, uočivši ovu anatomsku razliku, zapada u depresivnu poziciju budući da fantazira ja je nekada posjedovala falus i da ju je majka lišila istog. Tako je zavist za penisom (Freud, 1925b), doživljena kao narcistička povreda

Sarajevo, 2013

(djevojčica želi nešto što ne posjeduje), u psihoanalitičkim krugovima smatrana temeljem psihoseksualnog infantilnog genitalnog stadija. U skladu s ovim ranim psihoanalitičkim postulatima, mala djevojčica se rijetko oporavlja od ove narcističke povrede, te njen posljedični feminini razvoj uvijek ostaje potčinjen zavisti za penisom. U kontekstu aktualnih psihoanalitičkih saznanja zavist za penisom smatra se razvojnim fenomenom (Settlage, 1971) specifičnim za infantilnu genitalnu fazu. Savremena razvojna teorija ne potcjenjuje traumatski doživljaj opservacije anatomskih razlika i zavist za penisom, no sugerira da u vrijeme njihove pojave mala djevojčica sebe već vidi, doživljava kao djevojčicu i posjeduje izvjestan vid svjesnosti o svojoj femininosti i genitalijama. Opservacione studije, kao i praktični rad s malim djevojčicama i odraslim ženama podvrgnutim psihoanalitičkom tretmanu ukazali su da se svjesnost i uroda u genitalnom području kod djevojčica pojavljuje se u periodu od oko 22 mjeseca starosti. U uzrasnom razdoblju između 18 i 36 mjeseci djeca sebe mogu označiti kao djevojčicu ili dječaka. Nadalje, očev signifikantan uticaj i na dječaka i na djevojčicu ne ispoljava se tek njegovim edipalnim uplitanjem, već je značajan od početka (Abelin, 1971). Karakteristično za infantilnu genitalnu fazu je da su djetetova ponašanja pod snažnim uplivom edipalnog kompleksa. Esencijalno uporište Freudovog edipalnog konflikta zasnovano je na četiri revolucionarne ideje (Ogden, 2009):

1. Sva ljudska psihologija i psihopatologija, kao i kulturna dostignuća, mogu se shvatiti u parametrima i značenjima koji korjene imaju u seksualnim i agresivnim instinktima.
2. Seksualni instinkt doživljen je kao nagona sila od početka života i sekvencijalno biva elaboriran u svojim oralnim, analnim i falusnim komponentama tokom prvih pet godina.
3. Iz mnoštva mitova i priča koja su kreirala ljudska bića, mit o Edipu, za psihoanalizu, je najznačajnija priča koja organizira ljudski psihološki razvoj.
4. Triangulirani set konfliktnih ubistava i incestnih fantazija koji konstituiraju Edipov kompleks su „determinirani i postavljeni hereditetom“ (Freud, 1924a) – tj. to je manifestacija univerzalne, urođene sklonosti u ljudskim bićima čije se iskustvo organizira na ovakav poseban način.

Suština edipalne problematike iskazuje se u tome da dijete prevashodno libidnim, seksualnim pulzijama katektira roditelja suprotnog spola, istovremeno katektirajući prevashodno agresivnim pulzijama istospolnog roditelja, doživljavajući ga kao rivala.

Uspješno razrješenje edipalnog kompleksa i kod djevojčice, kao i kod dječaka, zbiva se dominantnom identifikacijom s roditeljem istog spola, kao i parcijalnom identifikacijom sa suprotnospolnim roditeljem.

1.3.2. *Mehanizmi ego odbrane*

Vrlo značajno područje ego psihologije posvećeno je mehanizmima ego odbrane. Sam termin „odbrana“ u psihoanalizi potiče od Freudove publikacije „Neuropsihoze odbrane“ objavljene 1894. godine. Četiri decenije kasnije Anna Freud (1936) objavila je prvu značajnu studiju iz ove oblasti opisujući: poricanje, potiskivanje, reaktivnu formaciju, projekciju, introjekciju, regresiju, poništavanje unazad, preokretanje u suprotnost, intelektualizaciju, okretanje protiv sopstvene ličnosti i sublimaciju. Ista i danas predstavlja klasično i iznimno važno djelo iz oblasti dinamike ličnosti. U predgovoru autorice novom izdanju iz 1975. navodi da su ego odbrane: „sredstva pomoću kojih se Ja bori protiv nezadovoljstva i straha kao i sredstva pomoću kojih ono pokušava da učvrsti svoju vladavinu nad impulsivnim ponašanjem, afektima i nagonskim zahtjevima.“

Nešto širu definiciju predočava Sandić (2008): „Mehanizmi ego odbrane su specifični nesvjesni obrasci funkcionisanja kojima se koristi ego u svrhu dosezanja psihičkog ekvilibrijuma. Mobilizacijom ovih manevara ego nastoji od svijesti držati udaljenim infantilne afektivno-nagonske porive koji, obzirom da su pobuđeni permanentnim agiranjem zabranjenih libidnih i agresivnih pulzija, bivaju opasni po ličnost. Ovisno o tome do kojeg stupnja je individua dosegla stepen maturacije, u borbi da se ostvare nagonsko-afektivna htijenja i istovremeno i zabrane, koristit će se specifičnim odbranama.“

U psihoanalitičkoj literaturi svježijeg datuma autori, najčešće provizorno, odabiru navesti i u kratkim crtama opisati „najčešće“ mehanizme. Stoga smo se odlučili u ovoj studiji predočiti

iscrpniju listu s vrlo kratkim deskripcijama, oslonivši se na Gabbardov (2005) udžbenik “Psihodinamska psihijatrija” i Huprichovu (2009) monografiju “Psihodinamska terapija: konceptualne i empirijske osnove”.

Tabela br. 1 - Hijerarhija ego odbrana

Ego odbrana	Opis
PRIMITIVNE ODBRANE	
Spliting	Odjeljivanje iskustava selfa i drugih na taj način da integracija nije moguća. Kad se individua konfrontira s kontradikcijama u vlastitom ponašanju, mišljenju ili afektu, postavlja se u odnosu na ove razlike sa stavom potpunog negiranja ili indiferentnosti. Ova odbrana usmjerena je na konflikt koji potiče iz inkompatibilnosti dva polarizirana aspekta selfa i/ili drugog.
Projekcija	Osoba percipira i reaguje u odnosu na neprihvatljive unutarnje impulse i njihove derivate kao da su porijekla van selfa.
Projektivna identifikacija	I intrapsihički je odbrambeni mehanizam i interpersonalna komunikacija. Ovaj fenomen involvira takvo ponašanje u kojem je suptilni interpersonalni pritisak postavljen na drugu osobu koja time preuzima karakteristike aspekata selfa ili unutrašnje reprezentacije objekta koja je projicirana na tu osobu. Osoba koja je meta projekтивne identifikacije provocira se ovim manevrom upravo da se ponaša u skladu s projiciranim sadržajem.
Negiranje	Izbjegavanje svjesnost o aspektima vanjskog realiteta s kojima se teško suočiti bez obzira na senzorne podatke.
Distorzija	Značajno mijenjanje vanjskog realiteta kako bi se udovoljilo vlastitim željama i/ili potrebama.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Disocijacija	Prekid vlastitog osjećaja kontinuiteta u području identiteta, pamćenja, svjesnosti, ili percepcije kao načinu održavanja iluzije psihološke kontrole obzirom na vlastiti doživljaj bespomoćnosti i gubitka kontrole. U ekstremnim slučajevima prisutna je i alteracija pamćenja zbog diskonekcije selfa u odnosu na dati događaj.
Idealizacija	Atribuiranje savršenih, ili blizu savršenih kvaliteta drugima kao način da se izbjegnu anksioznost ili negativna osjećanja poput prezira, zavisti ili ljutnje.
Devalvacija	Često asocirano uz idealizaciju. Obuhvatno nipodaštavanje pozitivnih kvaliteta drugog
Acting out	Agiranje nesvjesne želje ili fantazije impulsivno kao način da se izbjegne bolni afekat
Somatizacija	Konvertiranje emocionalnog bola ili drugih afektivnih stanja u fizičke simptome i fokusiranje pažnje na somatske, prije no na intrapsihičke, probleme.
Regresija	Povratak na obrazac funkcionisanja koji odlikuje raniju razvojnu fazu u cilju izbjegavanja konflikata i tenzija asociranih uz sadašnji razvojni nivo date osobe.
Shizoidna fantazija	Povlačenje u vlastiti, privatni unutarnji svijet da bi se izbjegla anksioznost vezana za interpersonalne relacije.
ODBRANE VIŠEG (NEUROTSKOG) NIVOAA	

Introjekcija	Internaliziraju se aspekti značajnog drugog kao način da se uhvati u koštac s gubitkom te osobe. Mogućno je također introjicirati hostilan ili loš objekat kao način da se stekne kontrola nad tim objektom. U nedefanzivnim oblicima introjekcija se pojavljuje kao normalan sastavni dio razvojnog procesa.
Identifikacija	Internaliziranje kvaliteta druge osobe time što se postaje poput te osobe. Dok introjekcija vodi ka iskustvenoj internaliziranoj reprezentaciji drugog, identifikacija se doživljava kao dio selfa. Ovo također može služiti nedefanzivnim funkcijama tokom normalnog razvoja.
Premiještanje	Premiještanje osjećanja asociranih uz jednu ideju ili objekat na drugog koji reprezentira original na neki način.
Konverzija	Karakteristično je za histrioničku ličnost. Simbolička je reprezentacija psihičke patnje putem fizičkih manifestacija.
Izolacija afekta	Odvajanje ideje od asociranog afektivnog stanja kako bi se izbjegao emocionalni nemir.
Seksualizacija	Pridruživanje objektu ili ponašanju seksualnog značenja kako bi se negativno iskustvo preokrenulo u uzbuđujuće i stimulirajuće, također s ciljem da se odbiju anksioznosti asocirane uz objekat.
Reakciona formacija	Transformiranje neprihvatljive želje ili impulsa u njihovu suprotnost.
Poništenje	Pokušaj negiranja seksualnih, agresivnih implikacija, ili implikacija stida u odnosu na prethodni komentar ili ponašanje putem elaboriranja, klarificiranja ili činjenja suprotnog.

Potiskivanje	Izbacivanje neprihvatljivih ideja ili impulsa ili blokiranje istih od ulaska u svjesno. Ova odbrana razlikuje se od negacije u tome što je potonje asocirano s vanjskim senzornim podacima, dok je potiskivanje asocirano s unutarnjim stanjima.
Intelektualizacija	Korištenje ekscesivne i apstraktne ideacije kako bi se izbjegao emocionalni nemir.
Racionalizacija	Opravlđavanje neprihvatljivih stavova, vjerovanja, ili ponašanja kako bi se učinili tolerabilnima samom sebi.
ZRELE ODBRANE	
Humor	Iznalaženje komičnih i/ili ironičnih elemenata u teškim situacijama s ciljem reduciranja neprijatnog afekta i lične nelagode. Ovaj mehanizam također omogućava jedan vid distance i objektiviteta u odnosu na događaje tako da osoba može promisliti o tome šta se događa.
Supresija	Svjesna odluka da se ne involvira u određenu emociju, stanje, ili impuls. Ova odbrana razlikuje se od potiskivanja i negiranja jer je svjesnog porijekla.
Asketicizam	Pokušaj eliminiranja ugodnih iskustava usljed unutarnjih konflikata koji produciraju to stanje ugone. Ovaj mehanizam može biti u službi transcendentálnih ili spiritualnih ciljeva, kao npr. u celibatu.
Altruizam	Posvećivanje sebe potrebama drugih iznad vlastitih potreba. Altruističko ponašanje može biti korišteno u svrhu narcističke problematike, no isto tako i kao izvor velikih dostignuća i konstruktivnih doprinosa društvu.
Anticipacija	Odlaganje neposredne gratifikacije planiranjem i promišljanjem o budućim dostignućima.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Sublimacija	Transformiranje društveno osuđujućih ili na unutarnjem planu neprihvatljivih ciljeva u socijalno prihvatljive.
-------------	--

II TEORIJA OBJEKTNIH ODNOSA

...Tako je sjena objekta pala na ego.

Sigmund Freud, 1917c.

Među Freudovim najranijim, sistematiziranim doprinosima razvoju teorije objektnih odnosa izdvaja se „Žalovanje i melanholija“ iz 1917. godine (Ogden, 2005). U ovoj publikaciji Freud je elaborirao o nesvjesnim procesima žaljenja i melanholije, istovremeno po prvi istražujući i neke od glavnih načela docnije revidirane teorije uma, predložene u teoriji objektnih odnosa. Ovom publikacijom u psihoanalitičkoj teoriji je predložio radikalno novi koncept o strukturi nesvjesnog:

„Izbor objekta, vezivanje libida za određenu osobu, postojalo je u jedno vrijeme; onda, zbog stvarnog razočarenja koje je pristiglo od ove voljene osobe, objektna-relacija se razbila. Rezultat nije bio normalno povlačenje libida od ovog objekta i njegova zamjena drugim... kateksa objekta pokazala je da ima malu snagu otpora, te je okončana. No slobodni libido nije premješten na drugi objekat; on je povučen u ego. Tamo... je poslužio da se uspostavi *identifikacija* dijela ega s napuštenim objektom. Tako je sjena objekta pala na ego, i potomji je stoga mogao biti prosuđivan od strane posebne agencije, kao da je objekat, napušteni objekat. Na ovaj način gubitak objekta transformiran je u gubitak ega, i konflikt između ega i voljene osobe

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

transformiran je u rascjep između kritičke aktivnosti dijela ega i ega izmijenjenog identifikacijom.“

U razvoju teorije objektnih odnosa vrlo značajan je Hartmanov postulat o adaptacionim zadacima ega. Ovim je značajno proširen Freudov koncept o egu, a ujedno i postavljen temelj za naglašenije istraživanje vanjskog, socijalnog svijeta u kontekstu psihološkog razvoja ljudske jedinice, kao i psihopatoloških fenomena. Tako je značajan progres u psihoanalitičkoj teoriji sredinom XX vijeka predstavljen upravo razvojem teorije objektnih odnosa.

Teorija objektnih odnosa psihoanalitička je teoretska orijentacija koja je posebno fokusirana na složene procese transformacije interpersonalnih relacija u internalizirane reprezentacije istih. U osnovi, to je teorija „nesvjesnih unutarnjih objektnih relacija u dinamičkom međuodnosu s aktualnim interpersonalnim iskustvom“ (Ogden, 1999). Ne sačinjavaju je diskretne kolekcije principa. Ona, naprotiv, predstavlja različite kolekcije doprinosa koji su se razvili u kontekstu jednog od najintenzivnijih i najplodonosnijih epoha psihoanalitičkih dijaloga.

Tokom maturacionog, psihofiziološkog razvoja ljudske jedinice objektna reprezentacija postaju značajno diferencirane i integrirane. One izniču iz amorfni, globalnih reprezentacija imanentnih ranom psihoseksualnom razvojnom stadijumu, preko unekoliko izdiferenciranih predodžbi parcijalnih osobina, ka reprezentacijama koje su visoko artikulirane i integrirane. Reprezentacije se mogu protezati od imaga objekata neposredno prisutnih u perceptivnom polju do simboličke evokacije u vanjskom realitetu odsutnih objekata. Ranije forme reprezentacija bazirane su prevashodno na sekvencama usko asociranim uz gratifikaciju, odnosno frustraciju potreba, srednje razvijene forme prevashodno na pojedinim perceptivnim odlikama, dok su više forme objektnih reprezentacija više simboličke i konceptualne prirode. Različiti nivoi reprezentacija inicijalno se razvijaju tokom različitih faza odnosa roditelj-dijete i bivaju konsolidirani u kognitivnu strukturu.

Prilikom struktuiranja objektna relacije beba ne internalizira objekat, već procese koji potiču od njenog odnosa s njim. Majčini i očevi procesi negovanja, koji demonstriraju njihova kompleksna svjesna i nesvjesna pravila bivstvovanja i interpersonalnog odnošenja, konstituiraju facilitirajuće okruženje te ovo postaje matriks koji služi kao prostor za djetetove projekcije i introjekcije (Bollas,

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

1987). Prema Jacobsonovoj (1964) jedan od glavnih razvojnih dostignuća je izgradnja stabilnih reprezentacija objekta, kao i uspostavljanje trajne libidne katekse istog tj. dosezanje konstantnosti objekta.

Objektna relacija očituje se kao tripartitna struktura koja se sastoji iz:

- reprezentacije selfa,
- reprezentacije objekta i
- afekta koji ih povezuje (Kernberg, 1976; Gabbard, 2005)

Posebno značajni autori za postavljanje temelja ovom proširenom psihoanalitičkom teoretskom pravcu bili su članovi Britanske škole, od kojih ćemo se fokusirati na elaboracije Melanie Klein i Donalda Winnicotta posebno iz razloga što su njihovi psihoanalitički doprinosi, napominje Ogden (1999), velikim dijelom izolirani iz svjetskog psihoanalitičkog dijaloga. Po njegovom mišljenju, s čim se usaglašava autor ove disertacije, ovo vodi „iscrpljenom obliku samo-alijenacije u psihoanalitičkoj misli“ (ibid). Docnije ćemo predložiti ontogenetske postulate Margaret Mahler, koja je u psihoanalitičku teoriju svog vremena unijela vrlo značajne stavke o normalnoj simbiozi, separaciji i individuaciji koje se danas smatraju elementima klasične psihoanalitičke teorije. Na koncu predočavanja presjeka teoretskih doprinosa u teoriji objektnih odnosa osvrnut ćemo se na integrativni pristup Otto F. Kernberga. Ontogenetsku progresiju Daniela Sterna predložiti ćemo kao reprezentanta novijih psihoanalitičkih tendenci koje se bave problematikom i fenomenologijom razvojne psihologije potkrijepljene rezultatima znatno novijih istraživanja u odnosu na opus prethodno razmatranih autora. Njegove teoretske postavke znatno su primjerenije teoriji vezivanja te ćemo ih iz ovog razloga predložiti u zasebnom poglavlju, nakon što obradimo teoriju objektnih odnosa.

Prije no što predložimo teoretske elaboracije gore pomenutih autora potrebno je definirati neke osnovne pojmove kako su oni osnovni psihoanalitički koncepti teoretske orijentacije objektnih odnosa:

- a) pojam objekta u psihoanalitičkoj teoriji

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- b) pojam reprezentacije objekta i reprezentacije selfa,

1. Pojam objekta u psihoanalitičkoj teoriji

Termin objekat jedan je od najuobičajenijih tehničkih izraza u psihoanalizi. Pojavljuje se u kontekstu varijeteta različitih teoretskih postulata, kao i kliničkih koncepata. U Freudovim ranim psihoanalitičkim radovima sadržavao je različita značenja. Compton (1986) ih raščlanjuje u sljedeće konceptualne okvire:

- Fenomenološki koncept objekta: deskriptivni ili generički, objekat subjekta;
- Perceptivni koncept: objekat mentalne funkcije percepcije;
- Mnemički koncept: mnemička slika tj. forma mentalne predstave druge osobe ili predmeta, kao sastavni dio memorijskog aparata;
- Koncept stava: objekat ličnog stava poput voljenja, mržnje, žudnje i sl.

Objekat se u Freudovom opusu po prvi put pojavljuje „Seksualnom dijagramu“, dijelu korespondencije s Fliessom (1892c), kao „seksualni objekat“. Ovu ideju razvio je u objekat nagona u kontekstu svoje dualne nagonске teorije. Tako je objekat nagona, Freudov teoretski konstrukt koji je podrazumijevao cilj rasterećenja nagonске pulzije, postao koncept objekta karakterističan za psihoanalitičku misao Freudovog vremena. Ovakav koncept objekta Freud je signifikantno elaborirao tokom docnijeg razvoja psihoanalize teorije, te je koristio termin u kontekstu nagonске teorije na tri načina (Freud, 1905a):

- a) u jednostavnom smislu Freudov „objekat ranog djetinjstva“ odnosi se na nagonску kateksu i velikim dijelom implicira bihevioralni koncept;

- b) u složenijem obliku Freud razmatra:

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- izbor objekta – kao odabir određene osobe ili tipa ličnosti za ljubavni objekat;
- iznalaženje objekta – voljene osobe u vremenu dosezanja genitalnog primata.

U „Prilogu uvodu u narcizam“ Freud (1914a) rasčlanjuje dva tipa objektnog izbora: anaklitički, tj. tip naslanjanja gdje se izbor objekta vrši prema prototipu majčinskog imagoa², i narcistički koji za prototip uzima vlastiti self, te obilježava osobe čiji je „libidni razvoj pretrpio neku smetnju“.

Iznalaženje objekta u Freudovom teoretskom modelu podrazumijeva sadejstvo izbora objekta i aktivnog stava u vanjskom realitetu, uz bazičnu ideju da je neko tokom perioda ranog djetinjstva poslužio kao model za iznalaženje osobe koja će biti voljena tokom adolescencije i/ili u kasnijoj životnoj dobi.

Čvrsto vjerujući u primat nagonskog ustrojstva, pripisujući nagonima i njihovim derivatima predominaciju u procesima psihofiziološkog razvoja, strukturiranja ličnosti i kasnijeg adultnog ponašanja, Freud objekat suštinski sagledava ipak kao tek usputni fenomen u dijalektičkim procesima nagonskog htijenja. Radikalna transformacija značenja i značaja objekta u psihoanalitičkoj teoriji započinje teoretskim i praktičnim radom Melanie Klein (1882-1960). Odnos prema objektu postaje centar psihoanalitičkih studija i uporište novog psihoanalitičkog pravca, teorije objektnih odnosa.

U nedavno publiciranom, višestruko nagrađenom tekstu „Medikacija kao objekat“ (Tutter, 2006) autorica vrlo jednostavnim rječnikom predočava aktualno značenje objekta. Ona navodi kako objekat esencijalno označava „osobu, obično drugog, no isto tako i self, ili njihove otcijepljene dijelove“. Ova posebna upotreba termina „objekat“ potiče od jednog od njegovih uobičajenih značenja tj. nečega ka čemu su upravljena subjektova osjećanja, želje, stremljenja, ciljevi itd., čime se psihoanalitička upotreba termina esencijalno razlikuje od upotrebe istog kada želimo označiti fizičku stvar nežive prirode.

² Pojam imago potiče od Junga (1911). Podrazumijeva „nesvjesni predložak likova koji selektivno usmjerava način kako subjekat spoznaje drugu osobu. Stvara se na osnovi prvih zbiljskih i fantazmatičnih intersubjektivnih odnosa s obiteljskom okolinom“ (Laplanche i sar., 1992). Korepondira intrapsihičkim reprezentacijama objekta, odnosno selfa.

Kernberg (1976) o pojmu objekta piše:

„Termin 'objekat' u teoriji objektnih relacija bi adekvatnije bio 'ljudski objekat', kako on reflektuje tradicionalnu upotrebu ovog termina u psihoanalitičkoj metapsihologiji za odnose s drugima. Da bi se odbio napad povremenih pogrešnih razumijevanja u psihoanalitičkoj literaturi koja smatra da se objektna relacija bave samo interpersonalnim relacijama, neophodno je istaći da se psihoanalitička teorija objektnih odnosa posebno bavi intrapsihičkim poljem, intrapsihičkim strukturama koje reprezentiraju dijadni odnos koji se kasnije razvija u mnogim pravcima“.

Tako je Freudova teza o slučajnosti objekta doživjela korjenitu transformaciju u teoriji objektnih odnosa. Njeno uporište je da je upravo odnos s drugim (objektom) nužan preduslov za održanje egzistencije nakon intrauterinog života, kao i formiranje unutarnjih psihičkih struktura.

2. Pojam reprezentacija selfa i reprezentacija objekta

Koncept o mentalnim reprezentacijama nalazimo u psihoanalitičkoj teoriji još od Freudovog (1900) detaljnog razmatranja procesa reprezentacije u snovima. U skladu sa svojom nagonskom teorijom mentalne reprezentacije (njem. Vorstellung) smatrao je predstavama asociranim uz rasterećenje nagona i gratifikaciju. Razgraničio je reprezentacije koje odlikuju primarni proces i ispoljavaju se u snovima i psihotičnim stanjima od onih koje se oblikuju pod okriljem realitetom orijentiranog, sekundarnog procesa. Razmišljanje u slikama tako je diferencirano od razmišljanja u verbalnom obliku, što je povezano s progresijom od primarnog ka sekundarnom procesu.

U teoriji objektnih odnosa mentalnim reprezentacijama dato je istaknuto mjesto u procesu razvoja ličnosti, odnosu prema sebi i drugima, kao i u ukupnom psihičkom funkcionisanju date individue. Intrapsihički reprezentacioni svijet sastoji se iz reprezentacija selfa i reprezentacija objekata. Ove intrapsihičke sheme ne postoje kao takve u najranijim mjesecima djetetovog života. U početku amorfnе, neizdiferencirane jedne od drugih, u kontinuiranom dinamičkom međudnosu trpe niz

Sarajevo, 2013

strukturacija i transformacija na putu diferencijacije u stabilne, odvojene i integrirane reprezentacije selfa i svijeta objekata. Jacobsonova (1964) piše:

„Iz uvijek rastućih memorijskih tragova iskustava ugone i neugode i percepcija uz koje oni bivaju asocirani, izranjaju predstave tijela i voljenih objekata, u početku nejasne i promjenjive, gradualno se šire i razvijaju u konzistentne i više ili manje realistične endopsihičke reprezentacije svijeta objekata i našeg vlastitog selfa.“

Psihoanalitički modeli opisuju mentalne reprezentacije selfa i objekta kao nesvjesne strukture kojima se postiže organiziranje i regulacija afekta, kognicije i ponašanja, kao odgovor na maturacione zadatke i nagoni uvjetovane konflikte. Ove intrapsihičke sheme odlikuje manja ili veća trajnost, a bivaju konstruirane usljed ponavljanja varijeteta impresija kao proizvod funkcija ega. Razvijaju se simultano, u početku amorfne, u vidu ostrvaca svjesnosti koje provocira stanje nemira, da bi se s gratifikacijom i pojavom ugone raspršile i nestale. Maturacioni procesi ega vremenom vode ka višem stupnju svjesnosti o objektu, te i povišenom stupnju strukturacije njegove reprezentacije. Analogno, ovi procesi dovode i do sve obuhvatnije svjesnosti o kvalitetima koji obilježavaju vlastiti self čime se nadograđuju sadržaj i uspostavlja kompleksnost njegove psihičke reprezentacije.

Reprezentacija objekta

Termin je u psihoanalitičku literaturu uveo Fenichel (1926):

„Prije svega objekat se percipira od strane subjekta i ovi percepti ostavljaju mnemičke tragove. Subjektova primitivna funkcija rasuđivanja prepoznaje da je objekat sposoban priuštiti gratifikacije; te ga katektira libidom. Kako se ovo zbiva? Sve njegove ideje o istom objektu su endopsihički integrirane u jedinstvo, koje može biti označeno 'endopsihičkom reprezentacijom objekta', kako, kao uobičajena forma ekspresije mnogih pojedinačnih ideja, ona stoji za objekat.“

Sarajevo, 2013

U punoj jezičkoj konstrukciji „psihička reprezentacija objekta“ je mentalna predstava vanjskog objekta (osobe) koju individua formira o datom objektu na osnovu spektra iskustvenih doživljaja, sjećanja, nadanja, strahovanja itd. asociranih uz tu osobu. Reprezentacija objekta iako u tijesnom odnosu s stvarnom osobom nije istovjetna s njom. U manjoj ili većom mjeri prebojena ja fantazijskim doživljajem subjekta.

Reprezentacija selfa

U psihoanalitičkoj literaturi s prve polovine XX vijeka registruju se terminološke nepreciznosti vezane uz upotrebu termina ego i self. U publikaciji „Komentari o psihoanalitičkoj teoriji ega“ Hartmann (1950) je ukazao na ovu problematiku. Iz ovog razloga sugerirao je da se termin reprezentacija selfa kristalizira, analogno reprezentaciji objekta, u smislu označitelja endopsihičkih reprezentacija o našem tjelesnom i mentalnom selfu, o okviru ega.

Kao što Fenichel (1945) navodi u „Psihoanalitičkoj teoriji neuroza“, koncept selfa potiče iz dva izvora:

- direktne svjesnosti o našim unutarnjim iskustvima, senzacijama, emocionalnim procesima, mislima i
- indirektne samo-percepcije i introspekcije; tj. iz percepcije našeg tjelesnog i mentalnog selfa kao objekta.

Iz obilja psihoanalitičke literature na ovu temu izdvojit ćemo tek par referentnih oslonaca, kako bi se u kratkim crtama pobliže definirala ove intrapsihička predstava pohranjena u egu. Npr. Sandler i Rosenblatt (1962) pod reprezentacijom selfa podrazumijevaju organizaciju koja reprezentira osobu onako kako ona samu sebe percipira i na svjesnom i na nesvjesnom planu, i koja sačinjava integralni dio reprezentacijskog svijeta. Vrlo slično, i Jacobsonova (1964) o reprezentaciji selfa piše kao o „nesvjesnoj, predsvjesnoj i svjesnoj intrapsihičkoj reprezentaciji tjelesnog i mentalnog selfa (tj.

psihofiziološkog selfa) u egu“. Obzirom da je naš kapacitet za decentriranje u odnosu na vlastiti self vrlo ograničen, autorica napominje da reprezentacije selfa nikada nisu striktno konceptualne. One ostaju pod uticajem subjektivnih emocionalnih iskustava u većoj mjeri no što je to slučaj s reprezentacijama objekta.

Tako u najširem smislu „psihička reprezentacija selfa“ predstavlja reprezentaciju, imago o samom sebi, pohranjenu u umu datog subjekta. Odnosi se na suštinu individue, uključujući sve njene (ili njegove) osobine (fizičke, emocionalne, psihološke) kao i istoričnost. Poput reprezentacije objekta, i reprezentacija selfa u manjoj ili većoj mjeri prebojena ja fantazijskim doživljajem subjekta. Odnosno, kao što piše Bollas (1999a): „Iskustvo selfa je palimpsest mnogih elemenata: svjesne misli, neartikuliranih ideja u nastanku na marginama svjesnosti, nesvjesnih diseminacija, predstava koje protiču u nekompletnom obliku, višeznačnih riječi bogatih značenjima, somatskih nagona, tjelesnih pamćenja, tjelesnih stavova, i intersubjektivnih uplitanja.“

3. Klajnijska ekspanzija Freudove metapsihologije

Melanie Klein bila je pionir u psihoanalizi djece. Razvila je posebne metode psihoanalitičkog rada zasnovane na igri. Ostala je vjerna Freudovom dualnom nagonskom modelu. No, njen praktični rad s psihički oboljelom djecom i odraslima doveo ju je do spoznaja u kojima je nagone sagledala u kontekstu primarnosti snažno fantazijski prožetog primarnog objektnog odnosa majka-dijete. Kleinova u psihoanalizi zastupa esencijalno transformiranje razvojne teorije, od maturacije vođene nagonskim stratumom fokusiranim na određene tjelesne zone ekscitacije (Freudov epigenetski model), ka akcentiranju uticaja realitetnog i fantazijski prožetog interpersonalnog odnosa, objektivne relacije majka-dijete.

Kleinova je praktičnim radom potvrdila Freudova otkrića o infantilnoj seksualnosti i agresiji, ulozi superega u edipalnom kompleksu. Njen direktan rad s djecom omogućio je popunjavanje praznina u znanju u odnosu na rane, pregenitalne razvojne stadije u vremenu kad se psihoanalitički diskurs fokusirao na specifičnosti problematike edipalnog doba. U svom teoretskom i praktičnom radu Kleinova je posebno izučavala prvu godinu djetetovog života smatrajući je fundamentom koji

Sarajevo, 2013

obezbjeduje kasniji neometan, ili, ukoliko su zbivanja tokom ovog životnog razdoblja bila negativna po dijete, inducira kasnije otežan psihološki razvoj.

Od samog akta rođenja ona iznalazi prekurzore ega, prekurzore superega i objektnu relaciju, što je zajedno s isticanjem fantazijskog sadržaja anksioznosti rezultiralo snažnim otporom ka njenom učenju. Ovo se posebno očitovalo u raspravama između pripadnika teoretskih uporišta Kleinove i Anne Freud. Istovremeno njeni psihoanalitički doprinosi stvorili su osnov za razvoj novog psihoanalitičkog pravca koji naglasak pomijera sa bioloških potreba na psihološke, odnosno odnos s objektom.

U svojim formulacijama ontogenetske progresije Kleinova govori o pozicijama, ne o razvojnim fazama, jer podrazumijeva cjelokupnu organizaciju psihičkog aparata: stanje ega, stanje superega, prirodu objektnog odnosa, fantazije i ego odbrane.

Paranodino – shizoidna pozicija

Klein polazeći od Freudovog (1920b) koncepta o nagonu života i nagonu smrti koji, od samog početka, koegzistiraju unutar ida u dinamičkom odnosu povezanosti i suprostavljanja, razrađuje drugačiji pogled na primarni uzrok anksioznosti. Stava je da rani ego doživljava anksioznost zbog straha od anihilacije, smrti, koji izrasta usljed dejstvovanja nagona smrti iznutra. Ovaj primordijalni strah primorava ego da stupi u akciju, tj. da stvori prve odbrane i to od persekutivne anksioznosti. Primordijalni izvor odbrambenih aktivnosti ega, s druge strane, leži u djelovanju nagona života. Na ovaj način bivaju aktivirani procesi introjekcije i projekcije, koji se odvijaju u kontinuiranom i dijalektičkom odnosu. Istovremeno, primalna funkcija ega ogleda se i u nagonu ka integraciji (Klein, 1946) te ego uspostavlja objektivne odnose iz svojih prvih kontakata sa spoljašnjim svijetom. Prvi objektni odnos tj. proces u osnovi katekse objekta sagledava kao „projekciju, okretanje libida i agresije ka spolja i prožimanju objekta njima“ (Klein, 1952). Kao drugi važan izvor primarne anksioznosti Kleinova navodi separacionu anksioznost usljed traume rođenja, te osujećenje tjelesnih potreba novorođenčeta. Slično kao i strah od destruktivnog impulsa koji se odmah vezuje za objekat, i ova iskustva od početka bivaju doživljena kao da ih izazivaju objekti. Stanovišta je i da se

Sarajevo, 2013

uporedo s skretanjem napolje nagona smrti, kako postulira i Freud (1920b) odvija i intrapsihička reakcija odbrane od dijela agresivnog nagona koji ne može biti eksternaliziran na ovaj način, i to mobilizacijom libida. Tako u nagonskim dijelovima psihe dolazi do podjele kojom se jedan dio nagonskih impulsa suprostavlja onom drugom. Ovu najraniju odbranu ranog ega smatra „kamenom temeljcem“ za razvoj superega (Klein, 1933). Za razliku od klasične Freudove teorije prema kojoj se superego formira razrješenjem edipalne problematike oko pete godine života, analiza igrom s malom djecom ukazala je da proces formiranja superega počinje istovremeno s najranijom oralnom introjekcijom objekata.

Centralno uporište teorije Melanie Klein je da je fantazmatska aktivnost psihička reprezentacija nagona, te i fantazmi funkcioniraju od početka života predstavljajući mentalni izraz aktivnosti i nagona života i nagona smrti. Tako je fantazam „pre svega modalitet (inicijalnog) virtualnog strukturisanja iskustva“ (Jevremović, 2007) kojim malo dijete pokušava transformirati somatske doživljaje u mentalni oblik (Ogden, 1999).

Mehanizmi introjekcije i projekcije upravljaju najranijim psihološkim razvojem djeteta. Od početka života rani ego novorođenčeta introjicira „dobre“ i „loše“ objekte (čiji su prototip majčine dojke). U situacijama kada su dostupne djetetu ono ih doživljava kao dobre objekte, a kada su djetetu nedostupne ono ih doživljava kao loše. Usljed projekcije vlastite agresije, koju je dijete doživjelo prilikom uskrate, ono sad objekte doživljava kao „loše“, uskraćujuće. Kleinova (1935) piše: „Štaviše, dijete ih zamišlja kao stvarno opasne objekte – progonitelje, kojih se plaši jer ga nastoje proždrijeti, prodrijeti u unutrašnjost njegovog tijela, rasjeći ga na komadiće, otrovati ga, i, ukratko, uništiti ga svim mogućim sredstvima koje sadizam može smisliti“. Ovo je razlogom da mala djeca doživljavaju vrlo intenzivna stanja tjeskobe na koja reagiraju specifičnim mehanizmima ego odbrane. Tjeskoba je pojačana djetetovim očekivanjem napada i od superega čiji imago je, budući da je sačinjen u okolnostima dominacije snažnog sadizma, vrlo surov i okrutan. Rani stadij odlikuju stalni, kontinuirani ciklusi projekcija i introjekcija čime unutarnja stvarnost i vanjski realitet djeluju jedan na drugog. Dijete kontinuirano projicira u vanjski svijet unutrašnje objekte snažno obilježene dejstvovanjem fantazije. Njegova opažanja vanjskih objekata pod uplivom su ovih projiciranih

slika. Njegova percepcija i internalizacija stvarnih objekata dovodi do parcijalne transformacije unutarnjih zastrašujućih imagoa.

Paralelno s procesom kojim ego cijepa objekat na “dobar” i “loš” tokom ranih sedmica života odvija se i cijepanje unutar samog ega. Stanja frustracije i anksioznosti pojačavaju oralno-sadističke i kanibalističke želje koje, u normalnom odrastanju, dominiraju ovim ranim životnim stadijem. Dijete tad sem aktivnog cijepanja na “dobru” i “lošu” dojku, te introjekcije “dobre” dojke, fantazira i da je unijelo i “lošu” bradavicu i “lošu” dojku u komadićima kako napad u oralno-sadističkoj fantaziji podrazumijeva oralnu inkorporaciju čime “loši” objekat biva fragmentiran. No, gratificirajuća dojka koja je introjicirana pod dominacijom libidinoznih impulsa biva doživljena kompletnom. Ovaj prvi introjicirani “dobri” objekat djeluje kao centralni stabilizirajući element ranog ja, budući da ranom egu nedostaje kohezija te se tendenca ka integraciji smjenjuje s tendencom ka fragmentiranju. Kleinova u svom opusu često podcrtava i značajan uticaj realne majke koja će gratifikacijom iznova pomagati svom djetetu da prevaziđe ova shizoidna stanja.

Uz cijepanje objekta i cijepanje ega asocirani su i drugi specifični mehanizmi odbrane: idealizacija i poricanje.

Paranoidno-shizoidna pozicija obilježava prve mjesece života djeteta. Tipične odbrane kojima se rani ego koristi su cijepanje, negiranje stvarnosti, idealizacija, te ukrućenje emocija. Rani ego nije oformljen u smislu integrirane, stabilne i funkcionalne intrapsihičke strukture. On se, naprotiv, sastoji iz prekurzora ega, većeg broja ostrvaca u čijem funkcionisanju najprije prevladava oralna sadistička jezgra, a kasnije analna. Rani život je obilježen paranoidnim strahovima, uključujući i strah da bi se moglo biti otrovan i prožderan.

Depresivna pozicija

Formulacija depresivne pozicije, u publikacijama „Prilog psihogenezi manično – depresivnih stanja“ (1935) i „Žaljenje i njegov odnos prema manično-depresivnim stanjima“ (1940) smatra se

glavnim teoretskim konceptom Melanie Klein. Ovu poziciju smatra krucijalnom razvojnim korakom, demarkacionom linijom između psihotičnog i nepsihotičnog načina funkcionisanja.

U normalnom razvoju depresivna pozicija započinje u četvrtom ili petom mjesecu života kada maturacioni procesi, asocirani uz predominaciju pozitivnih iskustava, dovode do toga da dijete, u određenoj mjeri, počinje prihvatati psihičku i vanjsku stvarnost. Psihološki mehanizam krucijalan za ovaj razvojni pomak je projektivna identifikacija. Novorođenčev objektni svijet u paranoidno-shizoidnoj poziciji sastoji se iz parcijalnih objekata čija interakcija se odvija u kontinuumu determiniranom od strane dva glavna nagonska koda: nagona smrti i nagona života. U interakciji s majkom projektivnom identifikacijom polarizirano iskustvo apsolutne opasnosti i spokoja u sigurnosti se modificira. Ono majku počinje prepoznavati realnije, kao cjelovit objekat koji obuhvata i „dobru“ i „lošu“ majku. Ovo razvojno dostignuće omogućava i da dijete postaje svjesno vlastite ambivalencije prema majčinom imagou, te se pojavljuje i osjećaj krivice usljed vlastitih agresivnih poriva upućenih prema voljenom objektu. Istovremeno, aktivira se i strah da bi se isti mogao izgubiti putem čina destruktivnog akta pobuđenog vlastitim agresivnim impulsima. Posljedica je rađanje poticaja da se izvrši reparacija, što je prominentna odlika depresivne pozicije. Integriranija predstava majke, kao i pojava osjećanja krivice, žalovanja i straha zbog vlastitog agresiviteta usmjerenog prema njoj ukazuju na veći kapacitet za percepciju realnosti i rastuće sintetičke kapacitete ega, i na promjenu prirode i funkcije superega.

Druga polovina prve godine djetetovog života obilježena je određenim temeljnim koracima ka prorađivanju depresivne pozicije. Suštinski zadatak oko kojeg je organiziran ovaj razvojni period jeste suočavanje s realnošću gubitka koje nastupa s prestankom dojenja. Dijete, u skladu s rastućim kapacitetom za testiranje realiteta treba da odustane od stalne kontrole objekta i da mu dozvoli nezavisnu egzistenciju. Ovom procesu je inherentan proces tugovanja kojim se dijelovi selfa projicirani na objekat usljed dejstvovanja projektivne identifikacije vraćaju natrag. Ovo obogaćuje self dobrim aspektima koji su do tad bili otcijepljeni i eksternalizirani iz njega, a ujedno i omogućava realniju percepciju objekta kako isti više nije iskrivljen projekcijama selfa. Shizoidni mehanizmi još uvijek su aktivni u intrapsihičkom svijetu odojčeta i koegzistiraju s depresivnim, no umanjenog su stupnja i u modificiranom su obliku. Tako se situacije koje provociraju anksioznost

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

doživljavaju iznova u postupnim procesima modifikacije u kojima dvije pozicije stoje u interaktivnom odnosu. Prorađivanje persekutivne i depresivne pozicije širi se na prvih nekoliko godina života. Tokom ovih procesa anksioznosti gube na snazi, objekti postaju manje zastrašujući i manje idealizirani, a ego integriraniji. Sve ovo je povezano s rastućim kapacitetima za opažanje realnosti i adaptacijom na istu, te formiranje koherentnih, zrelih intrapsihičkih struktura.

4. Doprinosi Donalda W. Winnicotta teoriji emocionalnog razvoja

Donald W. Winnicott predočio je vlastite doprinose psihoanalitičkom diskursu u intelektualnoj klimi Britanskog psihoanalitičkog društva u periodu od 1920-ih do ranih 1970-ih godina. Tokom ovog razdoblja društvo je bilo vrlo često oštro podijeljeno između ideja i ličnosti Anne Freud i Melanie Klein. Winnicotta je inicijalno analizirao James Starchey, no ubrzo potom Joan Riviere, blizak saradnik Kleinove. U prilog činjenici da je kao psihoanalitičar nesumnjivo formiran pod iznimnim uticajem Melanie Klein stoji i činjenica da je ona bila Winnicottov supervizor u psihoanalitičkom radu s djecom u periodu od 1935-40.

Centralno nesuglasje s teorijom objektnih odnosa kakvom ju je oblikovala Kleinova prouzrokovalo je Winnicottovo duboko uvjerenje da je u okviru iste nedovoljan prostor dala uložiti aktualne majke, te da je na uštrb iste Kleinova akcentirala djetetovu težnju za gratifikacijom pod uticajem impulsa nagonskog stratuma. Iz ovog razloga u svojim ontogenetskim formulacijama Winnicott akcentira ulogu realne majke, posebno njene funkcije ego podrške djetetu u uslovima njegove, s početka potpune ovisnosti o njoj. Ista će, u povoljnim razvojnim okolnostima, biti prevaziđena i dijete će na svom razvojnem putu realizirati separaciju i autonomno funkcioniranje.

„Djeca ne mogu početi *biti* osim pod izvjesnim okolnostima... Djeca *postaju* različito u skladu s povoljnim ili nepovoljnim uslovima. Istovremeno, uslovi ne determiniraju djetetov potencijal. On je urođen, i legitimno je studirati ovaj urođeni potencijal individue kao zasebnu stavku, *uzevši u obzir da je uvijek prihvaćeno da urođeni potencijal djeteta ne može postati dijete ukoliko nije povezan s majčinom brigom*“ (Winnicott, 1960a).

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Stadij okrutnosti

U najranijem životnom razdoblju kada su primarni proces, primarna identifikacija, autoerotizam i primarni narcizam realitet novorođenčevog života započinje strukturna integracija ego pod okriljem holdinga – dovoljno dobre majčine njege koja u ovom stadiju implicira sveobuhvatnu njegu potpuno ovisnog novorođenčeta. Holdingom majka štiti dijete od neugodnih tjelesnih senzacija, istovremeno mu pružajući ljubav. Uključuje kontinuiranu, dnevnu i noćnu, rutinu brige oko djeteta, kao i majčino vođenje računa o djetetovoj osjetljivosti na taktilne stimuluse, temperaturu, slušnu i vizuelnu senzitivnost, kao i o njegovom neznanju o postojanju bilo čega van njegovog selfa. Dobra majka empatijski prati brze promjene koje odražavaju djetetov razvoj, fiziološki i psihološki, i bez većih poteškoća, neintruzivno i s ljubavlju, adaptira se njegovim potrebama.

U početku svoje ekstrauterine egzistencije dijete je stopljeno s majkom i očekuje gotovo magično, trenutačno zadovoljenje vlastite potrebe. Stadijem dominira onipotentna U ovom periodu djetetov razvoj obilježen je predominiranjem „nebrige ili brutalnosti“ (ibid). Ono je nesvjesno da majka koja biva napadana tokom perioda ekscitacije identična majci koja je dostupna u momentima kada je relativno spokojno.

Stanja prekomjerne frustracije mogu rezultirati tjeskobom koju u ovom stadiju odlikuje anihilacioni kvalitet, kako slabo integrirani ego može lako skliznuti u prethodno nediferencirano stanje. U ovakvim, preplavljujućim okolnostima, motilitet može biti korišten ne u svrhu otkrivanja svijeta, već više u službi povlačenja što će se negativno odraziti na djetetov kapacitet da, nešto kasnije, formira objektivne odnose. S druge strane, optimalna frustracija koju majka upućuje djetetu, u izvjesnoj mjeri i neminovna, doprinosi razvoju djeteta ukoliko je, Winnicott više puta naglašava u svom opusu, adekvatno ispoljena i dozirana.

Nedostatak primjerenog holdinga u stadiju okrutnosti rezultirat će stvaranjem psihološke podloge za razvoj ego distorzija koje čine osnovu shizoidnih elemenata ličnosti. Isto tako, dijete može biti potaknuto da se koristi specifičnom odbranom, self-holdingom. Ovo označava razvoj posebnog aspekta selfa koji brine o samom sebi. Posljedica je organizacija lažne ličnosti koja ispoljava derivatne individualnog, već majčinskog aspekta para majka-dijete. Lažni self budno prati i prilagođava se svjesnim i nesvjesnim potrebama majke i na ovaj način obezbjeđuje protektivnu psihološku vanjštinu iza koje si istinski self obezbjeđuje privaciju neophodnu za održanje vlastitog integriteta (Ogden,1999). Tako se odbrana usmjerena da zaštiti jezgro selfa može ispostaviti upravo prijetnjom po isti.

Adekvatan maturacioni progres koji se ostvaruje u ovom stadiju je da dijete stiče „status jedinice“ (Winicott, 1960a). Njegova psihosomatska egzistencija počinje zadobivati lična obilježja. Ovo se prevashodno zbiva procesom personalizacije kojim se usaglašavaju djetetova psiha i tijelo. Dijete, uz majčin holding, ostvaruje vezu s tijelom i tjelesnim funkcijama, a kožu katektira kao granicu između „ja“ i „ne-ja“. Ovim ono stiče predstavu o onome unutra i onome van, kao i shemu tijela.

Intermedijarni stadij: stadij nespokojstva i prelazni objekat

Delikatna, no vrlo značajna promjena u dijadnom odnosu nastupa kada dijete majku počne doživljavati odvojeno od selfa. Ono se tad koristi novim kapacitetom – davanjem signala (plač³, protest i sl.) od kojih očekuje da dovedu do onog što majka čini za njega. Na ovaj način dijete stiče kontrolu nad dobrim iskustvima koja mu se zbivaju. Optimalna majčina briga u ovom momentu podrazumijeva njeno shvaćanje da ona i dijete žive zajedno. Za harmoničan razvoj djeteta od velikog je značaja da majka prepozna ovu promjenu i prilagodi se tj. dozvoli djetetu dovoljno psihičkog prostora da ono indicira vlastitu potrebu kreativnim aktom. Ukoliko se ona i dalje nastavi ponašati kao majka koja „suviše dobro zna šta je djetetu potrebno“ (Winicott, 1960), tj. funkcioniše

³ Winicott (1971a) diferencira najmanje četiri vrste plaća. Shodno navodi i četiri razloga: zadovoljstvo (osjećaj da novorođenče vježba pluća), bol (osjećaj da ga nešto muči), bijes (izraz ljutnje) i žalost.

Sarajevo, 2013

rigidno u okvirima pretjeranog holdinga ne shvaćajući da „dojenče nije tek tijelo; ono je osoba“ (Winnicott, 1971a), zatomit će ovaj njegov kreativni gest prethodno već udovoljivši njegovoj potrebi. Ovim će prolongirati njegovo stanje stopljenosti s njom. Dijetetu u ovim okolnostima preostaju dvije alternative: da bude u permanentom regresivnom stanju i stopljeno s majkom, ili će nastupiti totalno odbijanje majke, čak i naizgled dobre.

Nakon uspješnih procesa ego integracije i personalizacije u intermedijernom stadiju nastupa uspostavljanja objektnih odnosa. Uzevši u obzir nužnost uloge majke da bi se objekat prezentirao djetetu, Winnicott za harmoničan razvoj akcentira značaj prezentacije objekta na taj način da dijete doživljava da je kreiralo isti.

„Obrazac je sljedeći: beba razvija nejasno očekivanje čije porijeklo je u neformuliranoj potrebi. Adaptivna majka prezentira objekat ili manipulaciju koja susreće bebine potrebe, i tako je bebi potrebno upravo ovo što majka prezentira. Na ovaj način beba se osjeća uvjerenom da je sposobna kreirati objekte i kreirati aktualni svijet. Majka djetetu daje kratak period u kojem je onipotencija stvar iskustva. Mora se naglasiti da u razmatranju iniciranja objektnog odnošenja ne podrazumijevam id-satisfakcije i id-frustracije. Aludiram na preduslove, unutarnje i vanjske, iz kojih ego stiče iskustvo gratificirajuće dojke (ili reakciju na frustraciju)“ (Winnicott, 1962).

Elaboracija depresivne pozicije: stadij nespokojstva

U cilju neisticanja depresivnog elementa u depresivnoj poziciji Kleinove, koja korespondira intermedijernom stadiju, Winnicott (1954) predlaže „stadij nesopokojstva“ kao prigodnije terminološko rješenje, u skladu s značajem reparativnih procesa koje je istakla i Kleinova. On centralnim u stadiju zabrinutosti notira djetetovu sposobnost da percipira da je majka koja mu obezbjeđuje blagostanje ista ona osoba koja je „korištena, čak i napadana u instinktivnom klimaksu“ (ibid). U stadiju nespokojstva od posebnog značaja je djetetov fantazam kojim je praćen akt dojenja. Tokom hranjenja dijete inkorporira dojku doživljavajući nešto u sebi samom, a kroz to i

Sarajevo, 2013

sebe samo, kao dobro ili loše ovisno o tome kako se majka adaptirala njegovim potrebama. Budući da prepoznaje dojkicu kao cjelovit objekat dojenčice misli da se nakon dojenja na mjestu gdje je bila dojka puna bogatstva nalazi praznina, „rupa“. Intenzitet ovog doživljaja ovisi o adaptacionim sposobnostima majke koja će adekvatnom njegovom omogućiti djetetu da akt sisanja provede u zadovoljavajuće proživljenom instinktivnom iskustvu. Isto tako, nakon sisanja ona će se pojaviti djetetu nanovo cjelovita i sposobna da daje hranu, toplinu, ljubav. Ovim ona omogućava djetetu da podnese „pustošenje majke“ proizašlo iz njene primitivne ljubavi i potrebe. Identifikacijom s njom dijete i samo počinje prepoznavati vlastitu sposobnost da iznova rekonstruira, reparira i voli. Ovaj proces temelj je za autentično osjećanje krivice. Adekvatno proživljen stadij nespokojstva praćen je introjektivnim dobrim iskustvima i voljenim objektima što gradi dobri unutrašnji objekat čime se smanjuje djetetov agresivitet pri gubitku istog objekta iz realiteta. Ovaj proces omogućava djetetu da bol za izgubljenim objektom elaborira tugom.

Prelazni objekat

Winnicott (1953) je u psihoanalitičku teoriju uveo koncept prelaznog objekta i prelaznih fenomena koji se, u optimalnom razvoju, počinju manifestovati tokom stadija nespokojstva. Prelazni objekat supstitut je za izgubljenu svemoć nad objektom iz prethodnog stadija. On postaje most ka stvarnosti i osnova za početke kreativnosti i destruktivnosti van polja majka-dijete.

Počevši od četvrtog pa do dvanaestog mjeseca života, između perioda nediferenciranosti majka-dijete i djetetove katekse vanjskog objekta, izranjanja jedno posebno područje između realiteta i fantazije. Winnicott (1953; 1971b) je ovaj fenomen označio pojavom objektna relacije u kojoj je objekat katektiran kao prvo ne-ja posjedovanje, a značajne aspekte izdvojio je kako slijedi:

1. Prirodu objekta
2. Sposobnost odojčeta da prepozna objekat kao „ne-ja“
3. Položaj objekta – izvan, unutra, na granici

4. Sposobnost odojčeta da stvori, smisli, potakne, proizvede jedan objekat
5. Pokretanje jednog osjećajnog tipa objektnog odnosa

Shodno navedenom Winicott (ibid) piše: „Uveo sam nazive „prelazni objekat“ i „prelazni fenomeni“ da odredim posredno područje iskustva između palca i medvjedića, između oralnog erotizma i pravog objektnog odnosa, između primarne stvaralačke aktivnosti i projektovanja onoga što je već bilo introjektovano između primarne nesvjesnosti o zaduženosti i uzimanja k znanju zaduženosti („kaži: 'Ta'“). Tako prelazni objekat služi istovremeno i kao spona s majkom s kojom je dijete stopljeno, i kao prolaz u vanjski svijet čije neovisno postojanje dijete doživljava prijetećim. Objekat služi i da parira opasnosti separacije i da obezbijedi malu količinu sigurnosti iz koje se dijete može povezati s onim što je drugačije od njega samog. Za Winicotta, postojanje ovakvog objekta pomaže djetetu da bude involvirano u stadij nespokojsva gdje njegova „ljubav i mržnja“ (1954) zajedno mogu biti usmjereni u odnosu s istom osobom.

U razvojnim okolnostima koje obezbjeđuje facilitirajuća okolina dijete će percipirajući odvojenost majke od vlastitog selfa osjetiti nemir, tjeskobu. S ciljem utjehe posegnut će za komadićem deke, plišanom igračkom, objektom koji mu se nađe u blizini. U kontaktu, fantazijskom odnosu koji će izgraditi s njim, uspješno će prebroditi ovu prvu separaciju. Ovaj odnos odlikuje sljedećim osobitostima (Winicott, 1953; 1971b):

1. Odojče stiče pravo na objekat, i mi mu to pravo odobravamo. I pored toga, izvjesno zakidanje na svemoći obilježje je od samog početka.
2. Objekat je nježno privijan, kao i uzbuđeno voljen i čerupan.
3. Nikada se ne smije mijenjati, osim ako ga ne mijenja samo odojče.
4. Mora da preživi instinktivno voljenje, kao i mržnju i, ako to obilježje postoji, čistu agresivnost.
5. Ipak, odojčetu mora izgledati kao da objekat odaje toplinu, ili da se pokreće, ili da ima tkivo, ili da izvodi nešto što će tobože dokazivati da on ima vitalnost ili realnost o sebi.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

6. To dolazi izvan naše tačke gledišta, ali ne s gledišta bebe. Ne dolazi iz unutra; nije halucinacija.
7. Njegova sudbina je da postepeno bude dezinvestiran, tako da tokom godina on ne biva toliko zaboravljen koliko odstranjem u čistište. Pod ovim podrazumijevam da u zdravlju prelazni objekat ne „ide unutra“, niti je osjećanje u vezi s njim nužno potisnuto, niti se zaboravlja a, niti se žali. Gubi značenje, i to stoga što je prelazni objekat postao difuzan, razlio se preko cijele posredne teritorije između „unutrašnje psihičke realnosti“ i „spoljašnjeg svijeta kako ga percipiraju dvije osobe zajednički“, odnosno preko cijelog polja kulture.

Prelazni fenomeni

Koncept razvoja, kako ga je formulirala Kleinova, a i Winnicott, obligatorno podrazumijevaju djetetovu inicijalnu izolaciju od vanjskog realiteta. Za Winnicotta, isti generira majčina provizija pri čemu ona djetetu obezbjeđuje iluzorni objekt. Kleinova (1930), s druge strane, djetetovu inkapsulaciju obrazlaže njegovom „sasvim fantazmatskom“ stvarnošću.

U skladu s Winnicottovim pogledom na ontogenezu zadatak para majka-dijete u periodu prelaznih fenomena je netraumatično odbijanje od dojenja i majčinog obezbjeđivanja psihološkog matriksa. Parcijalno, ovo se postiže djetetovim iskustvima kada se samostalno igra. Dijete mora imati iskustvo igranja u prisustvu okruženja „poput majke“, a u fizičkom odsustvu majke kao objekta. Ovo se postiže internalizacijom, kada dijete razvija kapacitet da za sebe generira matriks za svoja psihološka i tjelesna iskustva (Ogden, 1999).

Potencijalni prostor

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Winnicott u psihoanalizu uvodi koncept potencijalnog prostora upućujući na intermedijarno područje između fantazije i realiteta. Specifični oblici potencijalnog prostora uključuju prostor za igru, područje prelaznih objekata i fenomena, analitički prostor, područje kulturnog iskustva, i područje kreativnosti. Porijeklo ovog prostora Winnicott iznalazi, u potencijalnom obliku, između majke i djeteta, tj. području njihovih fizičkih i mentalnih međuodnosa. U neometanom razvoju djeteta će nešto docnije razviti vlastiti kapacitet, set psiholoških aktivnosti, koji će mu omogućiti da samostalno generira potencijalni prostor.

Prema Winnicottu (1971b) potencijalni prostor obilježen je sljedećim osobitostima:

- On je hipotetično područje koje postoji (ali može i da ne postoji) između bebe i objekta (majke ili dijela majke) tokom faze odbacivanja objekta kao ne-ja, odnosno pri kraju stanja stopljenosti s objektom.
- Igranje, kreativnost, tranzitorni fenomeni, psihoterapija, i kulturno iskustvo svi imaju područje u kojem se pojavljuju. Ovo područje „nije *unutra* prema bilo kojoj upotrebi reči...niti je, pak, ono *spolja*, odnosno ono nije deo poreknutog sveta, ne-ja, koji je pojedinac odlučio da prizna kao istinski spoljašnjeg, izvan njegove mjagijske kontrole“ (ibid). Potencijalni prostor je intermedijarno područje iskustva koje se nalazi između unutrašnjeg svijeta (unutrašnje psihičke realnosti) i aktualne, odnosno vanjske realnosti. Ono se prostire „u *potencijalnom prostoru između subjektivnog objekta i objektivno percipiranog*, između ja-proširenja i ne-ja“.
- Esencijalna odlika ovog prostora je *paradoks i prihvatanje paradoksa*: beba stvara objekt, ali objekat je bio tu čekajući da bude stvoren i da postane investirani objekat... „prema pravilima igre mi svi znamo da nikada nećemo iscediti iz bebe odgovor na pitanje: jesi li to stvorila ili si to našla?“
- Ovo područje je produkt iskustava individualne osobnosti (bebe, djeteta, adolescenta, odraslog) u okruženju u kojem boravi.

- Potencijalni prostor ujedno i spaja i razdvaja subjekat i objekat. „Ovo je paradoks koji prihvatam i ne pokušavam da razrešim. Bebino separiranje selfa iz sveta objekata postiže se jedino kroz odsustvo prostora između deteta i majke, *potencijalnog* pristora popunjenog na način koji sam opisao“ (npr. iluzijom, igrom, simbolima).

Neuspjeh u kreiranju ili održavanju ovog dijalektičkog procesa vodi ka specifičnim oblicima psihopatologije koji uključuju iskustvo fantazijskog objekta kao pukog predmeta, defanzivno korištenje realiteta koje poništava imaginaciju, razvoj fetišističke objektno relacije, kao i stanje „ne-iskustva“ (Ogden, 1999).

5. Ontogenetska progresija Margaret S. Mahler: separacija i individuacija

Razvojna istraživanja Margaret S. Mahler fokusirana su na prve tri godine života, procese uspostavljanja odvojenosti i individualnosti, s posebnim osvrtom na evoluciju objektnih odnosa. Njeni teoretski doprinosi temelje se na promatranju djece i njihovih majki u interakciji u posebno opremljenim školama odgajanja. Sagledavajući razvojne sekvence dvostruko determiniranim, od strane unutarnjih maturacionih faktora i specifičnih odgovora na uslove životne sredine, Mahlerova u psihoanalitičku teoriju uvodi tezu da se “glavni organizacioni intrapsihički i bihevioralni život odvija oko pitanja faze separacije - individuacije” (Mahler i sar., 1975). Ista se odvija tokom četiri pod-faze. Konačno razvojno dostignuće podrazumijeva konsolidaciju reprezentacija selfa i objekta (kao krucijalne prerekvizite za osjećaj identiteta), strukturaciju ega, i pojavu bazičnih raspoloženja. Separacija – individuacija prethodi edipalnoj fazi. Obzirom da su pitanja separacije i individuacije aktualna tokom različitih životnih perioda, posebno adolescencije, Mahlerova i saradnici (ibid) naglašavaju da se njihova studija koncentrira na izvorna zbivanja u ranom djetinjstvu, nukleusu svih ovakvih budućih zbivanja. Rad Mahlerove je od posebnog značaja u psihoanalizi jer omogućava precizniju rekonstrukciju preverbalnog perioda.

Ontogenetsku progresiju Mahlerova prati kroz sljedeće razvojne stadije:

I. Stadij normalnog autizma

II. Simbiotski stadij

III. Stadij separacije i individuacije

Normalni autistički stadij

Prve sedmice života novorođenče provodi većinom u stanjima sličnima snu koja daleko premašuju periode kada je budno. Ona su „podsjetnik tog primalnog stanja distribucije libida koje je prevladavalo u intrauterinom životu i koje podsjeća na model zatvorenog monadičkog sistema, samo-dovoljnog u svom halucinatornom zadovoljavanju želja“ (Mahler, 1967). U ovom stadiju determinante psihičkog funkcioniranja su fiziološki procesi koji korespondiraju „nediferenciranoj fazi“ Hartmanna, Krisa i Loewensteina (Hartmann i sar., 1947). Novorođenče prevashodno egzistira kao čisto biološki organizam. Instinktivni odgovori na stimuluse počivaju na refleksnom i talamičkom nivou. Ego postoji tek u rudimentarnim začetcima. Ovakve egzistencijalne okolnosti zahtijevaju psihobiološki raport između majke i djeteta čime se značajno upotpunjava nediferencirani ego. „Ova normalna empatija majke je ljudski supstitut za instinkte na koje se životinje oslanjaju u svrhu preživljavanja“ (Mahler, 1952). Mahler je stadij nazvala *normalnim autizmom* kako se dijete doima da je u stanju primitivne halucinatorne dezorijentacije u kojoj satisfakcija izgleda da pripada njegovoj vlastitoj „bezuslovnoj“ omnipotentnoj, *autističkoj* orbiti (Ferenczi, 1913; prema Mahler i sar., 1975). Kontekst u kojem Mahlerova koristi ovaku nomenklaturu odnosi se na stanje odsustva polariteta između selfa i objekta (Mahler i sar., 1965).

„Zadatak autistične faze je uspostavljanje i održavanje homeostatskog ekvilibrija organizma u okviru nove ekstrauterine sredine, prevashodno somatopsihičkim (Spitz), fiziološkim mehanizmima“ (Mahler i sar., 1975).

Nediferencirani, rudimentarni ego ne omogućava novorođenčetu da toleriše impulse bilo kojeg kvaliteta i intenziteta tenzije, te novorođenče lako zapada u burne reakcije afektivno-motorne prirode ukoliko neugoda nije pravovremeno otklonjena majčinom njegom. Iz stanja sna emaniranje potrebe ga orijentira ka budnosti kada je usmjereno ka doseganju homeostaze. Neporedno po rođenju manipulacije majke kojima ona ublažava nelagodu provociranu gladu i drugim neprijatnim senzacijama koje registruje na nivou tijela, novorođenče nije sposobno diferencirati od njegovih vlastitih akata kojima ublažava tenziju (uriniranje, defeciranje, kihanje, kašljanje, pljuvanje, povraćanje i drugi načini na koj se nastoji riješiti neugode tenzije). Obzirom da je rođeno s autonomnim perceptivnim kapacitetima ega (Hartmann, 1950), efekti ekspulzije i majčina njega pomažu novorođenčetu da, vremenom, taloženjem memorijskih tragova ova dva primordijalna kvaliteta stimulusa, diferencira ugodne, „dobre“ kvalitete iskustva, i bolne, „loše“. Mahler (1967) sugerira da su oni katektirani primordijalnom nagonском energijom.

U domenu energetske metapsihološke dimenzije, početak ekstrauterinog života obilježava libidna kateksa unutrašnjosti some. Mahlerova usvaja Freudovu (1895b, 1920b) tezu o postojanju prirodne, urođene barijere protiv snažnih ekscitacija iznutra i iz vana, tj. da nezreli neurofiziološki putevi ograničavaju djetetov prijem ekscitacija. Maturacija neurofizioloških puteva tokom drugog mjeseca života prouzrokuje rascjep stimulus barijere. Ova fiziološka podloga, u medijumu kontinuiranog afektivnog raporta s majkom, omogućava ulazak u simbiozu, gdje dijete libidnu kateksu koju je ranije bilo okrenulo unutra gradualno preusmjerava ka periferiji tijela, kao i vanjskom majčinom imagou.

Iako dijete prve sedmice života provodi u relativnom odsustvu katekse vanjskih stimulusa Mahler napominje da ovo ne isključuje povremenu responzivnost novorođenčeta na zbivanja u vanjskom realitetu. Stanja „budne inaktivnosti“ koja opisuje Wolf (1959) su periodi kada se odigrava kateksa vanjskih stimulusa. Upravo ova flotirajuća responzivnost za vanjske stimulse stvara kontinuitet između normalne autističke faze i kasnijih razvojnih, ontogenetski naprednijih stadija.

Simbiotski stadij

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tokom drugog mjeseca života, facilitirano psihofiziološkim maturacionim procesima, u novorođenčetu se pojavljuje nejasna, maglovita svijest o vanjskom objektu koji otklanja tenziju i zadovoljava njegove potrebe. Ovo maglovito prepoznavanje parčića vanjskog realiteta implicira vid diferencijacije ega, no još uvijek u vrlo primitivnom obliku. Razvojni pomak obilježava početak simbiotske faze u kojoj se odojče počinje ponašati i funkcionirati kao da su ono i njegova majka jedan „omnipotentni sistem – dualno jedinstvo s jednom zajedničkom granicom“ (Mahler, 1967; Mahler i sar., 1975). Terminom simbioza Mahler ukazuje na „stanje nediferencijacije, fuzije s majkom, u kome 'ja' još uvijek nije diferencirano od 'ne-ja' i u kojem se tek gradualno doživljava različitost vanjskog i unutarnjeg prostora.“ (ibid)

„Esencijalna odlika simbioze je halucinarna ili deluzionarna somatopsihička omnipotentna fuzija s reprezentacijom majke i, posebno, deluzija o zajedničkoj granici između dvije fizički odvojene individue“. (ibid)

Fragilnost i poroznost stimulus barijere koja je tokom autističnog stadija štitila dijete od jakih unutarnjih i vanjskih impulsa, zajedno s premiještanjem katekse na senzori-perceptivnu periferiju prouzokuje stvaranje pozitivno katektiranog, protektivnog i receptivnog i selektivnog štita koji obuhvata simbiotsku orbitu ujednjenog imagoa majka – dijete. Njegova granica je anlage majke. Negativne percepcije, bilo unutarnje bilo vanjske, odojče projicira van zajedničkog simbiotskog miljea. Mahler je stava da u ovom stadiju dijete prevashodno registrira stimulse u okviru ovog nediferenciranog self-objekt imagoa. Tek povremeno u stanjima budne inaktivnosti ono prima i impulse koji mu pristižu i s one strane zajedničke simbiotske granice.

Koncept početka perceptivne emocionalne „socijalne“ aktivnosti djeteta u saglasju je s Spitzovim (1946) odgovorom smiješkom, prvim organizatorom psihe koji se uočava tokom trećeg mjeseca odojčeta života. U momentu kad dijete smiješkom počinje reagirati na kontakt oči u oči čak i s maskiranim ljudskim licem koje se kreće u vertikalnom smjeru započinje ulazak djeteta u stadij objektivne relacije koju obilježava objekat koji zadovoljava potrebe. Ovo je prema Mahler simbiotski stadij u užem smislu: „dijete počinje maglovito percipirati da zadovoljenje potreba dolazi od strane nekog parcijalnog objekta... i libidinalno se okreće ka majci kao izvoru ove gratifikacije (Spitz, 1955). U ovom životnom dobu majčine dojke ili bočica doživljeni su kao dio selfa. Objekat je

Sarajevo, 2013

parcijalan, nespecifičan, udovoljavatelj potreba. Mentalna reprezentacija majke je fuzionirana s reprezentacijom selfa. Mnestički tragovi iskustva gratifikacije ubrzo omogućavaju djetetu da s povjerenjem očekuje da će udovoljavanje njegovih potreba uslijediti kao što se to zbivalo i ranije, što ukazuje na početak strukturacije i funkcioniranja ega i istovremeno i postojanju simbiotskog objekta.

Nukleus selfa formira se putem unutarnjih senzacija odojčeta. One izgleda da ostaju centralna kristalizacijska tačka „osjećaja selfa“, oko kojeg će se uspostaviti „osjećaj identiteta“ (Greenacre, 1958; Mahler, 1958b; Rose, 1964, 1966; prema Mahler i sar., 1975). Senzoriperceptivni organ najviše doprinosi demarkaciji selfa od objektnog svijeta. Ove dvije vrste intrapsihičkih struktura *zajedno* formiraju okvir za self-orientaciju (Spiegel, 1959; prema Mahler i sar., 1975).

Mahlerova je utvrdila da etiologija psihoze u djetinjstvu leži u velikom neuspjehu simbioze. Analogno, razlika između velikog neuspjeha i nedostatka često je razlika između psihoze i postizanja granične strukture. Upravo stoga u razvojnim okolnostima kada je simbiotsko iskustvo bilo jedva dovoljno da se izbjegne prava psihoza kao posljedica uspostaviti će se granična organizacija ličnosti.

Stadij separacije-individuacije

Vrhunac simbiotskog stadija koincidira s početkom separacije – individuacije, stadija izdiferenciranog na četiri pod-faze, u odnosu na krucijalne čvorne tačke strukturacije, odnosno razvojne procese kroz koje odojče prolazi na svom putu ka autonomnom funkcionisanju (Mahler i sar., 1975).

- I. Diferencijacija i razvoj predstave tijela
- II. Vježbanje
- III. Zbližavanje
- IV. Konsolidacija individualnosti i početak emocionalne konstantnosti objekta

Diferencijacija i razvoj predstave tijela

U vrhuncu simbioze, u starosnom uzrastu od četiri ili pet mjeseci, bihevioralni fenomeni koje ispoljava odojče ukazuju na početak diferencijacije koja će se odvijati tokom narednih četiri do pet mjeseci. Tokom prethodne faze cenestetičke receptivnosti dijete se upoznalo s majčinskom stranom njegovog simbiotski determiniranog, nediferenciranog selfa, što indicira i Spitzov prvi organizator psihe. Odojčev smješk u brzo se ispoljava kao specifični odgovor smješkom na pojavu majke, što Bowlby (Mahler i sar., 1975) drži ključnim znakom da je uspostavljena posebna spona između nje i djeteta. Ovo pretpostavlja da se unutarne zadovoljstvo, bazirano na sigurnom osloncu djeteta u simbiotskoj orbiti, prolongira ujedno facilitirajući maturaciono viši stupanj senzorne percepcije tj. usmjeravanje katekse i ka van. Rezultat je optimalna simbioza iz koje se, posjedujući siguran oslonac, lagano odvija djetetova diferencijacija i ekspanzija van simbiotskog matriksa. U ovom razvojnem razdoblju registrira se i pojavljivanje tranzitornih objekata i tranzitornih fenomena.

Vježbanje

Period vježbanja djelomično se preklapa s diferencijacijom. Započinje bilo kad nakon desetog mjeseca djetetovog života, i traje do okvirno petnaestog. Dijete postojano usavršava svoje motoričke vještine (puže, uspravlja se, gega) istovremeno istražujući svoju, sada proširenu okolinu.

Maturacija lokomotornog aparata omogućava djetetu da se udalji od majke. Ono sad često biva absorbirano u vlastitoj aktivnosti i čini se da tokom dužih vremenskih perioda jednostavno zaboravlja na nju. No, povremeno joj se vraća, kako mu je potrebna njena emocionalna podrška. „Njegova zaljubljenost u svijet“ (Greenacre, 1960) traje tokom kraćih vremenskih perioda. Isčezne čim se dijete zamori i onda se ono nanovo vraća u blizinu majke od koje očekuje ljubavlj ispunjeno prihvatanje.

U ovom stadiju, dječak koji je otkrio svoj organ koji mu pruža zadovoljstvo koju sedmicu ranije, obzirom na uspravan položaj tijela „može gledati penis iz više uglova i pozicija no što je bilo ranije,

i pojačani interes za uriniranje obezbjeđuje dodatnu stimulaciju i značaj ovom dijelu tijela“ (Greenacre 1968, prema Mahler i sar., 1975).

Zbližavanje

Sredinom druge godine života dijete ovladava uspravnim položajem tijela i samostalnim hodanjem. Uporedo se ostvaruju i procesi kognitivnog razvoja. Ovo omogućava malom djetetu da u stadiju zbližavanja dosegne prvi nivo identiteta tj. doživljava da je odvojeni individualni entitet (Mahler i sar., 1975).

Ovladavanjem hodom dijete postaje svjesno da je sposobno i predodređeno da se udalji od majke. Ono postaje sve svjesnije, i sve više se i koristi, svojom fizičkom separiranošću od nje. Uporedo s ovim procesima dolazi do opadanja njegove ranije relativne neosjetljivosti na frustracije, kao i smanjenja ranije relativne neobazrivosti na prisustvo majke. Uporedo s vidnim zadovoljstvom zbog ovladavanja lokomotornim vještinama kao i otkrivanju sve šireg svijeta, u normalnom razvoju u ovom uzrasnom dobu pojavljuje se separaciona anksioznost. U početku njen glavni sadržaj je strah od gubitka objekta što dijete mahom ispoljava gotovo konstantnom monitoringom gdje se majka nalazi, kao i aktivnim prilaženjem majci.

Kroz procese zbližavanja započinje konsolidacija osjećaja identiteta, reprezentacija selfa kao različita od reprezentacije objekta.

Signali opasnosti: povišena separaciona anksioznost

Djetetovo nadgledanje majke ili suprotni fenomen naglog udaljavanja normalne su i obligatorne bihevioralne manifestacije djeteta u početku perioda zbližavanja. U normalnim okolnostima djetetovo nadgledanje utire put izvjesnom vidu konstantnosti objekta tokom druge polovine treće godine života.

Nedovoljno emocionalno dostupna majka prouzrokovat će da dijete upornije i čak i s očajem pokušava da je emocionalno pridobije. Ovakva prolongirana stanja mogu oduzeti djetetu mnogo energije koju bi, u povoljnim uslovima odrastanja, trebalo koristiti za evoluciju mnogih rastućih funkcija ega kako će konstatno pokušavati izaći na kraj sa separacionim strahovima. Povišena separaciona anksioznost može prouzrokovati djetetovo pojačano udaljavanje čime će ono nastojati provocirati, pozvati majku da mu se emocionalno posveti i podijeli životne sadržaje. Kao manifestacija povišene separacione anksioznosti moguća je i ekscesivna nesanica (tranzitorna problematika sna je normalno obilježje ove uzrasne dobi).

Podfazu odlikuju i više razine ego identifikacije, ne introjekcije i ogledanja koje obilježavaju ranije periode. Sem identifikacije sa stavovima majke dijete se identificira i s drugim osobama iz svoje neposredne okoline, posebno stavovima oca.

Oko osamnaestog mjeseca djeca rado istražuju svoju rapidno proširujuću autonomiju i rado biraju da ih se ne podsjeća da tu i tamo ne mogu samostalno funkcionirati. Razvojno se uočava normalno konfliktno područje između želje da bude odvojeno, autonomno i svemoguće, i da majka na magičan način ispunjava želje bez notiranja da pomoć zapravo dolazi iz vana, od drugog. Djeca u ovom stadiju majku koriste kao ekstenziju selfa, čime djelomično negiraju bolnu činjenicu odvojenosti, i osciliraju između odgurivanja majke i prijanjanja za nju. Ambivalencija tipično odlikuje krizu zbližavanja. Period je obilježen i proširenjem emocionalne lepeze djeteta, te počecima empatije. Dok se ranije koristilo hiperaktivnošću i nemirom kao odbranom od tuge zbog gubitka simbiotskog jedinstva, dijete sad izlazi na kraj s tugom i ljutnjom, razočarenjima u majku i/ili suočavanjem s vlastitim ograničenjima i relativnom bespomoćnošću na drugačiji način.

Separaciona anksioznost u normalnom razvoju provocira u izvjesnoj mjeri korištenje splittinga čime se „dobri“ imago majke štiti od „lošeg“. U sličnu svrhu u normalnom razvoju registrovat će se tranzitorni objekti i fenomeni i u podfazi zbližavanja.

No, ova dva mehanizma – prinuda i cijepanje objektnog svijeta bit će ekscesivni u neoptimalnom razvoju koji snažno obilježava perzistencija krize zbližavanja, te će dijete ispoljavati izrazita

ambivalentna ponašanja. Struktura ličnosti izgrađena oko ove tačke fiksacije odgovara graničnoj organizaciji.

Konsolidacija individualnosti i početci emocionalne konstantnosti objekta

Četvrta podfaza obuhvata psihoseksualni razvoj treće godine života. Izuzetno je značajan razvojni period kako involvira dosezanje stabilnog doživljaja selfa, uz istovremeno dosezanje emocionalne konstantnosti objekta.

Uspostavljanje zrele objektne relacije, emocionalne konstantnosti objekta (Hartmann, 1952), ovisi o gradualnoj internalizaciji konstantne, pozitivno katektirane unutarnje reprezentacije majke. Ovo će omogućiti djetetu da funkcioniра odvojeno u poznatom okruženju, uprkos umjerenom nivou žudnje za ponovnim simbiotskim sjedinjenjem i uznemirenošću provociranom separacijom. Emocionalna konstantost objekta implicira ujedinjenje “dobre” i “loše” reprezentacije objekta u ujedinjen imago zahvaljujući pouzdanom unutarnjem imagou koji ostaje stabilan uprkos stanjima nagonskog htijenja ili nelagode. Proces doprinosi i fuziji agresivnih i libidinih impulsa, te ublažava i agresivitet u okolnostima koje pobuđuju intenzivna afektivno negativno prebojena stanja.

Uspostavljanje emocionalne konstantnosti objekta kompleksan je proces koji involvira sve aspekte psihičkog razvoja: urođenu nagonslu datost i maturaciju, neutralizaciju nagonске energije, testiranje realiteta, tolerancu na frustraciju i anksioznost itd. Neophodni preduslovi su sljedeći (Mahler i sar., 1975):

- a) Povjerenje izgrađeno još u simbiotskoj fazi na osnovu otklanjanja tenzije tokom napredovanja separacije-individuacije pridaje se objektu udovoljavatelju potreba (majka), i potom biva transferirano internalizacijom u intrapsihičku reprezentaciju majke.

- b) Kognitivno sticanje simboličkih unutarnjih reprezentacija konstantnog objekta, u skladu s Piagetovom⁴ tezom.

Dosezanje individualnosti determinirano je rapidnom diferencijacijom ega. Proces je velikim dijelom potpomognut značajnim razvojem kognitivnih funkcija, posebno verbalne komunikacije, fantazije i testiranja, realiteta. Uspostavljanje mentalne reprezentacije selfa, kao odvojene i drugačije od reprezentacije objekta, utire put formiranju identiteta selfa.

6. Teorija objektnih odnosa Otto F. Kernberga

Otto Kernberg psihoanalitičku teoriju objektnih odnosa shvata kao poseban pristup u psihoanalizi koji se bavi metapsihološkim i kliničkim pitanjima u okvirima metamorfoze internaliziranih objektnih relacija. Podlogu za svoje teoretske postulate Kernberg iznalazi u doprinosima Jacobsonove (1964, 1971) i Mahlerove (Mahler i sar., 1968; Mahler i sar., 1975) po kojima najranije internalizacije, preciznije rečeno introjekcije, ispoljavaju dijadične odlike. Ovo znači da, iako u početku nediferencirana, reprezentacija self/objekat posjeduje self – objekat polaritet.

Teorija objektnih odnosa kakvom je prezentira Kernberg u kontrastu je s Britanskom psihoanalitičkom školom. U njenim okvirima strukturni razvoj integriran je s pristupima ego psihologije. Za razliku od Freudove (1915) sugestije da afekti i emocije korespondiraju procesima rasterećenja, čija se konačna ekspresija opaža kao emocija, Kernberg upravo afektivne dispozicije drži primarnim motivacionim sistemima.

⁴ Piaget (1937; prema Mahler i sar. 1975) je razlučio je da se konstantnost objekta pojavljuje u dobi od osamnaestog do dvadesetog mjeseca. Njegova studija zasniva se na kateksi neživog, trazitorno katektiranog fizičkog objekta. Ovo čini bitnu razliku u odnosu na dosezanje emocionalne konstantnosti s primarnim objektom, majkom, kako je dijete s njom u konsantnom, živom odnosu, gdje se isprepliću različiti, kontradiktorni afekti. Iz ovog razloga razvojni korak dosezanja konstantnosti objekta u emocionalnom smislu doseže se, u normalnim razvojnim okolnostima, tokom treće godine života.

„Opća implikacija je da nagoni u ljudskom biću započinju da se razvijaju gradualno iz skupa 'gradivnih blokova', tako da serije jedinica determiniranih afektom ugone i serije jedinica determiniranih afektom neugode gradualno evoluiraju u libidno investirane i agresivno investirane konstelacije psihičkih nagonskih sistema – tj. u libido i agresiju, odnosno, dva glavna psihološka nagona“ (Kernberg, 1976).

Kernberg teoriju objektnih odnosa dopunjuje konceptom afekata kao primarnih, urođenih dispozicija koje se u početku ekstrauterinog života ispoljavaju u odnosu na specifično subjektivno iskustvo u okvirima nediferenciranih stanja ugone, odnosno neugode. Ove kongenitalne dispozicije locira u nediferenciranom matriksu id-ego. Procesi njihove integracije s korespondirajućim nivoom perceptivne integracije i kognitivne interpretacije bivaju pohranjeni u vidu afektivnog pamćenja, konstelacije koja inkorporira elemente selfa, komponente objekta i afektivno stanje.

Diferencijacija afekta odvija se simultano procesu diferencijacije internaliziranih objektnih relacija. U početku afekat i kognicija evoluiraju u zajedničkom matriksu da bi se kao kasnije razvojno dostignuće izdiferencirali viši nivoi kognitivnog funkcionisanja s relativno malim učešćem afektivne komponente, i viši nivoi afektivnih funkcija s kompleksnim kognitivnim implikacijama.

Paralelno s procesom strukturacije reprezentacije objekta, odvija se i proces strukturacije reprezentacije selfa, kao i proces diferencijacije mentalnih eprezentacije selfa i objekta. U neometanom psihofiziološkom razvoju ovi procesi odigravaju se interaktivno i uzajamno se balansiraju. Kernberg (ibid) integrirajući teoriju objektnih odnosa i ego psihologiju predložava teoretski okvir koji će se docnije smatrati klasičnim psihoanalitičkim pogledom na razvojnu psihologiju. U okviru istog, tokom psihofiziološkog razvoja djeteta, diferencijacija reprezentacija selfa i objekta odvija se u okviru sljedećih pet stadija:

I. Normalni „autizam“ ili primarni nediferencirani stadij

II. Normalna „simbioza“ ili stadij primarnih nediferenciranih self/objekt reprezentacija

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

III.Diferencijacija reprezentacije selfa od reprezentacije objekta

IV.Integracija reprezentacija selfa i reprezentacija objekta i razvoj intrapsihičkih objektnih relacija višeg reda

V.Konsolidacija superega i integracija ega

Normalni „autizam“ ili primarni nediferencirani stadij

Početak ekstrauterine egzistencije obilježen je odsustvom diferencijacije self/objekt, što se označava primarnim nediferenciranim stadijem. Bazični osjećaj fizičke kohezije ili integriteta reprezentacija self/objekat izostaje, ili je narušen. Ovaj stadij obuhvata prvi mjesec života. Razvojne zapreke ili fiksacija na ovom stadiju rezultiraju izostankom razvoja nediferencirane reprezentacije self/objekat, te nedostatkom kapaciteta da se uspostavi normalan simbiotski odnos s majkom (ili njenim supstitutom). Ovo je obilježje autističke psihoze, kako je definirala Mahler (Mahler i sar., 1968).

Normalna „simbioza“ ili stadij primarnih nediferenciranih self/objekat reprezentacija

Početak djetetovog ulaska u normalni simbiotski stadij obilježen je konsolidacijom gratificirajuće, no nediferencirane reprezentacije self/objekat. U ovu fazu Kerberg uključuje simbiotski stadij kako ga je opisala Mahler (npr. 1971, 1972) i diferencijacijsku podfazu separacije-individuacije iste autorice (ibid). Normalna simbioza traje do šestog ili osmog mjeseca djetetovog života. Okončava se razvojnim dostignućem obilježenim stabilno diferencirane reprezentacije selfa i reprezentacije objekta u okviru centralne „dobre“ reprezentacije self/objekat.

Esencijalni, bazični organizacijski element psihičkog aparata su primitivni afekti, sačinjeni od najranijih subjektivnih iskustava ugone, odnosno neugode. Upravo posredstvom afekata povezuje se trag pamćenja kojim se u memorijske tragove utiskuju doživljaji primitivne percepcije stanja tijela, ponašanja i korespondirajući odgovori djetetove okoline. Tako je prva jedinica intrapsihičke strukture internalizirana predstava o urođenim fiziološkim, bihevioralnim, afektivnim i

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

perceptivnim zbivanjima. Primarni afekat posjeduje preplavljujuće kvalitete koji značajno aficiraju introjektivne procese. Iz ovog razloga negativna afektivna stanja stvaraju perceptivne konstelacije sasvim različite od onih nastalih u okolnostima pozitivnih afektivnih doživljaja. Upravo preplavljujući kvalitet ranog afekta uzrokuje različitost valence introjeksijske koja zajedno s oskudnim integrativnim kapacitetima rudimentarnog egoa dovodi do toga da pozitivne i negativne introjeksijske bivaju pohranjene odvojeno jedne od drugih. Ovo je porijeklo splittinga kao mehanizma ego odbrane, koji će, s početka, u normalnim razvojnim okolnostima dominirati ontogenezom. Spontano će, gradualno, isčeznuti ustupivši mjesto potiskivanju tokom druge i početkom treće godine života.

Afekti internalizirani oko predstave „dobrog“, odnosno „lošeg“ self-objekta se diferenciraju tokom procesa daljnjeg psihofiziološkog sazrijevanja. Primitivni afekti ugone će se razviti, u skladu s postulatima Freudovog epigenetskog razvojnog modela, u specifična zadovoljstva asocirana uz oralnu gratifikaciju, ekscitaciju različitih erogenih zona, gratifikaciju koju obezbjeđuje istraživačko ponašanje u nešto kasnijoj uzrasnoj dobi, kao i sticanju iskustva iz međuljudskih odnosa. Primitivni afekti asocirani uz neugodu evoluiraju u pravcu anksioznosti, straha, bijesa i druge derivate agresivnog nagona. Iskustva koja aktiviraju gratificirajuću reprezentaciju self-objekt aktiviraju i procese usmeravanja i održavanja pažnje, te motiviraju učenje. Za normalan psihološki razvoj značajna je gratifikacija, no i optimalna frustracija, s početka posebno u interakciji s majkom. Ovakvo predodžanje razvojnih procesa omogućeno je maturacijom primarnih autonomnih ego funkcija, poput percepcije i pamćenja, kao i razvojem kognitivnih kapaciteta djeteta. Odrastanje u uslovima ekscitativne ekscitacije „loše“ self-objekt reprezentacije, što se zbiva u okolnostima pojačane i prolongirane frustracije ili deprivacije, provocira generaliziranu anksioznost čiji dezorganizirajući efekat interferira s ranom diferencijacijom selfa u polariziranoj self/objekat reprezentaciji. Ovakva konstelacija će u značajnoj mjeri negativno uticati na povoljan tok dalje diferencijacije objektnih odnosa i strukturaciju psihičkog aparata.

Stadij se okončava postizanjem diferencijacije reprezentacije selfa i objekta u stabilnu, jedinstvenu, no i dalje nediferenciranu predstavu „dobrog“ self-objekta. Ova reprezentacija gradi se pod iznimnim uticajem gratificirajućih iskustava koja pristižu djetetu iz odnosa s njegovom majkom, odnosno njenim supstitutom. Paralelno s oformljavanjem predstave o dobrom self-objektu stvara se

i odvojena reprezentacija o nediferenciranom „lošem“ self-objektu. Ona se stvara na osnovu loših, frustrativnih, bolnih iskustava djeteta. Kasnije, no još uvijek u stadiju normalne simbioze, „loša“ self-objekat iskustva bivaju projekcijom izbačena van, ka periferiji psihičkog iskustva i provociraju predstavu o postojanju nečega lošeg van self-objekt reprezentacije. Napredovanjem psihofizioloških maturacionih procesa isticanjem realističnije predstave egzistencije „loši“ nukleus self iskustva biva predmet kasnijih projektivnih mehanizama. „Dobra“ self-objekat reprezentacija, s druge strane, postaje nukleus ega.

Patološka fiksacija ili regresija u ovom razvojnem stadiju rezultiraju neuspješnom integracijom, odnosno disolucijom granica ega. Ovo je obilježje većine tipova shizofrenih poremećaja adultnog doba (Jacobson, 1954), simbiotske psihoze djetinjstva (Mahler i sar., 1968) i depresivnih psihotičnih poremećaja (Jacobson, 1966).

Diferencijacija reprezentacije selfa od reprezentacije objekta

Diferencijacija reprezentacija selfa i objekta započinje u životnoj dobi između šestog i osmog mjeseca života i okončava se tokom druge polovine druge godine života i tokom treće godine. Stadijum odlikuje realizacija diferencijacije reprezentacije selfa od reprezentacije objekta iz ujedinjene „dobre“ self-objekt reprezentacije i diferencijacija self i objekt reprezentacije iz „loše“ self-objekt reprezentacije, koja se odvija nešto kasnije. Ovaj razvojni period u grubim crtama odgovara fazi separacije-individuacije (Mahler i sar., 1975), izuzevši podstadij diferencijacije. Razvojno dostignuće ovog životnog perioda podrazumijeva integraciju „dobre“ i „loše“ reprezentacije selfa u integrirani koncept selfa. Integrirani koncept selfa podrazumijeva i dosezanje emocionalne konstantnosti objekta, kada je unutar njega, cjelovita reprezentacija objekta u intrapsihičkom sistemu individue postojana i u fizičkom odsustvu istog, i neovisno o stanju djetetovih potreba.

U početku faze diferencijacije reprezentacija selfa od reprezentacija objekta, dobre i loše reprezentacije selfa i objekta (u početku samo majke, kasnije i oca i drugih članova porodičnog miljea) koegzistiraju bez integracije u obuhvatni koncept selfa, odnosno objekta. Libidno i

Sarajevo, 2013

agresivno katektirane reprezentacije selfa i objekta razdvojene su aktivnim korištenjem splittinga u svrhu zaštite dobre, idealizirane veze s majkom od kontaminiranja lošim reprezentacijama selfa kao i lošim reprezentacijama objekta. Kako napreduje maturacija autonomnih aparata ega, učvršćenje ego granica i gradualni razvoj viših oblika internalizacije (identifikacija) u području pozitivnih objektnih relacija korištenje splittinga postaje sve otežanije. Ovo se zbiva iz razloga što realitetna obilježja negativnih interakcija i njihova kontaminacija čisto pozitivnih introjekcija više ne mogu biti eliminirani splittingom i držani po strani obzirom na rastuće kapacitete sintetičkih mogućnosti ega. U normalnom razvoju tokom druge godine života dijete doseže razvojni stupanj kada sintetički procesi ujedinjuju pozitivne i negativne introjekcije i identifikacije, te se razvija radikalno drugačija situacija u odnosu na prethodni razvojni stadij. Pozitivne reprezentacije selfa povezuju se s negativnima, kao što se i pozitivne reprezentacije objekta povezuju s negativnim reprezentacijama istog. Razvoj tenzije između kontradiktornih reprezentacija selfa korespondira okolnostima koje obilježavaju depresivnu poziciju (Klein, 1935; 1940), te rođenju novih afektivnih dispozicija, posebno krivice, zabrinutosti i žalovanja za dobrim objektima (Winnicott, 1954). Ovo se zbiva usljed prepoznavanja vlastite agresije usmjerene ka objektu koji se ranije ukazivao kao loš, no sada se sagledava kao dio cjelovitog objekta koji sadrži i dobru i lošu komponentu. Iz ovog razloga dijete će objekat doživjeti parcijalno izgubljenim i parcijalno ugroženim. Fuzija pozitivnih i negativnih introjekcija implicira i fuzioniranje njihovih afektivnih komponenti, što će dovesti do parcijalne neutralizacije, te modulacije afekta i obogaćivanja afektivne dispozicije ega. Kasnije self i objekat komponente bivaju diferencirane i u području frustrativnih ili hostilnih interakcija. U početku, pod ovim novim okolnostima, dijete percipira vlastitu hostilnost kao prirodno opravdanu zbog onog što doživljava kao hostilnost od strane „lošeg“ objekta, tj. lošeg aspekta majke. Kako reprezentacije selfa i objekta postaju diferenciranije i u libidno i agresivno investiranim interakcijama, ego granice će se proširiti i učvršćavati u stabilnu strukturu.

Procesi fuzije pozitivnih i negativnih introjekcija provocirat će još jedan oblik rasta psihičkog aparata. Idealni self razvit će se kao reprezentant reparatornih nastojanja da se nadvlada osjećaj krivice u odnosu na objekat. Poslužit će da se uspostavi idealna, isključivo pozitivna relacija između selfa i objekta. Novonastalu situaciju kompletirat će slika idealnog objekta s kojim se uspostavlja ovaj idealizirani odnos.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Patološka fiksacija ili regresija u ovaj razvojni period obilježava graničnu organizaciju ličnosti (Kernberg, 1966; 1976; Kernberg i sar., 1989).

Integracija reprezentacija selfa i reprezentacija objekta i razvoj intrapsihičkih objektnih relacija višeg reda

Četvrti razvojni stadijum podrazumijeva dodatnu integraciju reprezentacija selfa i reprezentacija objekta, te razvoj superega. Stadij započinje krajem treće godine djetetovog života i traje tokom cijelog edipalnog perioda. Obilježen je integracijom libidno i agresivno katektiranih reprezentacija selfa u definitivan self sistem. Istovremeno se odvija i proces libidno i agresivno investiranih reprezentacija objekta u cjelovitu reprezentaciju objekta.

Tokom ove faze konsolidiraju se i ego, superego i id, kao definitivne, globalne intrapsihičke strukture.

Patologija tipična za ovaj stadij su neurotski poremećaji „višeg nivoa“, posebno histerična, opsesivno kompulzivna i depresivno mazohistička karakterna obilježja. Konflikti se, tipično, odvijaju na relaciji ego i superego (koji je u ovom stadiju dobro integriran, no ekscesivno strog i kažnjavajući).

Konsolidacija superega i integracija ega

Peti stadij podrazumijeva proces konsolidacije superega i integraciju ega. Ova faza započinje dovršenjem integracija svih nivoa superega. U ovom stadiju jasno diferencirani i integrirani osjećaj selfa, stabilan svijet integriranih i internaliziranih reprezentacija objekata i realistična samospoznaja u uzajamnom sadejstvu oblikuju i pojačavaju jedni druge.

Koncept selfa podliježe kontinuiranim modulacijama na osnovu realitetnih iskustava s drugima, kao i iskustvima sa svijetom unutrašnjih objekata. Upravo „integrirani self, stabilan svijet integriranih, internaliziranih reprezentacija objekata, i realistično znanje o sebi pojačavaju jedni

druge“ (Kernberg, 1976). Ovo znači da što su obuhvatnije integrirane reprezentacije selfa, to percepcija selfa u datim životnim situacijama odgovara ukupnom realitetu osobinih interakcija s drugima. Integriranije reprezentacije objekta, s druge strane, omogućavaju veći kapacitet za realističnije shvaćanje drugih tokom čega se obavlja i oblikovanje unutarnjih reprezentacija na bazi ovih iskustava.

U ovom stadiju fuzionišu se nukleusi superega. Usložnjava se razvoj superega koji će gradualno postati apstraktan, depersonificiran. Razvojnu liniju superega Kernberg prati u skladu s Jacobsonovom (1964) koja je opisala kako se superego integrira i sistematizira, inkorporirajući rane prekursore iz arhaičnih, projiciranih i nanovo introjiciranih imagoa objekta.

Stadij odlikuje i promjena u obrascu rasta i razvoja ega kroz razvoj i integraciju sistema identifikacije. Stoga nagoni derivati koji pristižu u psihički aparat bivaju parcijalno potisnuti prije nego što stignu do nukleusa ega, i postaju direktni dio odbijenih sistema identifikacije koji sačinjavaju dinamičko nesvjesno u svom konačnom obliku. S druge strane, snažna osjećanja krivice mogu biti projicirana van i reintrojicirana od strane superega.

II ONTOGENETSKA PROGRESIJA DANIELA STERNA: ČETIRI OSJEĆAJA SELFA

Sternova razvojna progresija, uokvirena formulacijama o četiri osjećaja selfa, znatno je primjerenija psihoanalitičkoj teoriji vezivanja nego teoriji objektnih odnosa. Ipak, odlučili smo se u kratkim crtama prezentirati i ovaj ontogenetski model jednim dijelom iz razloga što je instrument kojim se koristimo u istraživanju djelomično zasnovan na Sternovim postulatima. Drugi razlog koji nas je potaknuo da predložimo Sternove formulacije jest noviji datum prezentiranja ovog razvojnog

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

modela, u odnosu na prethodno iznesene. Naime, upravo dio istraživanja na kojima počivaju Sternove formulacije, kao i kasniji naučnoistraživački radovi iz razvojne psihologije (npr. Beebe i sar., 1988, 1994, 1998, 2007) koji se uklapaju u Sternovu razvojnu psihologiju, rezultirali su dovođenjem u pitanje autističnog razvojnog stadija (Mahler i sar., 1975). Nesumnjivo je da je i Sternova ontogenetska progresija, kao i razvojni modeli teorije objektnih odnosa, značajno obogatila psihonalički teoretski korpus i otvorila nove vidike i mogućnosti sinteze u aktualnom dobu izrazitog teoretskog pluralizma.

Srž Sternovih (1985) postulata ogleda se u njegovom iskazu:

„Osjećaj selfa služi kao primarna subjektivna perspektiva koja organizira socijalno iskustvo i stoga se sada pokreće ka centru pozornice kao fenomen koji dominira ranim socijalnim razvojem.“

Stern polazi od stanovišta da prije izranjanja samosvijesti i upotrebe jezika postoje izvjesni vidovi doživljaja selfa već kod veoma malog djeteta, u dojenačkom razdoblju. Ovaj preverbalni, egzistencijalni osjećaj selfa podrazumijeva postojanje direktnog iskustva, no ne i koncepta. U ovom najranijem periodu vlastite egzistencije novorođenče intenzivno povezuje i integrira različita iskustva. Ipak, obzirom na veoma nizak maturacioni stupanj integrativne mreže kojima se ostvaruje organizacija iskustva te i osjećaja selfa kao i vanjskog svijeta još uvijek nisu obuhvaćeni u jedinstvenu organizirajuću subjektivnu perspektivu. Stoga Stern (ibid) navodi da je „izranjajući osjećaj selfa proces postajanja“. Organiziranje iskustva na nivou jedinstvene organizirajuće subjektivne perspektive razvojni je zadatak koji se odvija daljnjim ontogenetskim procesima, u domenu jezgrovnog odnošenja.

U odnosu na sklonost periodizacije razvoja u psihoanalitičkoj teoriji važno je potcrtati da Sternova razvojna shema ne podrazumijeva sukcesivne razvojne faze. Jednom formiran određeni osjećaj selfa nastavlja egzistirati i biti aktivan tokom cijelog života, tako da svi pojedinačni osjećaji selfa nastavljaju evoluirati u odnosu koegzistencije. Ipak, u odnosu na temporalnu sukcesiju pojavljivanja svake od ovih domena tokom razvoja neizbježno je da će tokom odrastanja postojati period kada jedna ili dvije domene predominiraju kao ontološki predodređene. Promjena u načinu doživljaja

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

socijalnih interakcija s pojavljivanjem svakog osjećaja selfa imanentnog procesima ontološke progresije protiče u skladu s glavnim psihofiziološkim razvojnim pomacima. Stoga se i predominirajući vid interakcije između roditelja i odgajatelja obogaćuje od fizičkog i neposredno djelujućeg ka mentalnim zbivanjima koja leže u osnovi ukupnog ponašanja, a kasnije i ka razumijevanju značenja različitog spektra zbivanja.

Navodeći kako se „niko ne može složiti s tim šta je self egzaktno“ Stern (ibid) ekstenzivno elaborira o četiri osjećaja selfa koja odlikuju ljudsku jedinku:

- Osjećaj izranjajućeg selfa
- Osjećaj jezgrovitog selfa
- Osjećaj subjektivnog selfa
- Osjećaj verbalnog selfa

Osjećaj izranjajućeg selfa

Stern tvrdi da od akta rođenja djeteta počinje doživljavati osjećaj izranjajućeg selfa obzirom da je predisponirano da bude svjesno izvjesnih samoorganizirajućih procesa. Autor čvrsto zastupa stanovište da ne postoji konfuzija na relaciji self – drugi u bilo kom periodu djetinjstva tj. da niti u jednom periodu života djeteta tokom normalnog razvoja ne doživljava potpunu dediferencijaciju na nivou self – objekat. Zastupljen je stav da je čovjek rođenjem predisponiran, te stoga i orijentiran ka selektivnoj responzivnosti u odnosu na vanjska socijalna zbivanja.

Od samog rođenja novorođenče povremeno boravi u stanjima budne inaktivnosti (Wolff, 1959). Tada je ono fizički mirno i budno i očito „prima u sebe“ vanjska zbivanja (Wolff, 1966). Ovi periodi traju po nekoliko minuta, nekada i duže i pojavljuju se u regularnom ritmu. Aktivnosti novorođenčeta, prisutne od samog rođenja, koje su pod voljnom muskularnom kontrolom i koje

mogu biti obavljane tokom budne inaktivnosti su okretanje glave, sisanje i gledanje. Upravo ovim aktivnostima novorođenče nam pokazuje da se u vrlo jednostavnom, rudimentarnom obliku može konstatirati da ono „zna“. Prva dva mjeseca života karakterizira vid presocijalne, prekognitivne, predorganizirane egzistencije.

Starosno razdoblje od dva mjeseca „granica je jasna gotovo koliko i sam porođaj“ (Stern, 1985). Otprilike u osmoj sedmici novorođenčevog života evidentne su kvalitativne promjene u načinu njegove egzistencije. Počinje ostvarivati direktan kontak oči u oči. Ubrzo potom počinje se češće smiješiti i u responzivnom pogledu. Strategije usmjeravanja pažnje prema okolnom svijetu pomijeraju se u smislu pospješених vizualnih obrazaca skeniranja. Senzomotorna inteligencija doseže viši nivo, kako je opisao Piaget (prema Stern, 1985).

Proces formiranja osjećaja izranjajućeg selfa uključuje tri procesa koji se konstrukcionističkim modusima baziranim na asimilaciji, akomodaciji, asocijaciji i identifikaciji invarijanti organiziraju u specifičan novorođenčev doživljaj (ibid). Tako su procesi uključeni u formiranje osjećaja izranjajućeg selfa i drugog: amodalna percepcija, fiziognomička percepcija i percepcija korespondirajućih afekata vitalnosti.

Osjećaj jezgrovitog selfa

Razdoblje od drugog do šestog mjeseca života period je u kojem odojče konsolidira osjećaj jezgrovitog selfa. Ovo razvojno dostignuće podrazumijeva pojavu odvojenog, kohezivnog i ograničenog fizičkog jedinstva, kao i osjećaj vlastitog posredništva, afektiviteta i temporalnog kontinuiteta. Jezgroviti self je prevashodno fizički self s jedinstvenim afektivnim životom i životnom istorijom. Dejstvuje van polja svjesnosti što znači da ga dijete doživljava samog po sebi. Uspostavljanjem ove perspektive mijenja se subjektivni socijalni svijet, te će i interpersonalno iskustvo sada operirati u novom domenu, domenu jezgrovnog odnošenja.

Stern negira postojanje normalne simbotske faze. Stanovišta je da se subjektivni osjećaj jedinstva može doživjeti jedino kada prethodno već postoji izgrađen iznijansiran osjećaj jezgrovitog selfa i

jezgrovitog drugog. Tako vremenske odrednice koje sugerira pomijeraju osjećaj pojavljivanja doživljaja selfa znatno ranije no što je to predočavano u teoretskim publikacijama koje su prethodile njegovoj sintezi u „Interpersonalnom svijetu djeteta“ (Stern, 1985).

Osjećaj jezgrovitog selfa podrazumijeva integraciju četiri bazična djetetova iskustva u jedinstvenu subjektivnu socijalnu perspektivu: self-posredništvo, koherenciju selfa, self afektivitet i istoriju selfa (pamćenje). Svako od ovih iskustava Stern drži invarijantom.

Osjećaj subjektivnog selfa

Razdoblje života od sedmog, odnosno devetog do osamnaestog mjeseca obilježeno je razvojem nove organizirajuće rontogenetske perspektive. U ovom životnom periodu uporedo sa ostvarivanjem razvojnih zadataka usmjerenih ka dosezanju autonomije kod djeteta su prisutne i težnje ka kreiranju intersubjektivnog jedinstva s drugim. Stvaranje intersubjektivne unije omogućeno je adekvatnim stupnjem maturiteta kako je u ovoj uzrasnoj dobi dijete u mogućnosti da shvati da vlastiti subjektivni život, prevashodno umnu aktivnost i osobitosti afektiviteta, može podijeliti s drugim. Odnosno, dijete shvata da ono posjeduje um i da um karakterizira i druge ljude. Sada self i objekat nisu više doživljeni kao jezgroviti entiteti fizičkog prisustva, dejstvovanja, afekta i kontinuiteta. Prisutna su i subjektivna mentalna stanja, poput osjećanja, namjera, motiva, koja se nalaze u pozadini fizičkih zbivanja u domenu jezgrovnog odnošenja. Ovim procesom se signifikantno proširuju polje i priroda ljudske interakcije. Važno je napomenuti da se i domen intersubjektivnog odnošenja, kao i jezgrovito odnošenje, odvija van polja svjesnosti i bez posredstva jezika.

Subjektivni osjećaj selfa, kao i osjećaj drugog, značajno se razlikuje od jezgrovitog osjećaja selfa i objekta u domenu jezgrovnog odnošenja. I self i drugi sada su obilježeni i unutarnjim, subjektivnim iskustvima koja nadopunjuju ponašanje i direktne senzacije koje su obilježavali doživljaje jezgrovitog osjećaja selfa i jezgrovitog osjećaja drugog.

Kao dokaze za intersubjektivno odnošenje Stern (ibid) navodi: dijeljenje fokusa pažnje, dijeljenje namjera i dijeljenje afektivnih stanja.

Osjećaj verbalnog selfa

U drugoj polovini druge godine života, preciznije u razdoblju između petnaestog i osamnaestog mjeseca života, dijete razvija treću organizacijsku subjektivnu perspektivu o sebi i drugom. Ovo je omogućeno maturacijskim procesima jer sada su i u osjećaj selfa i u osjećaj drugog utkani lično znanje o svijetu i određena iskustva. Ova platforma otvara nove i vrlo široke mogućnosti za interpersonalna zbivanja. Stoga osjećaj verbalnog selfa, koji operira u domenu verbalnog odnošenja, počiva na novim kapacitetima djeteta koji odlikuju ovu uzrasnu dob: objektivnom pogledu na self, kapacitetu za involviranje u simboličku igru, te upotrebi jezika.

IV PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA

Gdje je bio id neka bude Ego.

Sigmund Freud, 1933.

4.1. Psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija

Psihoanalitička psihoterapija dominira praktičnim analitičkim područjem rada danas (Gabbard i sar., 2005; Kachele, 2010; Rangell, 2001). Iako strogo bazirana na klasičnim psihoanalitičkim teoretskim postulatima, okarakterisana je znatno manje striktnim setingom, odnosno manjim brojem seansi u sedmici i neupotrebom kauča. Od 1946. godine kada su Alexander i French publicirali „Psihoanalitičku terapiju: Principi i aplikacija,, pa do današnjeg dana u vodećim psihoanalitičkim krugovima vode se diskusije na temu sličnosti i razlika između ovog vida psihoterapije i psihoanalize. Zvaničan konsenzus još uvijek nije postignut (Sandić, 2010).

Radi ilustracije tekuće problematike u sažetom obliku predočit ćemo centralna uporišta diskursa učesnika Panela koji je u Internacionalom žurnalu za psihoanalizu publiciran 2010. godine. Pojedini autori zalažu se za ukidanje bilo kakvih razlika između pomenuta dva terapijska modaliteta, tj. zastupaju unitarno stanovište, dok je podjednako značajno i stanovište koje podržava esencijalne razlike, te se promovira i pluralizam.

Daniel Widlocher (2010), trening analitičar Francuske psihoanalitičke asocijacije i bivši predsjednik Internacionalne psihoanalitičke asocijacije stava je da unitarni pogled unosi konfuziju, istovremeno ne podržavajući niti pluralizam. On kazuje o dijalektičkom pogledu koji razlikuje psihoanalitički metod slušanja i psihoterapeutski. Psihoanalitički metod je dekonstruktivan, u smislu čistog otkrića nesvjesnog i njegovih latentnih sadržaja i procesa. Sam po sebi nema nikakvu terapijsku vrijednost, već sticanje znanja o psihičkom ustrojstvu datog subjekta. Tako je ono što obilježava

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

psihoanalitičko „tehnika slušanja, čisto asocijativno i interpretativno slušanje“ (ibid). Psihoterapeutsko bi se, onda, odnosilo na korištenje ove tehnike kako bi se pomoglo pacijentu da se oslobodi psihičke patnje. Tako iz dijalektičke perspektive Widlocher ne razlikuje psihoanalitički i psihoterapeutski proces, već dva različita oblika slušanja. Model koji on nudi omogućava kompromis.

Horst Kachele (2010), njemački psihoanalitičar koji se sproveo ekstenzivna istraživanja posebno fokusirana na psihoanalitičku psihoterapiju, ne uočava kategoričku razliku između psihoanalize i psihoterapije. On notira da postoje različite analitički relevantne dimenzije koje u različitoj mjeri stupaju na scenu u različitosti i dinamizmu tretmana, te piše: „Psihoanalitički rad u terapeutskm kontekstu bi trebao biti obuhvaćen terminom 'psihoanalitička terapija' uključujući varijacije setinga i intenziteta; granice ovog termina su labave, protežući se preko brojnih varijacija psihoanalitičke prakse“ (ibid).

Fred Busch (2010), trening i supervizor analitičar na Psihoanalitičkom institutu u Novoj Engleskoj, član Bostonskog i Massachusetts instituta za psihoanalizu, u notiranju razlika između psihoanalize i psihoanalitičke psihoterapije akcentira različitost njihovih ciljeva i rezultata. Tako psihoanalitička psihoterapija omogućava pacijentu veću intelektualnu kontrolu nad vlastitim iskustvima, kao i sposobnost da slobodnije razmatra aktualne probleme. S druge strane, psihoanaliza je fokusirana na razvijanje načina poznavanja sopstva i kapaciteta za samoanalizu. Analogno ovome, tehničke različitosti između psihoanalize i psihoterapije drži derivatima ovih dubljih, fundamentalnih razlika u ciljevima i postignućima.

4.2. Komponente klasične psihoanalitičke tehnike

Komponente klasične psihoanalitičke tehnike predočit ćemo i skladu s Greensonovim (1967) formulacijama u „Tehnici i praksi psihoanalize“:

I. Produkcija materijala

a) Slobodne asocijacije

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

b) Transferne reakcije

c) Otpori

II. Analiziranje pacijentovog materijala

a) Konfrontacija

b) Klarifikacija

c) Interpretacija

d) Prorada

III. Radni savez

I Produkcija materijala

Slobodne asocijacije

Od samih početaka psihoanalize „fundamentalno je tehničko pravilo“ upravo procedura slobodnih asocijacija. Njima se omogućava zaobilaženje otpora, te olakšava pristup nesvjesnom. Freud (1923c) navodi:

„Tretman započinje tako da se od pacijenta traži da se postavi u poziciju pažljivog i nepristrasnog posmatrača, samo da svo vrijeme glasno čita površinu svog svjesnog, i da je s druge strane dužan biti iskren što je to više moguće istovremeno ne zadržavajući bilo kakvu ideju van komunikacije, čak i ako (1) osjeća da je isuviše neprijatna (2) procjenjuje da je od neesencijalnog značaja ili (3) suviše nevažna ili (4) irelevantna. Jednoobrazno se nalazi da su baš ove ideje koje provociraju ove na koncu pomenute reakcije od posebne vrijednosti u otkrivanju zaboravljenog materijala.“

Bollas (1999a) napominje da kada danas razmatramo slobodne asocijacije mi podrazumijevamo sve one dimenzije koje se odnose na mnoštvo njihovih elemenata: neverbalne, verbalne, imaginarne, simboličke, afektivne itd.

Kako bi se pacijentu omogućilo da slobodno asociira Freud (1923c) specifira i zahtjev koji se odnosi na terapeuta:

„Iskustvo je ubrzo pokazalo da bi pogodan stav koji analitički ljekar treba usvojiti taj da se preda svojoj vlastitoj nesvjesnoj mentalnoj aktivnosti, u stanju *jednako lebdeće pažnje*, kako bi se koliko je to moguće izbjegle refleksije i konstrukcija svjesnih očekivanja, i ne pokušati da popravi bilo šta što je čuo posebno u svojoj memoriji, i ovim sredstvima uhvatiti značaj pacijentovog nesvjesnog svojim vlastitim nesvjesnim“.

Transferne reakcije

U “Uvodnim predavanjima”, predavanju “Analitička terapija” Freud (1917d) navodi:

“Odlučujući dio posla je postignut kreiranjem pacijentove relacije s doktorom – u ‘transferu’ – novim izdanjima starih konflikata; u ovima bi pacijent želio da se ponaša na isti način kako je to činio u prošlosti, dok mi, skupimo svaku dostupnu mentalnu silu koja prisiljava pacijenta da donese svježije odluke. Tako transfer postaje bojno polje na kojem sve sile susreću u uzajamnoj borbi jedna s drugom. Sav libido, kao i sve ono što mu se suprotstavlja, konvergiraju na doktora.”

Tako transfer predstavlja repeticiju stare objektne relacije u analitičkoj situaciji „ovdje i sada“. U seansi pacijent ne reprezentira svoj unutarnji, objektni svijet terapeutu pukom naracijom.

„On koristi analitičara kao transferni objekt i ova upotreba je dalje artikulirana kroz analitičarev kontratransfer. Pacijent nas vremenom procesira, organizira i uspostavlja svoju jedinstvenu upotrebu. Ove procedure rad su nesvjesnog ega, i jedino
Sarajevo, 2013

konfrontiranjem i analiziranjem pacijentovih ego procedura možemo dovesti u svjesno, i učiniti psihički dostupnim, ono što je bilo pohranjeno kao duboka struktura,, (Bollas, 1987).

U transferu se, napominje Kernberg (1997) ne aktivira tek jedna epizoda traumatskog iskustva, već kondenzacija asociranih konflikata i odbrana iz mnogih različitih, temporalno udaljenih kognitivno povezanih nesvjesnih iskustava koja tek gradualno mogu biti raščlanjena u različite komponente koje potiču iz različitih perioda ranog iskustva. U neurotskoj psihopatologiji regresija se odvija do relativno integriranog, no ipak infantilnog selfa, te i relativno integriranih nesvjesnih reprezentacija parentalnih figura. Stoga je neurotičke transferne reakcije, za razliku od transfernih reakcija dubljih psihičkih poremećaja, najčešće unekoliko lakše opservirati i interpretirati u okvirima nesvjesne relacije prema roditeljima u prošlosti. Naravno, u obzir se uzimaju i realitetni i fantazirani aspekti ovih odnosa, kao i odbrane usmjerene na oboje – što biva aktivirano u transferu.

Kada se razmatra transfer svakako da, asocijativno, pomišljamo na unekoliko sličnu reakciju no koja potiče od strane terapeuta. Aktualni pogled na kontratransfer (ibid) je kao na ukupnu emocioalnu reakciju analitičara u odnosu na pacijenta koja obuhvata i pacijentove doprinose kontratransferu (posebno, no ne i ekskluzivno, sredstvima projektivne identifikacije i onipotentne kontrole) i potencijalnoj participaciji analitičarevih transfernih dispozicija u kontratransferu. Ovo potonje posebno se odnosi na uslove vrlo intenzivnih i regresivnih transfernih odigravanja.

Otpori

Otpori se odnose na

„sve sile unutar pacijenta koje oponiraju procedurama i procesima psihoanalitičkog rada, tj. koje ometaju pacijentove slobodne asocijacije, koje interferiraju s pacijentovim nastojanjima da se sjeti i stekne i asimilira uvid, koje operiraju protiv pacijentovog razumnog ega i njegove želje da se promijeni“ (Freud, 1900).

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Njima pacijent brani svoje aktualno neurotsko stanje. Prisutni su tokom cijelog psihoterapijskog postupka, od samog početka pa do kraja tretmana. Sačinjavaju ih odbrane koje je pacijent koristio tokom svog života i uvijek emaniraju iz ega, i to prevashodno njegovog nesvjesnog dijela. Neposredni uzrok ispoljavanje otpora je izbjegavanje da se doživi bolan afekat (npr. anksioznost, krivica, strah, ljutnja). Iza ovog motiva nalazi se nagoniska pulzija koja je i provocirala dati afekat.

Najznačajnija praktična distinkcija (Greenson, 1967) je diferencirati ego sintone otpore od onih koji su strani egu. Ovo je bitno iz razloga što je pacijent, kad mu se konfrontacijom i klarifikacijom približi otpor koji je stran egu, već spreman raditi na njemu. S druge strane, pacijent uvijek ispoljava otpor pri pokušaju analiziranja ego sintonih otpora. Iz ovog razloga krucijalan rani korak u analizi pacijentovih otpora je predočiti mu ego sintoni na taj način da ga percipira kao otpor koji je stran egu. U protivnom, nerazriješeni otpor će perzistirati tokom seanse što će rezultirati njenom neučinkovitošću.

U praktičnom radu srećemo se s otporima na svakoj seansi. Njihove kliničke manifestacije variraju i od velikog je značaja za povoljan psihoterapijski tok prepoznati i interpretirati ih. Tek tad se možemo posvetiti analizi drugog materijala. Greenson (ibid) navodi neke od najtipičnijih kliničkih manifestacija otpora napominjući da to nije kompletan spisak:

1. Pacijent je tih, ne govori – najčešći je i najtransparentniji oblik otpora. Ukazuje da je pacijent na svjesnom ili na nesvjesnom planu nevoljan podijeliti svoje misli ili emocije s analitičarem;
2. Pacijentu se ne priča – varijacija je prve stavke;
3. Afekti koji indiciraju otpor – najtipičnija situacija je kada pacijent verbalno komunicira, ali u odsustvu afekta. Stiče se utisak da je neuključen i udaljen od onog što saopštava. Općenito, neadekvatnost afekta je znak vrlo snažnog otpora;
4. Tjelesni stav pacijenta –ukrućenost, grčevito prekrštene ruke i sl. upućuju da je pacijent vrlo izvjesno u otporu. Isto tako, ekscesivno pomijeranje također indicira da se nešto prazni putem pokreta, umjesto putem riječi;

5. Fiksacija u vremenu – uporno prijanjanje za prošlost ili sadašnjost u pacijentovoj naraciji znak je izbjegavanja, analogno rigidnosti i fiksiranosti emocionalnog tona, tjelesnog stava i sl.;
6. Trivijalnosti ili vanjska zbivanja – kada pacijent kazuje o površnim, relativno beznačajnim zbivanjima, on izbjegava sadržaj koji je, subjektivno, bogat značenjem. Tako da u situacijama kada se zbiva ponavljanje sadržaja bez amplifikacije ili afekta, ili bez produbljavanja uvida, treba razmotriti da je na sceni otpor;
7. Izbjegavanje tema – pacijenti ovo rade kako na svjesnom, tako i na nesvjesnom planu. Sklonost izbjegavanja emocija ispoljava se u odnosu na neprijatne i bolne emocije poput seksualnosti, agresiviteta i transfera. Slično, pacijenti mogu saopštavati da osjećaju dosadu dok se zapravo osjećaju bijesnima;
8. Rigidnosti – svako rutinsko ponašanje koje pacijent ispoljava bez promjene treba biti smatrano otporom. Npr. započinjanje svake seanse snom ili obavještanje terapeuta da nema sjećanja na san, započinjanje svakog sata žalbama na simptome i sl.;
9. Jezik izbjegavanja – upotreba klišeja, tehničke terminologije ili sterilnog jezika jedna je od vrlo čestih indikacija da se radi o otporu. Upotrebom klišeja pacijent izolira afekat izbjegavajući emocionalno uplitanje;
10. Kašnjenje, propuštanje seansi, zaboravljanje da se plati – česte su manifestacije otpora;
11. Odsustvo snova – zaboravljanje snova je indikacija pacijentove borbe protiv razotkrivanja svog nesvjesnog, i posebno, njegovog nagonskog života analitičaru (Freud, 1900);
12. Pacijentu je dosadno – dosada ukazuje da pacijent izbjegava da postane svjestan svojih nagonskih poriva i fantazija. U osnovi, to je odbrana od fantaziranja;
13. Pacijent ima tajnu – očito je da pacijent koji svjesno ima tajnu izbjegava izvjestan sadržaj. Ovo je poseban vid otpora koji zahtijeva posebna tehnička razmatranja;

14. Acting out – ovo je često zbivanje u praktičnom radu. U pitanju je otpor jer je acting out ponavljanje u djelu, umjesto verbalnog iskaza, sjećanja i afekata. Na dalje, u ovom činu uvijek postoji i izvjesna distorzija. Jednostavan i čest oblik acting outa je kada pacijent diskutuje materijal sa seanse s nekim drugim, a ne terapeutom. Očito je da se radi o izbjegavanju u kojem pacijent premiješta transfer na drugu osobu kako bi izbjegao i razblažio transferna osjećanja;
15. Česti veseli sati – velikim dijelom analitički rad je ozbiljan. Tačno je da neki put korektna interpretacija dovede do spontanog smijeha i pacijenta i analitičara. Ali, česti veseli sati, prevelik entuzijazam i prolongirano ushićenje pokazuju da je nešto izdvojeno – najčešće nešto suprotne prirode, neki oblik depresije (Lewin, 1950; Greenson, 1962; prema Greenson, 1967);
16. Pacijent se ne mijenja – ukoliko drugi znaci otpora nisu prisutni vjerovatno je na sceni suptilni oblik acting outa i transferni otpor;
17. Tihi otpori – otpori koji često bivaju registrirani tek van seanse, dok terapeut razmišlja o pacijentu van analitičke situacije. Ovi otpori se ne detektiraju tokom određene seanse, čak niti tokom više seansi, već kad je uspostavljena određena distanca od analize. U ovim slučajevima očito je da se radi o kontratransfernoj komponenti sa strane analitičara, i karakternom otporu od strane pacijenta (Glover, 1966; Fenichel, 1941; prema Greenson, 1967);

II Analiza pacijentovog materijala

Metod liječenja psihoanalitičke psihoterapije zasniva se na klasičnim psihoanalitičkim terapijskim smjernicama - analizi nesvjesnog materijala te njegovim dovođenjem u svjesno pacijenta u obliku uvida. Ovo se postiže (Gabard, 2005; Gabbard i sar., 2005; Greenson, 1967; Huprich, 2009; Kernberg, 1976):

- konfrontacijom

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- klarifikacijom
- interpretacijom
- proradom.

Konfrontacija

Prvi korak u proceduri analiziranja datog psihičkog fenomena podrazumijeva da se isti mora načiniti jasnim pacijentovom svjesnom egu. Na primjer, pacijenta koji verbalno iznosi da mu je izvjesno zbivanje „smiješno“, pri tom iznoseći sadržaj koji bi, normalno, provocirao kvalitativno suprotnu emocionalnu reakciju, potrebno je eksplicitno konfrontirati s ovom činjenicom. Tek kada on sagleda i prihvati ovu činjenicu može se pristupiti daljnjem analitičkom postupku.

Klarifikacija

Klarifikacijom se psihički fenomen s kojim je analizand prethodno konfrontiran postavlja u oštar fokus. Ove dvije procedure obično su stopljene u praktičnom radu. No, neki put je potrebno pažljivo klarificirati značajne detalje, istovremeno razgraničavajući strani materijal. Konfrontacijom i klarifikacijom se dati materijal kristalizira u pacijentovom predsvjesnom, što je nužan preduslov kako bi se moglo pristupiti efektivnoj interpretaciji.

Interpretacija

Konfrontacija i klarifikacija uvod su za interpretaciju, intervenciju koja ekskluzivno obilježava psihoanalitičke modalitete terapijskog rada. Ona esencijalno razlikuje psihoanalizu i psihoanalitičku psihoterapiju od svih drugih psihoterapijskih tehnika. U klasičnoj psihoanalizi ona je ultimativni, odlučujući terapijski element. Upravo interpretativnim činom se nesvjesni sadržaj

Sarajevo, 2013

prevodi u svjesno analizanda, pridajući mu značenje, izvor, istoričnost ili uzrok. Ovo dovodi do uvida koji klasična psihoanaliza iznalazi centralnim faktorom koji će rezultirati intrapsihičkom promjenom, restrukturacijom selfa.

Klimovski (1999; prema Aguiillaume 2007) zgodno predočava tri dimenzije interpretacije:

1. Interpretacija je vrsta teorije u minijaturi o onom što se nalazi iza opservirajućeg fenomena. Tako, interpretiranje implicira produciranje modela ili hipotezu upravo onako kako bi teoretičari u fizici činili kada nastoje objasniti šta se nalazi iza određenih efekata u domenu fizike;
2. Druga dimenzija povezana s fenomenom interpretacije je semiotička, povezana je s značenjima: šta je učinjeno u ovom slučaju je slično sa shvatanjem značaja koje postavlja materijalni objekt interpretacije. Ovdje je rad uporediv s radom lingviste;
3. Treći aspekt je instrumentalan i možda – u izvjesnom smislu – terapijski; činjenica je da je interpretacija u psihoanalizi akcija: ko god interpretira čini nešto s ciljem u umu, tj. da modificira ili producira efekat u pacijentu.

Nemoguće je u pisanom tekstu izolovanom od datog analitičkog subjekta izričito definirati psihoanalitičke terapijske postupke, te i interpretaciju, u smislu gotovog recepta kada, kako i šta interpretirati. U praktičnom terapijskom radu svaka seansa iskazuje se kao unikatna tvorevina, jedinstveno semantičko polje uzajamno kreirano od strane analizanda i terapeuta. Iz ovog razloga Freud (1913b) upoređuje psihoanalizu s igrom šaha. No, u odnosu na ulogu interpretacije u psihoanalitičkom postupku značajno je posvetiti se njenom pobližem određenju.

Fenichelova (1939) „topografska“ formula interpretacije jasna je i nedvojbeno permutacija Freudovog (1933) čuvenog postulata: „Gdje je bio id neka bude ego“. Naime, upravo interpretacija treba da ono što je nesvjesno učini svjesnim. Razmatrajući dinamsku dimenziju interpretacije u istom tekstu Fenichel sažima „nekoliko općenito poznatih pravila“ koje rezimiramo u vrlo kratkim crtama:

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- a) Interpretaciju je potrebno započeti s površine;
- b) Pacijent odlučuje predmet analitičkog sata, i to ne samo onim o čemu govori, već često i onim što ne govori, ili načinom na koji govori, ili kako se ponaša tj. šta čini;
- c) Interpretacija otpora prethodi interpretaciji sadržaja;
- d) Potrebno je izbjeći preduboke i prepovršne interpretacije.

Osvrćući se na ekonomičku stranu interpretacije Fenichel podcrtava da se mora raditi ne samo u području aktualnog nagoniskog konflikta ličnosti analizanda, već i u domenu najznačajnijeg konfliktnog područja sadržanog u aktualnoj seansi. Centralnost se pridaje najznačajnijim konfliktima datog trenutka sesije. Iz ovog razloga je redoslijed kojim su interpretacije predložene od vrlo velikog značaja. U ekonomički domen svakako spada i adekvatno doziranje interpretacija.

Kernberg (1983) kao ekonomički kriterij za interpretaciju definira nužnost da se iz materijala prezentiranog na seansi, ili segmenta iste, odabere interpretacija materijala povezanog s pacijentovim dominantnim afektivnim stanjem. Ono nije nužno svjesno, te ga je potrebno detektirati kako iz materijala dobijenog verbalnog diskursom, tako i neverbalnog ponašanja i opće atmosfere koju kreira slivanje transfera i kontratransfera. Razlog isticanja dominantnog afektivnog stanja je taj da ono uvijek signalizira aktivaciju nesvjesne objektna relacije između pacijentove reprezentacije selfa i korespondirajuće reprezentacije objekta. Istovremeno, objektna relacija reflektirana u dominantnom afektu najčešće koincidira s objektnom relacijom dominantnom u transferu. Ovo olakšava terapeutovu odluku da interpretira afektivni dominantni materijal onako kako isti izranja u transfernoj situaciji.

U pogledu klasificiranja interpretacije Todorović (2010) predložava kako se u literaturi navodi veći broj različitih vrsta interpretacije, što je zanimljivo uglavnom iz akademskog ugla:

1. *Horizontalne* – ukazuju na zajednički imenitelj pacijentovih doživljaja i ponašanja sa važnim objektima iz njihovog okruženja;

2. *Vertikalne* - odnose se na pacijentovo razumijevanje prošlosti i to, prije svega, one najranije, da bi se povezala prošlost i sadašnjost;
3. *Sadržaja* – su tumačenja ispoljenog i površnog materijala koji, po mišljenju terapeuta, ima dublje značenje, prije svega seksualnog i agresivnog karaktera. One su više usmjerene na značenje nesvjesnog sadržaja nego na konflikt i unutrašnju borbu;
4. *Probne* – su interpretacije koje se zasnivaju na modusima „možda“, „vjerovatno“, „moguće“ s ciljem da bi ih pacijent mogao odbaciti bez osjećaja da je time povrijedio terapeuta;
5. *Autoritativne* – kojima se vrši određeni pritisak ili kojima se nešto traži od pacijenta;
6. *Simboličke* – usmjerene na tumačenje simboličkih značenja (snova, omaški);
7. *Odbrane* – su poseban oblik analize otpora. Njihov cilj je da se pacijentu približe mehanizmi i manevri koje on koristi u borbi sa bolnim osjećanjima. Interpretiraju se razne vrste otpora:
 - otpori protiv radnog saveza
 - otpori protiv uvida u pozadinu emocija, mišljenja, ponašanja
 - otpori protiv uvida u postupke
 - interpretacija transfera kao oblika otpora
8. *Mutacione* – su interpretacije koje se odnose na pulzije kojima je upravo terapeut katektiran u terapijskoj situaciji, što će reći prave transferne interpretacije. One treba da dovedu do suštinskih promjena u pacijentu;
9. *Transferne* – su one koje se odnose na transfer i daju se isključivo u vezi s transferom i transfernim doživljavanjima pacijenta i načinu na koji se rani preedipalni razvojni procesi i konflikti ispoljavaju u sadašnjosti. One imaju središnje mjesto u psihoanalitičkoj terapiji;
10. *Ekstratransferne* – su interpretacije izvan transfernog odnosa, odnose se na osjećanja prema drugim osobama iz prošlosti pacijenta;

11. *Rekonstruktivne* – usmjerene su na prenošenje empatije na pacijenta nezavisno od prirode njegove psihopatologije;

Na pitanja „kako interpretacija funkcionira?“ Fenichel (1939) daje sljedeći odgovor:

„Pažnja ega je povučena do 'predsvjesnih derivata'. Kako se ovo zbiva? 1) Ono što će biti interpretirano prvo se *izolira* od iskustvenog dijela ega. 2) Pacijentova pažnja se povlači u njegovu vlastitu *aktivnost*: *on sam* iznosi ono što je do sad mislio da doživljava pasivno. 3) On shvata da je imao motive za ovu aktivnost što ranije nije znao. 4) On notira da u nekom drugom momentu, također, gaji nešto slično, ili nešto što je na izvjestan način asocijativno povezano. 5) Uz pomoć ovih opservacija on postaje sposoban da poducira manje distorzirane 'derivate', i kroz ovo *porijeklo* njegovog ponašanja postaje jasno.“

Razloge iz kojih pacijent prihvata interpretaciju Fenichel (ibid) navodi kako slijedi:

- 1) Zato što, unutar sebe samog, prepoznaje ono što je interpretirano kao istinito. Interpretiramo, kao što se zna, ono što je već predsvjesno – i samo *vrlo malo* više – što na taj način može ući u svjesno. 2) Kao rezultat paradoksalno dizajniranog 'racionalnog transfera' tj., zbog pozitivnog emocionalnog stava prema analitičaru koji inducira pacijenta da uspostavi manje skeptičan pogled u odnosu na materijal koji mu predočava analitičar. 3) Kao rezultat identifikacije s interpretirajućim analitičarem.

Prorada

Koncept prorade izvorno objavljuje Freud (1914b). Zadatak iste je produbljivanje uvida koji analizand stiče nakon korektne interpretacije, te je i prorada značajan motiv za dodatno interpretiranje. Većim dijelom se odnosi na analitički rad na otporima koji preveniraju da pacijent dosegne željenu promjenu. “Analitički rad koji čini mogućim da uvid dovede do promjene je prorada” (Greenson, 1967).

U skladu s rastućim saznanjima iz oblasti neuronauka došlo se do spoznaja da dijaloške razmjene kojima se interpretira i promovira prorada onoga što nikada ranije nije bilo artikulirano kreiraju nove referentne kanale tvoreći novu moždanu neuronsku umreženost. Ovo Gedo (1995) podrazumijeva pod novim aranžmanima u nervnom sistemu. Zapravo, na sceni je proces sticanja, učenja, novih kognitivnih i komunikacijskih vještina.

III Radni savez

Koncept potiče od Freudovog (1938) notiranja analitičkog pakta. Greenson (1965, 1967) u psihoanalitičku teoriju uvodi termin radni savez. Ovaj relacioni matriks je drugačiji od transfera, kontratransfera i realitetnog odnosa terapeut-pacijent. On obezbjeđuje poseban terapijski prostor u kojem „značajna interpersonalna iskustva i krucijalne identifikacije mogu modificirati pacijentovu patogenu unutarnju strukturu (Meissner, 1981). Unekoliko uistinu poetski, Bollas (1999b) o porijeklu radnog saveza piše:

„Analitičar i analizand dio su nečeg što ih na izvjestan način vodi na najparadoksalniji način. Da bi radili skupa oni moraju, kako se čini, napustiti jedan drugog. Pacijent mora napustiti svoje normalno socijalno ponašanje i izgubiti se u metodu koji postaje novi način ekspresije selfa. Analitičar mora napustiti svoju želju da bude od pomoći, odbiti pacijentove zahtjeve za trenutnim terapijskim lijekom, i uroniti u receptivni stav, otvoren ka pacijentovim nesvjesnim komunikacijama, ukoliko namjerava primiti unutarnji svijet njegovog analizanda“.

Greenson (1965) radni savez definira kao „relativno neneurotski, racionalni raport koji pacijent ima s analitičarem“ smatrajući „pouzdanim jezgrom radnog saveza pacijentovu motivaciju da nadvlada svoju bolest, njegovu svjesnu i racionalnu spremnost da kooperira i njegovu sposobnost da prati instrukcije analitičara“. Zetzelova (1970) alijansu drži neophodnim preduslovom za analizu i interpretaciju nesvjesnih derivata, kao i nadvladavanje otpora. Napominje da su za stvaranje radnog saveza potrebne relativno zrele ego funkcije, kapacitet za objektne odnose, kapacitet za relativno objektivno distanciranje od nesvjesne fantazije i transfernih derivata koji bi mogli potkopati

Sarajevo, 2013

alijansu. Nadalje, navodi sposobnost da se zadrži povjerenje u odsustvu gratifikacije, sposobnost zadržavanja diferencijacije selfa i objekta u odsustvu gratificirajućeg objekta, kao i kapacitet da se prihvate realistična ograničenja.

U psihoanalitičkoj teoriji ranijeg datuma smatralo se da se radni savez formira između pacijentovog razumnog ega i analitičarevog analizirajućeg ega (Sterba, 1934). No, Kanzer (1972) ističe da involviranje ega u radni savez nije moguće bez istovremenog uključivanja superega, odnosno da rascjep ega u opservirajući i dejstvujući dio (Sterba, 1934) protiče paralelno s rascjepima u superegu. Kanzer (1972) notira četiti ovakva rascjepa:

- a) Dominacija ida naspram naprednih modusa testiranja realiteta;
- b) Kontinuirane unutrašnje podjele naspram kanaliziranja u transfernu neurozu;
- c) Otpor prema tretmanu naspram želje za oporavkom;
- d) Participirajući naspram opservirajućeg ega (Sterba, 1934).

Pozivajući se na Kanzerove formulacije Meisnner (1986, 1996, 1999) sugerira da je teoretska osnova za radni savez obuhvatniji superiorni strukturalni koncept, u smislu hijerarhijskog selfa koji omogućava kompleksnu integraciju psihičkih funkcija, prije no ego kao intrapsihički ograničeni entitet.

Tako se radna alijansa, sem neophodnog preduslova za sprovođenje terapijskog rada (Rangell, 1996) iskazuje i kao poseban relacioni matriks u kojem se putem analitičkog dijaloga odvijaju i značajne terapijske intervencije, poput holdinga (Winnicott, 1965) i kontejnera (Bion, 1962, 1970).

Kako je indicirao Winnicott (1965):

„Analitičar obezbjeđuje *holding* pacijenta, i ovo često preuzima oblik prevođenja riječima, u adekvatnom trenutku, nečeg što pokazuje da analitičar zna i razumije najdublje anksioznosti koji pacijent doživljava, ili koje će doživjeti“

Unekoliko srodan konceptu holdinga je Bionova (1962, 1970) metafora koneinera. Njegov koncept konteiniranog (proživljenog emocionalnog iskustva) i, s druge strane, konteinera (kapaciteta za sanjanje i mišljenje ovih misli – konteinera) apliciran na do sada iznesene formulacije o radnom savezu dovode nas do još jedne terapijske uloge alijanse. U njenom relacionom matriksu pacijentu se omogućava da prihvati regresiju neophodnu za uspješnu analizu, da tolerira neminovne anksioznosti, i da se postavi osnova za efektivnu interpretaciju. Terapeut kao dobar i protektivan kontejner garantira pacijentu siguran prostor za emocionalni raport, pomažući i sebi i pacijentu da steknu jasnije razumijevanje njihovog značenja putem interpretacije.

4.3. Ciljevi psihoanalitičke psihoterapije

U žiži terapijske akcije u psihoanalitičkoj psihoterapiji je da se putem terapijskog postupka transformira dio pacijentovog selfa. U osnovu se radi u kondenziranom, ubrzanom obliku maturacije, obzirom na regresivna obilježja koja odlikuju svakog od pacijenata koji ulaze u tretman. Ova ubrzana maturacija značajno je potpomognuta procesom neutralizacije agresivnih derivata, što se omogućava interpretacijom materijala koji pacijent predočava na seansi uporedo s elementima holdinga i konteiniranja kako je predočeno ranije. Na ovaj način uspostavljaju se stabilnije i integriranije, odvojene reprezentacije selfa i objekta. Istovremeno, potiče se upotreba zrelijih mehanizama ego odbrane, koji gradualno zamjenjuju arhaičnije oblike. Od iznimnog značaja je fokusiranje na transferne manifestacije, kao i pažljiv monitoring kontratransfera. U konačnici, cilj psihoterapije ukorijenjene u teoriji objektnih odnosa je poboljšanje kvaliteta međuljudskih odnosa. Ovo se postiže progresivnom transformacijom unutrašnjeg svijeta objekata pacijenta, što rezultira zrelijim, manje fantazmatskim i strahom prebojenim doživljajem vanjskih objekata.

Iz ovog razloga pojedinačni terapijski ciljevi su višestruki. U odnosu na teoretsku orijentaciju različiti autori će ih predočavati na različit način jer se kao okosnicom koriste osnovnim teoretskim uporištima one škole kojoj i sami pripadaju. Zarad konciznosti odlučilo se poslužiti smjernicama koje predočavaju Gabbard i Westen (2003, prema Kachele 2010). Prema ovim autorima cilj

psihoanalitičke psihoterapije je mijenjanje nesvjesnih asocijativnih mreža i prekrajanje svjesnih obrazaca mišljenja, emocionalnog svijeta, motivacije i regulacije afekta.

U konačnici radi se o terapijskim manevrima usmjerenim na iščezavanje psihopatološke simptomatologije koja je pacijenta inicijalno i dovela na tretman. No, kako se u okviru psihoanalitičke teorije simptom ne posmatra kao izolovana patogena struktura sama za sebe, već iskaz specifičnog funkcioniranja datog subjekta u cjelosti, terapijski rad na simptomu podrazmijeva rad na kompromisnoj formaciji i/ili izvjesnom defektu strukture. Ovim se psihoanalitičkim psihoterapijskim procedurama zahvata čitava ličnost.

IV.4. Terapijski agens psihoanalitičke psihoterapije

Freud (1913b) je istakao da su energetske izvori izlječenja interpretacija i pozitivan transfer, jer pacijent može iskoristiti interpretaciju jedino kad se nalazi u dobroj afektivnoj relaciji s analitičarem. Ovo je razlogom što analitičar mora činiti interpretacijske intervencije jedino onda kada se pacijent nalazi u pozitivnoj transfernoj relaciji. Ukoliko ovo nije slučaj, prvo mora analizirati “transferne otpore” kako bi se nanovo uspostavio pozitivan transfer (Freud, 1913b). Upravo iznimna, ekskluzivna uloga interpretacije u pozitivnom terapijskom ishodu, dugo vremena smatrala se neprikosnovenim psihoanalitičkim principom.

Aktuelni psihoanalitički diskurs fokusiran na terapijski iscjeliteljski efekat centriran je oko dvije teoretske struje. Polemika oko neprikosnovene pozicije interpretacije, odnosno centralnosti prirode dijadnog odnosa terapeut – klijent, započela je 1960. godine Loewaldovom publikacijom “O terapijskom dejstvu psihoanalize”. Proces promjene autor je locirao u stvaranju objektna relacije novog tipa, a ne interpretacijom stečene uvide. Loewald notira da tokom analitičkog postupka pacijent uspostavlja novu objektnu relaciju s terapeutom. Njeno značajno obilježje je da izranja u okruženju manje traumatičnom no što je to bilo tokom perioda djetinjstva. Ovaj novi odnos omogućava pacijentu korektivno emocionalno iskustvo pri čemu se starije reprezentacije “razbijaju”. Na ovaj način omogućen je razvoj prethodno zapriječenih pozitivnih i relacionih kapaciteta.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Na bazi ovog značajnog teoretskog pomaka odvija se nadogradnja psihoanalitičke misli. Veliki broj savremenih teoretičara prihvata stanovište da sticanje novih znanja koje se odvija pomoću interpretacije, no i emocionalno korektivno iskustvo koje obezbjeđuju psihoanalitički terapijski modaliteti, uzajamno djeluju u pravcu postizanja terapijske promjene (Levin, 2011).

Osvrnimo se na psihoanalitičku situaciju kako je opisuje Aragno (2008):

Psihoanalitičke situacije su semantička polja vrlo posebnog tipa; u njima se jezik koristi za prevođenje neuhvatljivih, ne-diskurzivnih značenja i nesvjesnih obrazaca. Analitičarevo opservirajuće oko i slušajuće uho podešavaju se značenjima koja sežu dalje od denotativne signifikacije, na načine koji podsjećaju na participaciju koje se odvija u shvatanju umjetnosti. Metodološki stav psihoanalitičkog metoda uključuje različite načine shvatanja, ili načina znanja, simultano: opserviranje, slušanje, osjećanje, zaključivanje, i intuicija svi participiraju u emocionalnom/spoznajnom ovog interpretativnog semantičkog (Aragno, 2008).

Složenost i multislojevitost analitičke seanse odvija se u posebnom matriksu radnog saveza o kojem smo već pisali ranije. U susretu su osobnost pacijenta i osobnost terapeuta, uokvireni posebnim vidom dijaloga zasnovanog na principima psihoanalitičke tehnike.

Polazeći od Winnicottove opservacije da „ne postoji takva stvar poput djeteta“ bez majčine brige (Winnicott, 1960b) Ogden (1994) sugerira da, u analitičkom kontekstu, ne postoji nešto takvo poput analizanda odvojenog od odnosa s analitičarem, niti analitičar odvojeno od odnosa s analizandom. Iskustvo tokom kojeg se „simultano boravi u intersubjektivnosti analitičar-analizand, kao i van nje“ Ogden (ibid) definira kao „analitički treći“. U okviru ovog koncepta analitički proces i terapijski efekat posmatra se u međugru tri subjektivnosti: analitičara, analizanda i analitičkog trećeg. Analitički treći, s jedne strane, kreacija je analitičara i analizanda. Istovremeno, analitičar i analizand bivaju kreirani od strane ovog analitičkog trećeg. Terapeut i pacijent ga doživljavaju različito, u kontekstu vlastite ličnosti, istoričnosti života, psihosomatske podloge itd. Ogden ga obilježava i asimetričnošću jer biva generiran u kontekstu analitičkog setinga koji je snažno definiran odnosom uloga koje u analitičkom procesu imaju terapeut i pacijent. Kao rezultat

privilegovano je nesvjesno iskustvo analizanda, i to na specifičan način. Ono je glavni predmet analitičkog diskursa. S druge strane, terapeutovo iskustvo u i van analitičkog trećeg primarno se koristi kao sredstvo razumijevanja svjesnog i nesvjesnog iskustva analizanda. Tako koncept analitičkog trećeg u psihoanalizi obezbjeđuje okvir ideja o

„međuovisnosti subjekta i objekta, transfera-kontrtransfera, koji pomaže analitičaru u njegovom trudu da blisko prati, i jasno razmišlja, o bezbrojnim intersubjektivnim kliničkim činjenicama koje susreće, bilo da su one očito samoapsorbirana brbljanja njegovog uma, tjelesne senzacije koje čini se da nemaju ništa s analizandom, ili bilo koji drugi 'analitički objekt' intersubjektivno generiran od strane analitičkog para.“ (ibid)

Uspješan terapijski proces tako podrazumijeva

„zamjenjivanje nesvjesnog trećeg i ponovno prisvojenje (transformiranih) subjektivnosti od strane participanta kao odvojenih (no ipak međusobno zavisnih) individua. Ovo se postiže kroz akt uzajamnog prepoznavanja kome često posređuje analitičareva interpretacija transfera-kontrtransfera i analizandovo genuino psihološko korištenje analitičareve interpretacije.“ (Ogden, 2004)

Stava smo da Ogdenov koncept lucidno objedinjava ulogu interpretacije i raznolikih neverbalnih elementata dijadnog odnosa terapeut-analizand u definiranju terapijskog agensa psihoanalitičke psihoterapije. Bilo kakvo razdvajanje u smislu akcentiranja centralnosti samog odnosa terapeut-pacijent, ili tvrdoglavog prijanjanja za raniju neprikosnovenost interpretacije vodilo bi jednousmjerenosti. Ovim bi se snažno limitiralo shvatanje same psihoanalitičke psihoterapije, njene suštine i multislojevitosti uticaja kojima se radi na prekrajanju pacijentovog nesvjesnog.

Ogdenov analitički treći zapravo je Winnicottov potencijalni prostor ispoljen u kliničkom setingu. On funkcioniše slično bilo da razmatramo granice i dinamizam na relaciji svjesno – nesvjesno, ili self – objekat. U Freudovom topografskom modelu on se vrlo dobro uklapa u područja predsvjesnog.

Ovaj model odstupa od logocentričnog modela misli (Derrida, 1978; prema Bitan, 2012) kojim se cjelokupno ljudsko iskustvo i istina o njemu nastoje reducirati u dihotomne kategorije. Možda upravo iz ovog razloga Bollas (1999c) o denzitetu bilo kojeg psihoanalitičkog sata piše kao o misteriji.

V AGORAFBIJA

V.1. Definiranje pojma

Simptome psihičkog poremećaja koji su kasnije uokvireni kliničkom slikom agorafobije prvi put je opisao Robert Burton, britanski naučnik i pisac, u “Anatomiji melanholije” publiciranoj 1621. godine (Carter, 2004). Porijeklo samog termina “agorafobija” datira iz 1871. godine kada je nemački neuropsihijatar Carl Friedrich Otto Westphal načinio kovanicu grčkih riječi *agora* (trg, mjesto gdje se okupljaju ljudi) i *phobia* (strah). Ovim je obuhvatio kliničku sliku kojom dominira strah od prostranih, otvorenih prostora, poput širokih ulica, mostova, gradskih trgova i sl.

“Tokom pokušaja da pređe otvoreni prostor izbija strah čim se poveća udaljenost od kuća ulice koja vodi ka otvorenom prostoru... Pojavljuje se osjećaj nesigurnosti, kao da više ne korača sigurnim korakom, i registruje kako se kaldrma rastapa... Stanje se poboljšava samim tim što se nanovo približava kućama“ (Westphal, 1871; prema Holmes, 2006).

U Westphalovo doba prevladavalo je naučno mišljenje koje je uzroke fobičnih poremećaja iznalazilo u organskim bolestima prouzrokovanim degenerativnim promjenama centralnog nervnog sistema. U pokušaju da se približi psihološkom tumačenju agorafobije Westphal (ibid) oprezno sugerira da je doživljaj anksioznosti njegovih pacijenata “više u glavi no u području srca”.

V.2. Klinička slika

Prema Desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (MKB-10) (Anonymous, 1999) agorafobija (F40.0) je svrstana u grupu neurotskih poremećaja,

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

poremećaja vezanih uz stres i somatoformnih poremećaja (F40-F48). Osobe koje pate od agorafobije doživljavaju intenzivni, često panični strah u situacijama kada bivaju izložene mnoštvu ljudi. Isti doživljavaju npr. na širokim gradskim trgovima i drugim sličnim otvorenim javnim prostorima, kako u ovakvim okolnostima imaju snažnu i izrazito uznemirujuću predstavu da nisu u mogućnosti da se brzo sklone na neko, za njih, sigurno mjesto. Druga značajna karakteristika ovog poremećaja je da oboljeli redovito uz sebe nastoje imati osobu od povjerenja, pratioca, kada su primorani napustiti svoje prebivalište.

Psihopatološka fobična simptomatologija koja odlikuje agorafobiju raznolika je. Agorafobični neurotik saopštava kako pati od npr.: straha od napuštanja sigurnosti vlastitog doma, straha od ulaska u trgovine, straha od putovanja autobusom, avionom i sl. Intenzitet anksioznosti i oblik ponašanja kojima će ove osobe pribjegavati s ciljem izbjegavanja za njih izrazito neugodnih situacija različiti su. Obzirom na izrazit kvantum nelagode koja ih preplavljuje prilikom izloženosti gore navedenim situacijama, te posljedično i vrlo neugodnim psihičkim doživljavanjima, tipično za agorafobične neurotike je da vremenom razviju životni stil koji je specifično organizovan. Sistematično izbjegavaju potencijalno neugodne situacije i javna mjesta.

Tako potpuna klinička slika agorafobije uključuje (Hotujac i sar., 2006) *napade panike* na javnim mjestima, *strah od napada* straha, *fobično izbjegavanje* odlaska na mjesta gdje je doživljena panika ili strah, *specifične oblike straha* (od samoće, putovanja, leta avionom, čekanja u redu, zatvorenih prostora, npr. lifta, kupanja u kadi, itd.), *specifična ponašanja* (hodanje samo poznatim ulicama, uz ogradu ili drveće, biranje sjedišta blizu izlaza, izbor stana u prizemlju, često služenje taksijem, nošenje određenih predmeta sa sobom koji daju osjećaj sigurnosti), *potrebu za stalnim pratiocem* bez kojega oboljela osoba ne smije izaći iz kuće ili se boji ostati sama, te na kraju i *razvoj* komplikacija u obliku depresije, alkoholizma i zloupotrebe droga.

Za konačnu dijagnozu, prema MKB-10 (Anonymous, 1999), moraju biti postavljeni sljedeći kriteriji:

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- a) psihološki ili vegetativni simptomi moraju biti primarne manifestacije anksioznosti, a ne sekundarne u odnosu na druge simptome, kao što su sumanutost ili opsesivne misli;
- b) anksioznost mora biti ograničena na najmanje dvije od sljedećih situacija (ili da se uglavnom u njima javlja): masa ljudi, javna mjesta, putovanje od kuće ili putovanje bez pratnje;
- c) izbjegavanje fobične situacije mora biti (ili je bila prije) izražena bitna karakteristika.

Diferencijalna dijagnoza podrazumijeva oprez ukoliko se registruje prisustvo drugih simptoma poput depresije, depersonalizacije, opsesivnih simptoma i socijalne fobije. Oni ne poriču agorafobiju pod uslovom da ne dominiraju kliničkom slikom. Ipak, ukoliko je dominirajuće obilježje kliničke slike depresija na koju se tek kasnije nadovezuje agorafobična simptomatologija, sugerira se depresivnu epizodu notirati kao centralnim obilježjem kliničke slike.

1.3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na agorafobiju

Agorafobija je nozološka jedinica aktualna u psihoanalizi još od samih početaka njenog nastajanja. Sigmund Freud preuzima Westphalovu nomenklaturu, te napomene o agorafobiji nalazimo već u njegovim ranim psihoanalitičkim razmatranjima. U pismu Fliessu iz 1892. godine navodi vrlo kratke napomene o agorafobiji (Freud, 1892a) kada razmatra etiologiju neuroza. Agorafobiju smatra hroničnim oblikom anksiozne neuroze, pretpostavljajući seksualnu etiologiju neuroza. Njegovo metapsihološko formuliranje agorafobije evolviralo je uporedo s razvojem psihoanalitičke teorije. Tako se već u “Predgovoru i fus notama prevodu Charcotovih ‘Predavanja utorkom’” Freud (1892b) javno razilazi s Charcotovim mišljenjem da je hereditet istinski uzrok agorafobije sugerirajući “abnormalnosti seksualnog života”. Dvije godine kasnije u članku “Opsesije i fobije” (Freud, 1894b) pravi distinkciju između psiholoških mehanizama geneze opsesije i fobije, naglašavajući da je u osnovi fobije uvijek prisutna anksioznost, za razliku od opsesije gdje sugerira centralnost

mehanizma supstitucije. Također, fobije diferencira u one “uobičajene”⁵ i “zavisne”⁶, svrstavajući agorafobiju u drugu grupu, u okviru širokog nozološkog entiteta “anksioznih neuroza”.

U studiji “Analiza fobije kod petogodišnjeg dječaka” (Freud, 1909), poznatijoj kao “Slučaj malog Hansa”, na prikazu slučaja demonstrira svoju tezu da je edipalna problematika, odnosno kastracioni strah, centralni konflikt oko kojeg se organizira fobična simptomatologija. U “Inhibicijama, simptomima i anksioznosti”, djelu poznatom po reformaciji teorije anksioznosti, Freud (1926) donekle razrađuje i psihodinamiku agorafobije sugerirajući da je “anksioznost koja se doživljava u agorafobiji ... izgleda strah od seksualnog iskušenja – strah koji ... mora u svom porijeklu biti povezan sa strahom od kastracije”. Klarificira kako je simptomatologija agorafobije komplicirana činjenicom da se ego ne ograničava u pravcu odricanja. Kako bi se oslobodio opasnosti u izvjesnog situaciji ego trpi regresiju u period djetinjstva koja sad postaje uslov čije ga ispunjenje oslobađa od nastojanja usmjerenih ka odricanju. “Na primjer, agorafobični pacijent može biti sposoban hodati ulicom ukoliko mu je obezbijedena pratnja, poput malog djeteta, od strane nekoga koga poznaje i kome vjeruje; ili, iz istog razloga, može biti sposoban da samostalno izađe van ukoliko je ovo organizovano tako da ostaje na određenom rastojanju od svog doma i ne ide na mjesta koja su mu nepoznata ili gdje ga ljudi ne poznaju. Aranžman će ovisiti u svakom slučaju o infantilnim faktorima koji njime dominiraju putem neuroze. Fobija od biti sam je nedvosmislena u svojim značenjima, bez obzira na infantilnu regresiju: to je, u konačnici, nastojanje da se izbjegne iskušenje masturbacijskog zadovoljenja.”

Freud nije publicirao nikakav klinički material o analizi agorafobije jer se nije osobito posvetio njenoj fenomenologiji. Ipak, sugerirao je neophodne modifikacije tehnike u tretmanu: “Teško da će se ovladati fobijom ukoliko se čeka dok pacijent dopusti da analiza utiče na njega da odustane ...

⁵ Odlikuje ih pretjeran strah od stvari kojih se svako gnuša ili plaši u izvjesnoj mjeri, poput noći, usamljenosti, smrti, bolesti, opšte opasnosti, zmija itd.

⁶ Obilježava ih strah od posebnih stanja koje ga kod normalnog čovjeka ne provociraju.
Sarajevo, 2013

Npr. u agorafobiji... postiže se uspjeh jedino kad se može inducirati ... da izađe na ulicu i izbori se sa svojom anksioznošću tokom ovih pokušaja” (Freud, 1919).

Karl Abraham (1913a, 1913b) piše o lokomotornoj anksioznosti koju naziva i strahom od ulice, kao i topofobijom. On sugerira da osobe koje pate od ovog poremećaja imaju uobičajenu incestnu fiksaciju, zajedničku svim neuroticima. Oslanjajući se na Freuda on piše i o konstitucionalnoj predispoziciji koja se očituje u ugodu kretanja. Nju smatra osnovom za odabir agorafobičnog simptoma. Odabir simptoma obrazlaže tako da pulzije usmjerene ka dosezanju ugone, a koje su konfliktne, involviraju lokomociju iz razloga što je ovo preferirani modus od strane datog subjekta. Zbog neuspješnog potiskivanja ove tendence doći će do neurotske inhibicije tjelesnog kretanja. U “Konstitucionalnoj osnovi lokomotorne anksioznosti” (Abraham, 1913a) navodi značajna obilježja agorafobije:

- Incestnu libidnu fiksaciju na osobu koja predstavlja pratioca;
- Pacijentov strah pred životom, simbolički reprezentiran ulicama;
- Strah od iskušenja koji ga obuzima čim napusti zaštitu roditeljskog doma;
- Strah od smrti koja bi ga mogla zadesiti iznenada kada je daleko od ljudi koje voli.

Rani prikazi slučaja ubrzo se pojavljuju u Njemačkoj. Helene Deutsch (1929) publicira “Genezu agorafobije” koja će postati klasični psihoanalitički rad na ovu temu. Ona prihvata Freudovu ideju o prevashodno falusno-edipalnoj kliničkoj slici. Istovremeno, dodaje vrlo značajne psihodinamske dimenzije:

- ideju o povišenom agresivitetu usmjerenom na oba roditelja;
- snažnu mazohističku orijentaciju seksualnih fantazija;
- naglašava mazohističku identifikaciju s majkom kao devalviranim objektom.

Tako kompromisna formacija kod agorafobije zadobija oblik anksioznosti od ulice iz sljedećeg razloga: ulica = seksualno iskušenje = mazohističke tendence = identifikacija s objektom agresije = prostitucija (Compton, 1992).

Edoardo Weiss (1935) smatra da je izbijanje agorafobije determinirano izvjesnim “superficijskim faktorima”. Ovim zapažanjem značajno je dopunio psihoanalitički pogled na agorafobiju. Na ove faktore gleda kao na zahtjev, predstavljen pred pacijenta, da “zakorači u pravcu neovisnosti”. Skladno ovome on zaključuje da agorafobiju obilježavaju tri “glavna značenja”:

- Ja sam emancipiran. Mogu činiti što mi se prohtije (što Weiss izjednačava sa seksualnom kušnjom);
- Pokazivanje sebe samog u javnosti (odnosno egzibicionističke fantazije ili konflikt);
- Odvajanje od majčinske zaštite.

Iste godine Bergler (1935) publicira prikaz slučaja u kojem se, tokom psihoterapijskog postupka, koristio psihodinamskim odrednicama Freuda, Abrahama i Deutscheve. U ovoj publikaciji on skreće pažnju na nesvjesni osjećaj krivice i po prvi put u psihoanalitičkoj literaturi ukazuje na povezanost agorafobije i depresije.

U publikaciji Katanove (1937) koja je uslijedila dvije godine kasnije notiraju se specifičnosti u analitičkom postupku agorafobije, vrlo slično onome kako je ranije sugerirao Freud. Autorica piše: “Prepoznati i interpretirati simboliku je od male terapijske vrijednosti kao i čisto simbolička interpretacija sna. Jedino je interpretacija tog tvrdoglavog prijanjanja za agorafobiju, koja je simultano služila kao odbrana od zastrašujućeg ponovnog premiještanja u infantilna konfliktna područja, bila terapijski efektivna. Prva interpretacija objašnjava jedino sadržaj anksioznosti, druga razotkriva njenu funkciju, i u spoju s prvom implementira terapijski cilj.”

Fenichel (1944) podsjeća na značaj seksualnih konflikata u genezi agorafobične simptomatologije. On diferencira agorafobiju u odnosu na druge fobije u odnosu na projekciju, eksternalizaciju unutarnje opasnosti koja obilježava ovaj tip fobične patologije. Kod drugih fobičnih manifestacija notira centralnost supstitucije premiještanjem jednog vanjskog objekta drugim. Također, on napominje da prisustvo pratioca, u cilju ublažavanja fobične anksioznosti, nije invarijabla. Iz ovog razloga pratioca ne smatra esencijalnim obilježjem agorafobije.

Lewin (1952) je pisao o psihološkim sličnostima fobičnih ispoljavanja i manifestnog sadržaja snova. Naglasio je kako su latentni sadržaji fobične simptomatologije podložni distorzijama od strane primarnog procesa. Ovim je skrenuo pažnju na iznimnu složenost konstruiranja agorafobičnog simptoma.

Miller (1953) sugerira da je osim erotizacije hodanja, egzibicionističkih i voajerističkih poriva, konflikata provociranih od strane superega i promiskuitetnih tendenci, osobita tematika oko koje se organizira agorafobija strah od trudnoće. Kauzalitet iznalazi u promiskuitetnim porivima, i restitutivnoj fantaziji da se ima dijete. Autor navodi specifične elemente agorafobije:

- Defektno funkcioniranje superego;
- Svjedočenje seksualnim aktivnostima odraslih tokom ranog djetinjstva;
- Premiještanje seksualnih poriva usmjerenih ka ocu na fantazije o prostituciji, usmjerene ka strancima na ulici;
- Hostilnost i znatiželju u odnosu na majčino seksualno funkcioniranje, što je asocirano uz kastracioni strah. Pridružena je i ideja o trudnoći i rođenju djeteta, uz identifikaciju sa majkom koja začecem i porodom daruje život, a sekundarno i fetusom u uterusu.

Skoro trideset godina nakon publikacije članka “Agorafobija i njen odnos s histeričnim napadima i traumama” Weiss (1964) publicira ekstenzivnu studiju o agorafobiji, monografiju “Agorafobija u svjetlu ego psihologije”. Razmatra agorafobiju kao konflikt ne samo na relaciji ego – id, već i kao konfliktno stanje unutar samog ega od kojeg potiču prijetnje njegovom integritetu. Autor piše:

Sarajevo, 2013

“Oscilacije ego stanja i stimulacija blokiranih nagona s lakoćom bude potisnute, značajne strukture ega, stoga prijeteći njegovoj integraciji. Tjelesni i mentalni poremećaji unutar ega umanjuju pacijentovo povjerenje u vlastitu sposobnost da adekvatno djeluje i da se primjereno ponaša. Samog sebe tako čini da se osjeća bespomoćnom i nesposobnim za samostalno funkcionisanje”. Potom slijedi “regresija u ovisno vezivanje za majčinsku figuru... što je rezultat, a ne uzrok, poremećaja unutar ega koji povećava potrebu ega za sigurnosnim mjerama”. U svojoj monografiji on podržava tezu da je u izvjesnom obliku konstelacija agorafobične simptomatologije odbrana od promiskuitetnih želja, te utvrđuje tezu da se kod ovog poremećaja radi o insuficijentnosti kontrole nad nagonima.

U francuskoj psihoanalitičkoj teoriji Bouvet (1967a, 1967b; prema Sandić, 1988) u odnosu na dubinu regresivnog pomaka sugerira razlikovanje genitalne i pregenitalne fobije. Prvu označava i terminom “histerofobija” ukazujući na karakternu strukturu koja je dosegla primat genitalnog ustrojstva. Posmatrano u sklopu teorije objektnih odnosa ovo znači da je u slučaju genitalne fobije kompletirana diferencijacija selfa i objekta. Pregenitalne fobije terminološki su označene i kao “faloanalne fobije”. Agorafobija, prema ovoj diferencijaciji, spada upravo u ovu kategoriju. Njenu kliničku sliku determinira i problematika potekla iz pregenitalnog razvojnog perioda, posebno analnog. Ovako duboka regresija ukazuje na snažan upliv pregenitalnih pulzija i na nepotpunu diferencijaciju selfa i objekta tokom maturacionog procesa agorafobičnog subjekta.

Rhead (1969) elaborira tezu o distorziji ega agorafobičnih pacijenata. Nju iznalazi središtem emanacije fobične anksioznosti. Priroda ove distorzije potiče iz razvojnog neuspjeha da se tokom djetinjstva dosegnu individuacija i separacija (Mahler, 1958). Esencijalnim izvoristom erupcije fobične anksioznosti smatra prijetnju integritetu simbiotske spona s majkom, pri čemu je spona regresivno i defanzivno reaktivirana u cilju izbjegavanja efekata poremećaja unutar ega, usljed preplavljujućih stimulusa (infantilnih sadomazohističkih, egzibicionističkih i/ili voajerističkih). Ova “nespecifična distorzija ega” rezultira iz sadejstva nekoliko faktora (Rhead, 1969):

- Neuspjeh individue da dosegne stadij psihičke separacije, i prateća fiksacija na simbiotskog partnera;
- Majčina neadekvatnost i neuspjeh da zaštiti dijete od preplavljujućih stimulus;
- Prerana kristalizacija ega, masivne identifikacije, uz prevladavanje primitivnih mehanizama odbrane.

Frances i Dunn (1975) razmatraju odnos agorafobičnog pacijenta s njegovim pratiocem. Specifikum ovakve simboličke spona reflektira se u doživljaju pratioca kao dijela selfa. Gubitak fobičnog partnera stoga se može doživjeti kao prijetnja konstantnosti selfa. O sličnim opservacijama piše i Ferro (2005) ukazujući na povezanost prijetnje konstantnosti selfa i nedostatne diferencijacije između selfa i ne-selfa kod agorafobičnih pacijenata. Stoga se gubitak fobičnog pratioca doživljava kao katastrofični gubitak dijela nediferencirane self/objekt reprezentacije.

Chasseguet-Smirgel (1978a, 1978b, prema Sandić, 1988), kao vrlo značajan predstavnik francuskog psihoanalitičkog kružoka, drži da agorafobični pacijenti pate od falusne zavisti. Mehanizam nastanka agorafobije definira u sljedećem okviru:

- a) Zavisti za falusom rezultira potrebom da se on posjeduje. Ovim se negira narcistička trauma nanesena od strane majke, koja je doživljena omnipotentnom, falusnom. Ove fantazije su prisutne u vremenu ulaska u ediplanu fazu razvoja tokom koje očeva ličnost podliježe snažnijoj kateksi. Posljedica je da on biva investiran i kao agresivan i kao libidni objekat.
- b) Strahovi aktivirani omnipotentnom reprezentacijom majke nadvladavaju se procesima introjektivne identifikacije. Ovo je razlogom pojave homoseksualnih pulzija. Otac je na nesvjesnom planu doživljen kao rival. Svjesno u odnosu na majku on je idealiziran i poprima ulogu zaštitnika.

Identificirajući se s falusnom majkom muškarac preuzima pasivni, feminini stav. Žena preuzima maskulini stav kojim afirmira posjedovanje falusa. Ipak, u oba spola u nesvjesnom agorafobičnih pacijenata kontinuirana su pitanja: Posjeduje li majka falus ili ne? Odnosno, posjeduje li on lično falus ili ne? Tjeskoba usljed isčekivanja narcističke povrede aktivira hostilna osjećanja prema majci.

Sarajevo, 2013

Projekcija agresiviteta, te posljedična introjekcija istog, rezultirat će manifestacijom straha od širokih trgova, mraka, smrti, tj. supstituta za arhaiski majčinski imago.

Compton (1992) sugerira da se termin agorafobija zamijeni “agorafobičnim sindromom” posebno obzirom na kategorizaciju fobičnog sadržaja. Naime, kazuistučki prikazi u psihoanalitičkoj literaturi, kao i pacijenti koje susrećemo u praktičnom radu, ispoljavaju niz strahova: od uskih ulica, širokih ulica, trgova, tunela, otvorenih prostora, ulaska u radnje, mostova itd. Razmatrajući psihoanalitičku literaturu engleskog govornog područja koja je fokusirana na agorafobiju on zaključuje da se u pogledu dinamskog sadržaja koji obilježava ovaj poremećaj nije ništa esencijalno dodalo još od teoretskih formulacija Freuda i Deutscheve. Iz ovog razloga ukazuje na neophodnost daljnjeg istraživanja ovog psihopatološkog fenomena kako bi se bilo u mogućnosti predočiti detaljniju, jasniju psihodinamsku formulaciju o istom. Prema Comptonu ovo se posebno odnosi na pitanja: Da li agorafobični sindrom potiče iz određenog, posebnog razvojnog perioda? Postoje li posebni konflikti koji, tipično, obilježavaju ovaj sindrom? Postoje li posebne nesvjesne fantazije koje su redovno reprezentirane u sindromu, i na izvjestan način kauzativne? Da li je sindrom neizbježni produkt abnormalnog generiranja anksioznosti?

Iste godine Giordanelli (1992) publicira tekst o agorafobiji u kojem se osvrće i na teoretske postavke pojedinih italijanskih autora. Autorica piše o “arhaičnom nukleusu koji ostaje ugrađen, težak da se dosegne”. Upravo ovaj nukleus odgovoran je za propratne simptome kliničke slike agorafobije iz kog razloga se može govoriti i o agorafobičnom sindromu. Pozivajući se na Weissa (1966; prema Giordanelli, 1992) autorica podsjeća da uzrok agorafobije treba da se traži u deterioraciji senzornih iskustava ogromnog, otvorenog prostora u okvirima tjelesnog ega, te navodi da su “tjelesne i mentalne granice ega vrlo blizu biološkog nivoa”:

“Kao da su vlastite granice pomjerene, ne da bi se ostvario kontakt s granicama drugog i ostvario proces razmjene, već u cilju preuzimanja teritorije koja obogaćuje i štiti od mogućih invazija.”

Aurotica citira studiju Palliera i saradnika (1990, prema Giordanelli, 1992) koji kauzalitet agorafobičnog sindroma iznalaze u veoma ranom razdoblju, iskustvu fuzije u primitivnoj relaciji majka-dijete, razvojnog periodu koji prethodi shizo-paranoidnoj poziciji. Loše iskustvo tokom ovog životnog razdoblja smatraj se osnovom za “violentnu i posesivnu projektivnu identifikaciju koja teži anulirati odvojenost, individuaciju i separaciju” (Tagliacozzo, 1990; prema Giordanelli, 1992) koja obilježava agorafobični sindrom.

Cartwright (2006) predočava ideju o vrlo primitivnim, “autističnim”⁷ objektnim odnosima kao centralnom obilježju agorafobičnog sindroma. U ovom kontekstu agorafobični strahovi i asocirane odbrane sagledavaju se kao regresivni kompromis koji ujedno i prestravljuje i štiti, prevenira i omogućava kontakt s vanjskim objektom. U psihodinamskom razmatranju agorafobije autor izdvaja tri esencijalna uporišta:

- Ključna dinamika u generiranju agorafobičnih simptoma involvira regresivno povlačenje u materinski objekat, gdje se zaustavlja strah od dezintegracije. Iz ove perspektive vanjski objekti mogu biti korišteni kao “autistični oblici” koji postaju supstitut za granice selfa, tj. oblik protektivne inkapsulacije.
- Kao posljedica autistične inkapsulacije dolazi do ometanja odbrambenog funkcioniranja projektivne identifikacije. U fantaziji projektivna identifikacija se često koristi kao način oslobađanja selfa od loših objekata čime se oni projicirajući u vanjske objekte. U odnosu na specifičnost agorafobičnog doživljaja prostora, značajno je umanjen ovaj kapacitet tranzitornog rasterećenja selfa.
- Agorafobično iskustvo zbiva se u dijalektici između paranoidno-shizoidnog i autistično-graničnog modusa generiranja iskustva, u skladu s Ogdenovim (1992) predočavanjem različitih modela putem kojih se iskustvo generira.

⁷ Autor se koristi terminom *autističan* kako bi ukazao na stanja uma kada se mentalni objekti i senzorne impresije koriste u cilju izoliranja i blokiranja iskustva (Tustin, 1900; prema Cartwright, 2006).

Milrod (2007) razmatra reprezentacije selfa i objekta kod agorafobičnih pacijenata te notira njihovu nekompletnost. Autorica podsjeća i na razvojne deficite ega, problematiku koju je u slučaju ovakvih psihopatoloških manifestacija akcentirao Weiss (1964), kao i Rhead (1969). Istovremeno, autorica upozorava da “ovi problemi tek trebaju zadobiti prominentnu ulogu u psihoanalitičkim formulacijama o agorafobiji”. Tako poput Comptona koji je to učinio petnaest godina ranije i Milrodova jasno ističe potrebu za daljnjim izučavanjem psihopatologije agorafobije.

V.4. Psihodinamika agorafobije

Iz prethodno iznesenog materijala obrađenog kroz evoluciju psihoanalitičkog pogleda na agorafobiju jasno se uočava da je potrebno sistematizirano izučavanje metapsiholoških dimenzija ovog fobičnog poremećaja. Isto su već jasno sugerirali pojedini psihoanalitičari (npr. Compton 1992; Busch, 1995; Milrod, 2007). Aktualni psihodinamski okvir agorafobije odlučili smo se sintetizirati u pasosima koji slijede.

Kod agorafobije centralne psihološke razvojne zapreke, tj. tačke fiksacije i regresivne trendove, psihoanalitička teorija iznalazi u pregenitalnom razvojnem periodu (Cartwright 2006; Compton 1992; Deutsch, 1929; Greenson, 1959; Ferber, 1959; Frances i sar., 1975; Ferro, 2005; Milrod 2007; Hurvich, 2002; Rhead, 1969; Ruddick 1961; Sandić 1988), na koje se nadovezuje kasnije neadekvatno razriješena edipalna problematika.

Pregenitalne fiksacije i parcijalna regresija u ovaj razvojni period uzrok su snažnim neneutraliziranim nagonским pulzijama koje intenzivno, i preplavljujućim obilježjima, agiraju u nesvjesnom stratumu agorafobičnog neurotika. Kada ličnosti prijeti prodor nagonских pulzija, ego se koristi mehanizmima odbrane kako bi kontrolirao opasnost. Nju uvijek doživljava kao anksioznost koja je različitog intenziteta i kvaliteta, u odnosu na regresivna obilježja konfliktnog područja iz kojeg emanira. Shodno ovom, anksioznost se doživljava kao prijetnja selfu i objektnoj relaciji (tj. objektu) sa specifičnostima ovisnim o stupnju maturiteta objektnе relacije. Stoga se, ontogenetski posmatrano, u psihoanalizi razlikuju različiti oblici anksioznosti. Primitivnije, prevladljujuće

anksioznosti anihilacijskog, odnosno fragmentacijskog tipa odlikuju vrlo rani period života, stadij kada simbioza nije uspostavljena kao matriks egzistencije. Viši maturacijski stupanj, još uvijek u području pregenitalnih stadija obilježen je strahom od gubitka objekta. Jedan je od obilježja simbiotskog razvojnog stadija. Edipalnu problematiku prati kastraciona anksioznost koja je asocirana uz strah od gubitka ljubavi objekta, da bi adekvatnim razrješenjem triangulacione problematike zrela ličnost bila podložna anksioznosti prouzrokovanoj strahom od negodovanja od strane vlastitog superega⁸.

Pregenitalne pulzije, kakve odlikuju agorafobičnog neurotika, provociraju izuzetno visok kvantum anksioznosti. Strah od gubitka objekta produbljen je i probojem primitivne anksioznosti anihilacionog tipa (Ferber, 1959; Hurvich i sar., 2003; Weiss, 1964;). Prekursori anihilacionih anksioznosti adultnog doba univerzalni su. U normalnoj ontogenetskoj progresiji registruju se u vrlo ranom periodu, počecima djetetovog ekstrauterinog života. Ovakav kvalitet anksioznosti provociran je neminovnim narušavanjem homeostaze novorođenčeta (glad, žeđ, kada je mokro, snažni zvukovi iz okoline i sl.). Ovaj disbalans ono doživljava preplavljujućim jer mu iznimno nezreo psihički aparat onemogućava obuhvatnije i „zdravije“ elaboriranje anksioznih doživljaja. Na razvojno arhaičniju anihilacionu anksioznost kod agorafobije se nadovezuje ontogenetski nešto mlađa anksioznost koja se očituje u vidu straha od gubitka objekta.

Strah od gubitka objekta, separaciona anksioznost, u optimalnom razviju korespondira simbiotskom stadiju (Mahler i sar., 1975; Kernberg 1976). Tokom ovog životnog doba još uvijek je velikim dijelom nedostatna integracija libidnih i agresivnih pulzija asociranih uz „dobre“ i „loše“ introjekte. Iz ovog razloga pritisci agresivnog stratuma ida snažno opterećuju ego koji je u ovom periodu još uvijek nedovoljno integriranih sintetičkih funkcija. Iz ovog razloga on se služi primitivnim mehanizmama ego odbrane u nastojanju da kontrolira anksioznost i „loše“ sadržaje eksternalizira van simbiotskog matriksa. Tako ego agorafobičnog neurotika permanentno koristi premiještanje, projekciju, izbjegavanje, negiranje, projektivnu identifikaciju.

⁸ Ovo je u skladu s Freudovim (1926) konceptom o opasnim situacijama koje obilježavaju ontogenezu koprespondirajući s psihoseksualnim razvojnim stadijima. O istom je više rečeno u poglavlju o paničnom poremećaju, segmentu posvećenom teoriji anksioznosti Sigmunda Freuda.

Sarajevo, 2013

Interferencija snažnih, neneutraliziranih agresivnih pulzija ometa optimalnu strukturaciju psihičkog aparata, „izlijevanje“ iz simbiotske unije i dosezanje psihičke autononmije čiji krucijalan korak podrazumijeva ostvarivanje zadataka separacije-individuacije kako je definirala Malherova (Mahler i sar., 1975). Iz ovog razloga imperativ za zaštitom i očuvanjem dobre self/objekt reprezentacije, koja je kod agorafobičnog neurotika kontinuirano na nesvjesnom planu izložena plejadi hostilnih pulzija porijekla iz vlastitog selfa, rezultira mobilizacijom niza pomenutih arhaičnih ego odbrana.

Obzirom da je fobična ličnost strukturirana tako da primarni proces ima vrlo snažan upliv u kreiranju kompromisne formacije (tj. psihopatološke simptomatologije) agorafobični simptomi oblikovani su i distorzionim obilježjima primarnog procesa. Tako se psihopatološki simptom agorafobije, kao visoko simbolizirani, apstraktni iskaz neurotskog konflikta oblikuje i procesima kondenzacije i simbolizacije. Fokalni proboj primarnog procesa kojim se oblikuje dio agorafobične simptomatologije ukazuje na specifične slabosti, defekte ili distorziju ega koje su u agorafobiji notirali psihoanalitičari poput Weissa (1964), Rheada (1969) i Milrodove (2007).

Čini se izvjesnim da je centralno konfliktno područje oko kojeg se organizira agorafobična simptomatologija problematika stadija separacije – individuacije. Tokom razvoja, sposobnost majke i djeteta da se fizički udalje jedno od drugog inducira i pospješuje psihičku diferencijaciju reprezentacija selfa i reprezentacija objekta. Na ovaj način dijete uspostavlja odvojenost selfa od majčinskog imagoa prakticirajući fizičko udaljavanje od nje. Istovremeno, ono samostalno osvaja prostor koji katektira kao sigurnu teritoriju i u majčinom odsustvu. Djetetov stav prema vanjskoj, nepoznatoj sredini, kao i doživljaj selfa prilikom njenog istraživanja, velikim dijelom ovisit će o majčinim kapacitetima da bez isuviše tjeskobe tolerira njegovu znatiželju i nastojanja da se i fizički odvoji od nje. Isto tako, vrlo značajno je i majčino prihvatanje svog djeteta nakon njegovih „istraživačkih pohoda“. Evidentna fiksacija i parcijalna regresija u ovaj ontogenetski stadij ukazuje se očitim genetičkim domenom metapsihološkog tumačenja.

S ovako naglašenim pregenitalnim sadržajima onemogućeno je adekvatno razrješenje narednog maturacionog stupnja, edipalne problematike kod docnije odraslog agorafobičnog neurotika. U infantilnu genitalnu fazu (falusni stadij) dijete ulazi s masivnom identifikacijom s moćnom, onnipotentnom majkom, što je provocirano nedostatnom neutralizacijom agresivnih pregenitalnih

Sarajevo, 2013

pulzija. Ovo rezultira djetetovom pojačanom agresivnom kateksom majčinskog imagoa, svakako i s uplivom libidnih pulzija. Otac je usljed ovoga najčešće idealiziran, što također ukazuje na prisustvo snažnih agresivnih pulzija, s kojima se isprepliće i izvjesna količina libidne katekse. Ovo će, tokom edipalnog stadija, rezultirati nemogućnošću dječaka da se adekvatno separira od majčinog imagoa. Kastracioni strah, kao obilježje edipalnog stadija, snažno je pojačan nerazriješenim strahovanjima ranijih, predegenitalnih stadija. Pred ovakvim intrapsihičkim prijetnjama dječak nije u stanju na zdrav način separirati se od onipotentne majke, te ostaje masivno identificiran s njenim imagoom preuzimajući feminini, pasivni stav. Ovim prolongira intrapsihičku fuziju s moćnim, falusnim, opasnim objektom. Djevojčica se, također, na optimalan način libidno ne okreće suprotnospolnom roditelju. I kod nje se kastraciona strahovanja tipična za edipalnu problematiku intenziviraju usljed snažnog upliva neneutraliziranih agresivnih pulzija porijekla iz pregenitalnog stadija. I ona, regresivno, ostaje masivno identificirana s onipotentnim majčinim imagoom, preuzimajući maskulini stav. Oba roditelja su, kao i u slučaju dječaka, pojačano katektirana agresivnim pulzijama, s izvjesnim uplivom i libidne katekse.

Tako stereotipno vraćanje nagonskih zahtjeva ida kod adultnog agorafobičnog neurotika provocira kontinuiranu upotrebu specifičnih ego odbrambenih manevara. Kompromisna formacija (Breuer i sar., 1895) agorafobije specifični strah premiješta na područje prihvatljivijeg straha. Potom projicira isti u vanjske situacije gdje se anksioznost može vezati i na koncu izbjeći setom ponašanja koje razvija u cilju izbjegavanja fobogeno katektiranih situacija (široke ulice, trgovci i sl.). Psihodinamski sagledano, može se reći da agorafobija „služi da zaštiti dijadni odnos na uštrb kreiranja opasnog vanjskog svijeta“ (Frances i sar., 1975).

Potrebno je navesti da psihodinamski etiološki model agorafobičnog poremećaja svakako ne implicira da je roditeljski input jedinstveni etiološki faktor u razvoju kliničke slike agorafobije. Savremena istraživanja ukazuju na neophodnost istraživanja genetske predispozicije ka anksioznosti kao mogućem faktoru koji igra značajnu ulogu u etiopatogenezi ovog neurotskog poremećaja (Biederman i sar., 1993; prema Milrod 2007). Isto tako, neuronaučne hipoteze o genezi anksioznosti

u savremenim naučnim krugovima zauzimaju značajno mjesto u nastojanju definiranja etiopatogeneze ovog anksioznog poremećaja.⁹

V.5. Objektni odnosi kod agorafobije

Maturacioni nivo objektnih odnosa agorafobičnog pacijenta možda je najuočljiviji kada se analizira priroda njegovog odnosa s pratiocem. Ovu ulogu „zaštićenog zaštitnika“ po prvi put u psihoanalitičkoj teoriji podcrtava H. Deutsch (1929), akcentirajući prisustvo snažnih simbiotskih spona. U praktičnom radu s osobama koje pate od agorafobije evidentno je da one vode takav životni stil da se ukazuju nekompletnim u situacijama kada su bez pratioca. Odnosno, ponašaju se kao da su „u psihičkoj fuziji“ (Milrod, 2007) s istim. Ovo implicira neadekvatno rješenje procesa separacije-individuacije (Mahler i sar., 1975), te prisustvo nekompletnih objektnih reprezentacija, kako selfa tako i značajnog drugog. Tako npr. Battistini i Petronio (1991; prema Giordanelli, 1992) akcentiraju da je anksioznost kod agorafobije prouzrokovana strahom od gubitka objekta, i da ovaj tip fobije obilježava nedostatnost granica između onog što je unutra i onog iz vana.

Upravo usljed manjka autonomne strukture reprezentacija selfa pacijentu prijeti stalna opasnost od anihilacije, odnosno fragmentacije istog. Inicijalna intrapsihička opasnost projicirana je van, i vanjski prostor katektiran je kao opasni objekat koji prijeti cjelovitosti selfa. Agorafobični pacijent stoga razvija bihevioralne obrasce kojima uporno izbjegava da bude izložen ovakvim prijetećim okolnostima. Stoga mu je potreban objekat kako bi se, kada je izložen fobogeno katektiranoj situaciji, u iluzornoj fuziji s njim osjećao cjelovitim i sigurnim. Iz ovog razloga gubitak fobičnog partnera doživljava se kao gubitak katastrofičnih razmjera jer je na intrapsihičkoj sceni u pitanju gubitak dijela simbiotske self/objekt unije.

V.6. Epidemiologija

⁹ Ovim postulatima znatno više smo se posvetili u poglavlju o paničnom poremećaju, segmentu koji obrađuje aktualne neuronaučne teze o genezi anksioznosti i paničnih ataka.

Sarajevo, 2013

Učestalost agorafobije je od 0.63% - 1.6%, mada u nekim velikim američkim gradovima je čak i veća, od 2.7% - 5.8%. Dvije trećine osoba koje pate od te fobije su žene. Većina agorafobičara razvije simptome između 15. i 35. godine života. Poremećaj se češće pojavljuje u nekim obiteljima u kojima članovi pate i od drugih anksioznih poremećaja i zlouporabe alkohola (Hotujac i sar., 2007).

Agorafobija se vrlo rijetko po prvi put pojavljuje kod osoba uzrasne dobi iznad 35 godina. Ipak, u kliničkoj praksi znaju se pojaviti pacijenti starosnog uzrasta od 30 do 40 godina tvrdeći da im je to prva agorafobična epizoda. U većini ovih slučajeva anamnestički podaci otkrivaju epizode života koje su bile snažno obilježene nekim oblikom tranzitornog strahovanja tokom školovanja, kao i prolazne epizode povišene anksioznosti u različitim socijalnim okolnostima. Ukoliko se agorafobični simptomi po prvi put ispolje u četvrtoj deceniji ili kasnije potrebno je detaljno razmotriti opravdanost dijagnosticiranja agorafobije, jer se u ovim okolnostima agorafobija najčešće ukazuje kao dio kliničke slike nekog drugog poremećaja, npr. depresivnog.

U pogledu spolne distribucije, odnosno veće učestalosti agorafobije kod žena, potrebno je biti oprezan kako ovaj podatak nužno ne implicira da poremećaj definitivno češće pogađa osobe ženskog spola. Smatra se da je jedan od značajnih uzroka manjeg broja registriranih muškaraca taj što su socio-kulturno naučeni da se teže obraćaju za stručnu pomoć no žene, u okolnostima kada se radi o psihičkim tegobama.

VI PANIČNI POREMEĆAJ

*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 Freud, 1917d.

1. Definiranje pojma

Panični poremećaj je poremećaj neurotskog tipa koji se očituje napadima paničnog straha, koji nastaju spontano i nisu uslovljeni životno opasnom situacijom, ni prisutnošću drugih psihijatrijskih i somatskih bolesti. (Hotujac i sar., 2996)

Kao nozološka jedinica panični poremećaj je po prvi put zvanično evidentiran u američkoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, „Dijagnostičkom i statističkom priručniku –III revizija (DSM-III)“, 1980. godine (Anonymous, 1980). Ovom prilikom generalizirani oblik anksioznosti klasificiran je odvojeno, kao generalizirani anksiozni poremećaj. Ovome je prethodilo istraživanje Donalda Kleina (1964) u kojoj je dokumentirao različitost responzivnosti paničnih reakcija na

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

farmakološku terapiju imipraminom, u odnosu na generaliziranu anksioznost. Ovo istraživanje ukazalo je na bržu remisiju panične simptomatologije u odnosu na generaliziranu anksioznost. Nakon ovoga uslijedila su brojna psihijatrijska farmakološka istraživanja čiji rezultati su stali u prilog budućem izdvajanju paničnog poremećaja od drugih kliničkih neurotskih manifestacija povišene anksioznosti.

Diferencijacija paničnog poremećaja u zasebnu nozološku jedinicu aktuelna je i danas u američkoj klasifikaciji, „Dijagnostičkom i statističkom priručniku – IV revizija (DSM-IV)“ (Anonymous, 1994). Planirana nova verzija (DSM V) također sadrži zasebnu kategoriju ovog poremećaja (Anonymous, 2012). U aktualnim dijagnostičkim smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, „Klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja – X revizija (MKB-10)“ (Anonymous, 1999), analogno američkoj klasifikaciji panični poremećaj zadobija status posebnog poremećaja.

2. Klinička slika paničnog poremećaja

Prema Desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (MKB-10) (Anonymous, 1999) panični poremećaj (F41.0) svrstan je u grupu neurotskih poremećaja, poremećaja vezanih uz stres i somatoformnih poremećaja (F40-F48). Naziva se i epizodnom paroksizmalnom anksioznošću. Odlikuje ga iznenadno, abruptno izbijanje paničnog straha bez vanjski adekvatnog i vidljivog povoda. Obzirom da ove izuzetno neugodne provale teške anksioznosti (u vidu panika) nisu ograničene ni na koju specifičnu priliku, niti na određeni skup okolnosti, gotovo sasvim su nepredvidive. Njihovo značajno obilježje je i da napadi panike ispoljavaju tendencu da se jave nanovo. Svaki put traju kratko, do desetak minuta. Uz panični strah ove osobe doživljavaju vrlo dramatične somatske manifestacije, poglavito one provocirane od strane vegetativnog nervnog sistema koji je prenadražen i hiperaktivan. Tako se uz panični strah javljaju još i iznenadna “lupanja srca”, probadajuća bol ili bol u vidu pritiska u predjelu grudnog koša, osjećaj nedostatka vazduha sve do subjektivnog osjećaja gušenja. Kliničku sliku često dopunjavaju i vrtoglavica, prežnojanja, crvenilo kože, mučnina, osjećaj utrnuća i/ili slične druge seznacije u pojedinim dijelovima tijela. Neki put kliničku sliku dopunjavaju i znaci derealizacije (subjektivni doživljaj kao da se okolina na neki čudan način izmijenila) ili pak depersonalizacije (subjektivni doživljaj promjena u vlastitoj ličnosti).

Sarajevo, 2013

Van perioda paničnog ataka od paničnih neurotika dobija se podatak i da pate od straha da će umrijeti, izgubiti kontrolu i/ili pak poludjeti. Također, kod oboljelog se pojavljuje i čitav niz bihevioralnih simptoma i znakova. Uobičajeno je da u stanjima paničnog napada traže da ih se vodi u Hitnu pomoć. Gotovo redovan je i podatak da su odlazeći na brojne ljekarske preglede pregledali kardio – vaskularni sistem, abdominalne organe, više puta obavili kompletan osnovni laboratorijski nalaz i druge somatske pretrage.

De Massi (2004) vrlo lijepo rezimira „Anatomiju paničnog napada“:

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 nepogrešivu poruku da je konačna katastrofa neizbježna. Usljed anksioznosti povećavaju se respiratorna i srčana frekvencija, pojačava se znojenje što pospješuje širenje panike. Izgleda da neurovegetativni putevi, koji povezuju svjesno i signale opasnosti, bivaju tako intenzivno stimulirani da osobe gube sposobnost racionalne kontrole. Na jednom planu pacijenti „znaju“ da neće umrijeti, no istovremeno gube svaki kapacitet da ovladaju svojim strahom duboko vjerujući da umiru.

Ponavljjanje: Poslije prvog ispoljavanja panični atak pokazuje snažnu tendenciju da se javi nanovo. Činjenica da su prethodni napad preživjele, 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. Iz ovog razloga, kao rezultat začaranog kruga koji rezultira automatskim odgovorom na bilo kakav signal anksioznosti, panični napadi teže ponovnom ispoljavanju, nerijetko s povišenim intenzitetom. Kad sam atak započne pacijent osjeća da je pod dominacijom eskalirajućih sekvenci događaja koji prate nezaustavljivi, progresivni tok.

Priprema: Panični napad, čak i kad se manifestira naglo, uvijek prethodno sadrži i spori proces pripreme koristeći se i mentalnim asocijativnim kanalima koji ispoljavaju tendenciju da se ponavljaju na konstantan način. Tokom ataka pacijent „osluškuje“ svoje tijelo na isti način kako bi npr. osoba

Sarajevo, 2013

traumatizirana zemljotresom osluškivala bilo kakvu sumnjivu buku. Ovi pacijenti identificiraju neobičan signal (palpitacije srca, bol u mišićima) dok, u razbuktaloj anksioznosti, njihova imaginacija ne dovede to toga da konstruiraju opasnost koja aktivira osjećaj preplavljujućeg straha.

Imaginacija: Vrlo značajan element u pripremi i izbijanju ataka je uloga koju ima 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. Paradoksalno, to što su tokom prethodnog napada izbjegli opasnost pojačava narednu alarmantnu situaciju. Panični strah dijeli neke odlike s persekutivnim strahom. Kao da je zamišljeno očekivanje katastrofe bilo toliko snažno da je zahvatilo individuu u području mikro-deluzionog stanja: avion će se srušiti, lift će se zaglaviti između spratova itd. Oni u jeku paničnog ataka vjeruju da će se dogoditi upravo ono čega se plaše, ili da se to već zbiva.

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 pacijent približi objektima/situacijama koje asocijativno povezuje s panikom. Traumatska područja postaju progresivno šira te ograničavaju pacijentovu autonomiju. Konzistentno obilježje paničnog ataka je ubjeđenje da će se dogoditi sve ono čega se osoba plaši, čak i ako to zamisli. 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, pacijenu potreban sugovornik koji može funkcionirati kao kontejner anksioznosti. Tako npr. ukoliko je sam, za pacijenta je važno da ima telefon na dohvat ruke. Ukoliko je slušaoc emocionalno udaljen ili iritiran, ili trivijalizira katastrofu pacijenta, strah će rasti do momenta dok ne postane neiskazivi užas.

3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Evoluciju psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj nemoguće je odvojiti od razvoja psihoanalitičkog pogleda na anksioznost općenito. Jedan od razloga je taj što je panični poremećaj relativno nedavno u psihijatriji, te i psihoanalizi, dobio status zasebne nozološke jedinice. Do njegovog diferenciranja u zaseban neurotski poremećaj smatrao se sastavnim dijelom kliničke slike anksiozne neuroze. Iz ovog razloga i razvoj psihoanalitičkog pogleda na panične atake nužno je sagledati prvo u sklopu razvoja teorije anksioznosti. Usljed navedenog u ovom segmentu disertacije posvetit ćemo se:

- a) Teoriji anksioznosti Sigmunda Freuda
- b) Elaboracijama pojedinih kasnijih autora o Freudovoj teoriji anksioznosti
- c) Evoluciji psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj per se

3.1. Teorija anksioznosti Sigmunda Freuda

Fenomenologija anksioznosti jedno je od centralnih uporišta psihoanalitičke teorije. Freud je bio posvećen njenom rasvjetljavanju od početka svoje medicinske karijere do kraja života. Njegove prve formulacije o anksioznosti nalazimo u publikacijama koje datiraju iz 1893. godine. U ovim ranim psihoanalitičkim studijama Freud je mišljenja da je trauma, iskustvo koje provocira bolan afekt, povezana s povišenjem sume ekscitacije u nervnom sistemu. Ukoliko neka motorička ili verbalna reakcija ne rasterete ovu kvotu, afekt, odnosno ekscitacija ostaje zapamćena. Tako je u histeriji, koja je prvi Freudov korak u rasvjetljavanju fenomenologije anksioznosti, centralni problem „ukliješteni afekat“. Iz ovog razloga tretman se sastoji iz njegovog abreagiranja – pražnjenja afekta (Breuer i sar., 1895). Jedini afekat koji je eksplicitno naveden u elaboratu o histeriji je anksioznost. U razmatranju porijekla anksioznosti Freud (1894c) iznalazi analogiju sa seksualnim pražnjenjem:

„Gdje postoji obilan razvoj fizičke seksualne tenzije, a ovo ne može biti pretvoreno u afekt putem psihičkog rada ... seksualna tenzija se transformira u *anksioznost*... No, zašto se zbiva transformacija u anksioznost? Anksioznost je senzacija akumulacije drugog endogenog stimulusa, stimulusa disanja... anksioznost
Sarajevo, 2013

stoga može biti upotrijebljena za akumuliranu fizičku tenziju općenito. Nadalje, ukoliko se pobliže ispituju simptomi anksioznosti, naći ćemo u neurozi razdvojene dijelove glavnog ataka anksioznosti: naime, čistu dispneu, čiste palpitacije, čisti osjećaj anksioznost, i njihove kombinacije... Dispnea i palpitacije pripadaju koitusu; i dok su obilno iskorišteni jedino kao pomoćni putevi pražnjenja, ovdje služe ...kao jedini ispusti za ekscitaciju.”

Freud 1895. godine u “Osnovama razdvajanja posebnog sindroma iz neurastenije po dopisom ‘anksiozna neuroza’” definira simptome anksiozne neuroze, čime je uspostavlja kao zasebnu nozološku jedinicu čije su kliničke manifestacije do tad smatrane sastavnim dijelom neurastenije. U okviru ovog modela panični ataci nisu diferencirani u odvojenu kliničku sliku. Tako simptomatologiju anksiozne neuroze, koja će dugo vremena biti aktualna psihijatrijska nozološka jedinica u okviru koje se podrazumijevaju i panični ataci, Freud (1895c) definira na sljedeći način¹⁰:

1. *Opšta iritabilnost* simptom je koji se uvijek pojavljuje u anksioznoj neurozi
2. *Anksiozno isčekivanje* uključuje sve o čemu se obično govori kao o anksioznosti, ili tendenci pesimističnog pogleda. Svakom prilikom ide dalje od vjerodostojne anksioznosti i pacijent ovo često sam prepoznaje kao akt kompulzije. Za jedan dio ovih anksioznih isčekivanja Freud sugerira zadržavanje “starog termina *hipohondrija*”. Anksiozno isčekivanje smatra nuklearnim simptomom neuroze. Sugerira 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 svjesnost, konstantno vreba u pozadini. Ona ima i druge načine da se ispolji sem do sad navedenih. Iznenada može probiti u svjesnost bez prethodne ideacije, te provocirati panični atak. Anksiozni

¹⁰ Izvorni Freudov opis skratili smo koliko je to bilo moguće, a da pri redukciji prvog kliničkog opisa ove nozološke jedinice ne izostavimo njene bitne odrednice.

Sarajevo, 2013

napad ovog tipa može se sastojati iz samog osjećaja anksioznosti, bez bilo kakvih asociranih ideja, ili može biti praćen idejama o umiranju, srčanom udaru, pritenjom 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. Tako se pacijent žali zbog “spazama srca”, “poteškoća disanja”, “provala znojenja”, “proždrljive gladi” i slično. U njegovom opisu osjećaj anksioznosti često se gubi u pozadini ili se podrazumijeva na prilično neprepoznatljiv način u smislu da pacijent “nije dobro”, “da se ne osjeća ugodno” itd.

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. Freud u svoj opis kliničke slike uključuje i oblike paničnog napada koje su mu do tad poznati:
 - a. panični atak praćen smetnjama srčane radnje (palpitacije, tranzitorne aritmije, tahikardija – koje nije uvijek lako diferencirati od organskih afekcija srca; i pseudo-angina-pectoris za koju podcrtava da je “dijagnostički delikatan subjekt”
 - b. panični ataci praćeni smetnjama respiracije (različiti oblici dispnee, ataci nalik astmi i sl.)
 - c. ataci znojenja, česti noću
 - d. ataci tremora i drhtanja
 - g. ataci proždrljive gladi, često praćeni 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 obično praćeno s anksioznošću, dispneom, znojenjem itd.
6. Vertigo ima značajno mjesto u grupi simptoma koji obilježavaju anksioznu neurozu. U najbližem obliku najadekvatnije se opisuje kao “blaža vrtoglavica”, a u ozbiljnim manifestacijama kao “vertiginozni ataci”. Ataci vertiga nisu rijetko praćeni najgorim vidom anksioznosti, često kombinirani sa srčanim i respiratornim tegobama. U ovoj publikaciji Freud nije siguran da li je opravdano notirati i *vertigo a stomacho laeso* - vertigo gastričnog porijekla.
7. Na bazi hronične anksioznosti (anksioznog isčekivanja) s jedne strane, i tendence da anksiozni ataci budu praćeni 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 pratni simptomi ataka ili vertiga.
10. Neki od pobrojanih simptoma asocirani uz panični atak mogu se pojaviti i u hroničnom obliku.

U svojim publikacijama do 1900. godine Freud je stava da ekscitacija koja se prazni putem anksioznosti dvostrukog porijekla: 1. Psihičkog, u histeriji i drugim neuropsihozama odbrane i 2. Somatska, u aktualnoj neurozi (Compton, 1972a). U oba slučaja radi se o ekscitaciji seksualnog tipa, pri čemu anksiozna neuroza spada u drugu grupu.

U “Tumačenju snova” Freud (1900) navodi tri izvorišta anksioznosti u snovima:

- Somatsko – manifestuje se poteškoćama disanja, smetnjama srčanog rada;

- Aktualno neurotsko – manifestuje se kao anksioznost u snovima koja prati coitus interruptus, ili periodične akumulacije libida kao što je to slučaj kod pavor nocturnusa;
- Psihoneurotsko – potisnuti libido, psihoseksualna ekscitacija, biva transformiran u anksioznost.

U ovoj publikaciji Freud predočava parcijalno psihodinamsko tumačenje anksioznosti. Neprerušene ili nedovoljno prerusene potisnute želje u snovima “uvijek su praćene anksioznošću”. Tako se stvara odnos između anksioznosti i želja nesvjesnog, koje su inkompatibilne sistemu predsvjesno i svjesno.

Hronološki, prateći evoluciju psihoanalitičke teorije, 1917. godine pojavljuje se Freudova značajna publikacija fokusirana na fenomenologiju anksioznosti, predavanje “O anksioznosti”. Freud (1917d) navodi “ Svako od nas je doživio tu senzaciju, ili da kažem konkretnije, to afektivno stanje”. “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 diferencira tri tipa:

- slobodno flotirajuću anksioznost isčekivanja koju iznalazi i karakternom crtom kod pesimista i redovnim obilježjem anksiozne neuroze;
- tip anksioznosti koji je vezan u fobijama;
- anksioznost koja nije povezana s opasnošću, npr. propratna anksioznost kod histerije, ili spontani ataci anksioznosti ili fragmentirane manifestacije anksioznosti poput palpitacija.

U ovoj publikaciji Freud 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...”

Izvore anksioznosti u ovom razdoblju Freudovog rada Compton (1972a) diferencira kako slijedi:

1. Percepcija vanjske opasnosti producira odgovor od strane ego-nagona za samoočuvanjem
2. Bilo koji afekat (ekscitacija) može biti transformiran u anksioznost i rasterećen; ovo uključuje
 - a) somatski libido
 - b) psihički libido, usmjeren ka objektu i prethodno potisnut
 - c) moguće ego libido
 - d) bilo koji drugi afekat, uključujući stid, bijes, ljutnju itd.

Ideja o transformaciji ego libida je značajna jer obezbjeđuje jedinstvenu ekonomičku propoziciju anksioznosti, pri čemu su obuhvaćeni i realistična i neurotska i infantilna anksioznost. Tako je energetski izvor anksioznosti u ovom periodu Freudovog stvaralaštva u svim razmatranim slučajevima isti – transformacija libida.

Freudov konačni pogled na anksioznost predložen je u njegovim publikacijama od 1919 do 1940. godine. U ovom period publicirao je i iznmino značajnu reviziju teorije anksioznosti u djelu “Inhibicije, simptomi, i anksioznost” (Freud, 1926). Opisuje da anksioznost postaje stimulus za odbranu, adaptaciju, i formaciju simptoma: “...simptomi se stvaraju kako bi se izbjegla *opasna situacija* čije prisustvo signalira generiranje anksioznosti”. Centralna teza u ovoj publikaciji je da postoje dvije vrste anksioznosti koje imaju drugačiji izvor, te da postoji odnos između njih. Tako je “anksioznost izvorna reakcija na bespomoćnost i traumu, i biva reproducirana kasnije u opasnoj situaciji kao signal za pomoć” (ibid). Anksioznost asocirana uz vlastitu bespomoćnost čiji je prototip

trauma rođenja, podrazumijeva automatsku anksioznost. Reprodukcija ovog doživljaja u opasnoj situaciji odnosi se na anksioznost signalnog tipa. U revidiranoj teoriji anksioznosti Freud razlikuje 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 pristižu bilo iz vana bilo iznutra. Nadalje, 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 dječastva, kada osjeća da je njegov otac prilično 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 plaši 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 plaši svog superega, da ima savjest...”

Tako je djetetov prvi strah zapravo strah od gubitka objekta. Naredni maturacijski stupanj podrazumijeva strah od gubitka ljubavi objekta. Tokom edipalnog razdoblja dominira kastraciona anksioznost. Razrješenjem edipalne problematike konsolidira se superego. Dosezanjem ovog razvojnog stadija upravo strah od gubitka ljubavi superega iskazan strahovanjem od njegove moguće kazne ontogenetski se uspostavlja kao opasna situacija. Perzistiranje ranijih oblika anksioznosti u adultnom dobu rezultat je neurotske fiksacije i parcijalnog regresivnog pomaka.

Tako je u psihoanalizi do 1926. centralno pitanje bilo – šta je to što pacijent želi? Freudovo reformiranje teorije anksioznosti dodalo je još jedno značajno pitanje – čega se pacijent plaši? Uz ovo asocirano je i pitanje - na koji način izlazi na kraj s vlastitim strahovanjima? U Freudovoj prvoj teoriji anksioznosti iz 1895. godine ona je uvijek patološka, rezultat neprikladne seksualne frustracije. U revidiranoj teoriji anksioznosti Freud 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 motivirati ego da aktivira odbrambene akcije.

Trostruki sloj anksioznosti, u skladu s Freudovim konačnim formulacijama, Fenichel (1945) predočava kako slijedi:

- 1) Trauma – automatska i nespecifična anksioznost.
- 2) Opasnost – Anksioznost u službi ega, afekt stvoren predviđanjem, kontrolisan i upotrijebljen kao signal za upozorenje.
- 3) Panika – Neuspjeh kontrole ega, emocije preplavljaju, regresija na stanje 1).

Uprkos svim opravdanim zaslugama za monografiju iz 1926., u psihoanalitičkim krugovima smatra se da formulacije koje je Freud prezentirao u njoj nisu optimalno jasne (npr. Glover, 1956; Jones, 1957; Brenner, 1953). Schur (1958) napominje da je u vremenu rada na ovoj monografiji Freud 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 Freud (1926), kada je pokušao objediniti unitarni izvor ova dva oblika anksioznosti, ostavio je naznaku “*Non liquet*”¹¹.

3.2. *Elaboracije kasnijih autora o Freudovoj teoriji anksioznosti iz 1926. godine*

Tokom pete i šeste decenije proteklog stoljeća u psihoanalitičkim publikacijama izrazito su aktualna nastojanja da se iznijansira Freudova teorija iz 1926. godine. Među autorima se ističu Nunberg, Fenichel, Brenner, Zetzel, Flescher, Schur, Waelder, Stewart i Rangell (Compton, 1972b). Razlike među ovim autorima najvećim dijelom se odnose na akcenat koji su stavili na signalnu anksioznost, odnosno njen traumatski oblik. Ovom prilikom u kratkim crtama predочit ćemo formulacije Maxa Schurra i Charlesa Brennera kako se radi o predstavnicima dvije oponentne sutruje.

¹¹ „nije jasno“

Schur je predočio jednu od značajnijih integracija Freudove revidirane teorije anksioznosti. Svoj prvu definiciju prema kojoj je “anksioznost odgovor ega ili njegovog matriksa na traumatsku situaciju ili opasnost, prisutnu ili anticipiranu” (Schur, 1953) nakon pet godina revidira. U tekstu “Ego i id u anksioznosti” (Schur, 1958) osvrće se na propuste koje je sadržavala prethodna definicija i postulira sljedeće:

“Anksioznost je reakcija na traumatsku situaciju, ili opasnost, prisutnu ili anticipiranu. U ovoj reakciji moramo razlikovati afekat anksioznosti, koji je reakcija ega, i procese fenomena pražnjenja koji su također i manifestacije ida.”

Zaključak da je dio energije koji se koristi pri formuliranju anksioznosti porijekla ida potkrepljuje sugestijama Fenichela i Jacobsonove (Schur, 1958) koji notiraju “nediferenciranu fiziološku energiju”. Tokom ranih razvojnih stadija maturacija psihičkog aparata omogućava javljanje želje, kao kontrasta u odnosu na fiziološke potrebe. Međutim, ova rana libidna stremljenja zadržavaju posebnu vezu s fiziološkim potrebama. Iz ovog razloga Schur (ibid) piše: “Nije suviše hipotetički pretpostaviti da s razvojem psihičke strukture, i želje ‘unutarnji nagoni’ element instinkta da se izbjegne opasnost može također izrasti u ‘želju’ i da fiziološki prototip situacije anksioznosti postaje predmet principa zadovoljstvo/nezadovoljstvo.” Autor sugerira da je spremnost za anksiozni odgovor urođeni, specifičan za vrstu, te da anksioznost djelomično emanira i direktno iz ida. Ulogu ida u generiranju anksioznosti, na dalje, prezentira kroz:

1. (hipotetičku) “želju” koja nastaje iz “unutarnjeg nagona” da se izbjegne opasnost;
2. “nagonsku energiju”, pri čemu citira Gilla i Rappaporta (1958; prema Schur, 1958).

Brenner (1953) u uvodnom dijelu “Dodatka Freudovoj teoriji anksioznosti” navodi da će pokušati simplificirati Freudovu teoriju iz 1926. godine. Stanovišta je da je:

“anksioznost emocija koju anticipacija anksioznosti evocira u egu. Kao takva nije prisutna na rođenju ili u vrlo ranom djetinjstvu... Kako se povećava iskustvo, i razvijaju druge ego funkcije (npr. pamćenje i senzorna percepcija) dijete postaje

Sarajevo, 2013

sposobno predvidjeti ili anticipirati da će se razviti stanje neugode ('traumatska situacija'). Ova rastuća sposobnost djeteta da reaguje na opasnost unaprijed početak je specifične emocije anksioznosti..."

Brennerov pragmatizam kojim je simplificirao teoriju anksioznosti utkao se i u jedan od vodećih psihoanalitičkih rječnika. Tako je u "Psihoanalitičkim terminima i konceptima", rječniku Američke psihoanalitičke asocijacije iz 1990. godine (Moore i sar.), anksioznost predložena na sljedeći način:

"Freud je načinio distinkciju dva tipa situacija koje provociraju anksioznost. U prvim, prototipskim situacijama rođenja, anksioznost rezultira zbog ekscesivne stimulacije koju organizam, usljed nedostatnosti kapaciteta, ne može modulirati (ili vezati). Ova *automatska anksioznost* smatrana je vjerovatnijom tokom ranog djetinjstva kada je ego nezreo i slab. Međutim, češće prepoznata situacija zbiva se nakon što je sazrela odbrambena organizacija psihe. Anksioznost nastaje u anticipaciji opasnosti, prije nego kao njen rezultat. Ovo se zove *signalnom anksioznošću*."

Tako je i tokom devedesetih godina XX vijeka u referentnoj psihoanalitičkoj literaturi signalnoj anksioznosti dat privilegirani značaj kao "češće prepoznatoj", dok se traumatska gurnuta u pozadinu kao obilježje ranog djetinjstva.

Stava smo da Brennerova redukcija osiromašuje psihoanalitičku misao za veoma bitan segment. Formulacije ranih teoretičara objektnih odnosa poput Melanie Klein, Donalda Winnicota, kao i Mahlerove jasno ukazuju na preplavljujuće kvalitete ranih anksioznosti. One kao takve mogu perzistirati, ili biti aktivirane i u odraslom životnom dobu čime značajno oblikuju kliničku sliku pojedinih psihičkih poremećaja. I u drugim psihoanalitičkim teoretskim pravcima iznalazimo pregršt psihoanalitičkih publikacija eminentnih autora koji se bave problematikom ovih preplavljujućih, primitivnih anksioznosti koje korespondiraju Freudovom traumatskom konceptu.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Među psihoanalitičkim autorima koji se tokom protekle dvije decenije posebno bave fenomenologijom anksioznosti kao zgodan primjer izdvojit ćemo Marvinu Hurvicha. U publikacijama orijentiranim ka obuhvatnijem razumijevanju oba vida anksioznosti koje je notirao Freud autor naglašava da psihička dezorganizacija također može predočavati psihičku opasnost koja, dodatno, može provocirati anksioznost. U svojim elaboratima o anksioznosti, ne umanjujući značaj njene signalne funkcije, Hurvich (npr. Hurvich, 1989; Benveniste i sar., 1998; Hurvich, 2000, 2003) podcrtava i značaj Freudovog koncepta o traumatskoj anksioznosti, tog straha od preplavlivanja anksioznim doživljajima i subjektove nemogućnosti da se uhvati u koštac s istima. Ovakva intrapsihička situacija rezultira strahom od mogućnosti vlastitog uništenja. U Hurvichovim publikacijama naći ćemo i obilje referenci kojima se poziva na teoretske formulacije o traumatskoj anksioznosti ranijih autora koji, više ili manje detaljno, u svojim formulacijama obrađuju i uvažavaju i koncept traumatske anksioznosti.

Hurvich (2000) navodi:

“Relevantno je ponoviti da se hiljade referenci u psihoanalitičkoj literaturi odnose na iskustva i strahovanja od preplavljenosti, od biti progutan, fragmentiran i anihiliran, srodnih Freudovoj (1926) traumatskoj anksioznosti. Glavni primjeri su Jonesova (1927) aphansis; psihotična anksioznost Kleinove (1935); instinktivna opasnost Anne Freud (1936); Fenichelova (1945), Zetzelova (1949) i Schurrova (1953) primarna anksioznosti; Winnicottova (1960) nemisliva anksioznost; anihilaciona anksioznost Littlelove (1960); Sandlerova (1960) pozadina sigurnosti; Waelderova (1960) mega anksioznost; Bionov (1962) neimenovani užas; Sternova (1951) biotrauma; Froschova (1967) bazična anksioznost; organizmičku nevolju Mahlerove (1968); Kohutova (1977) dezintegracijska anksioznost; očekivanje strašnog suda Kristalove (1988); Matte-Biancova (1988) beskonačnost; Tustinova (1981) kataklizmička katastrofa; i Grotsteinova (1984) anksioznost plijen-predator.”

Ono na čemu Hurvich insistira u svojim publikacijama, a s čim je usaglašen i autor ove disertacije, je da psihoanalitičke formulacije zasnovane na proširenom razumijevanju traumatske anksioznosti, zajedno s konceptom signalne anksioznosti, omogućavaju detaljnije razumijevanje fenomenologije

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

anksioznosti, “čvorne tačke u koju konvergiraju najrazličitija i značajna pitanja“ (Freud, 1917d). Redukcija anksioznosti na četiri tipične opasnosti kojima je subjekat izložen tokom ontogeneze, i koja se reproducira u kasnijem životu u vidu signalne opasnosti, značajno limitira psihoanalitički pogled na ustrojstvo ljudske psihe, kao i formuliranje psihodinamskih okvira u kojima se iznalazi geneza različitih psihičkih poremećaja. Kao posljedicu, ovo nas drugačije orijentira i u našim terapijskim intervencijama.

3.3. Evolucija psihoanalitičkog pogleda na panični poremećaj per se

Panični poremećaj ne adresira se u psihodinamskoj i psihoanalitičkoj literaturi konzistentno kao različita i izdvojena nozološka jedinica, moguće zbog skućene psihijatrijske definicije sindroma (Milrod, 1998). Aktualna problematika svakako je povezana i s činjenicom da se anksiozni neurotski poremećaji u praksi vrlo često ispoljavaju u miješanom obliku. Shodno ovome npr. Gabbard (2005) 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. Ipak, krajem 80ih, a posebno tokom 90ih godina XX vijeka pojavljuju se različite psihoanalitičke studije fokusirane posebno na problematiku paničnog poremećaja.

Prve psihoanalitičke formulacije o paničnom poremećaju utkane u Freudov koncept o anksioznoj neurozi. U ovom ranom periodu njegovog stvaralaštva panični poremećaj dio je kliničke slike anksiozne neuroze (Freud, 1895c). Istovremeno, anksioznost je prouzrokovana nagomilavanjem nerasterećene tenzije seksualnog tipa i isključivo je somatskog porijekla. U “Tumačenju snova” Freud (1900) 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 Freud piše da je “generiranje anksioznosti reakcija ega na opasnost i signal za bjeg”, pri čemu “generiranje neurotske anksioznosti provocira formiranje simptoma, što rezultira vezivanjem anksioznosti”.

Sarajevo, 2013

U skladu s revidiranom teorijom anksioznosti, te nešto docnijim strukturnim modelom ličnosti, panični atacii rezultiraju iz nemogućnosti ega da mehanizmima odbrane veže anksioznost i prijetnju udalji od svjesnog. Klasični psihoanalitički pristup paničnim atacima specificira nesvjesni konflikt kao nužan i specifičan uzrok. Ovom stanovištu velikim dijelom doprinosi Fenichelova (1945) "Psihoanalitička teorija neuroza" u kojoj aktualnu neurozu, kojoj pripadaju i kliničke manifestacije paničnih ataka, definira direktnom kliničkom manifestacijom nesvjesnog konflikta. U njenoj psihodinamici podcrtava inhibiciju funkcija ega i asocirana bolna osjećanja tjeskobe. Neki put je pražnjenje akumulirane tenzije nevoljno i eksplozivno, kao što se zbiva u paničnim atacima. Tako je Fenichel dalje elaborirao i u psihoanalizi čvrsto utemeljio Freudovo stanovište da su simptomi aktualne neuroze nukleus svakog psihoneurotskog konflikta. Fenichel također napominje da su anksiozni neurotici hipersenzitivni i skloni iritacijama jer usljed 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 konflikta (Sandić i sar., 2008) ovako intenzivne prijetnje ego ne uspijeva vezati mehanizmima odbrane. 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 šta 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..." (Fenichel, 1945).

Definirajući psihičku podlogu paničnih ataka Fenichel (ibid) napominje da je ovakvo reagiranje inducirano ili stanjem predispozicije za anksioznost, ili prethodnim 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 deficita. Tako npr. Greenacre (1941, 1960) sugerira da prolongirana nerasterećena tenzija koju je subjekt doživljavao tokom svoj ranog djetinjstva može na specifičan način aficirati granice ega. Ovo vodi ka izvjesnoj predispoziciji za anksioznost koju je nemoguće razlikovati od genetskih, odnosno konstitucionalnih faktora. Iz ovih razloga tokom ontogeneze konflikti, imanentni svakom psihoseksualnom razvojnem stadiju, bivaju intenzivirani. Istovremeno, organizirajući i integrativni kapaciteti ega su komprimirani usljed pritiska koje imponira prologirana tenzija. Ovakva intrapsihička situacija u razvojnem dobu rezultira preranim sarzijevanjem i fragilnošću kapaciteta ega. Manifestna klinička posljedica je da dijete, docnije odrasla osoba, vrlo lako biva preplavljeno nagonским zahtjevima ida. Ovim se u psihodinamiku paničnih ataka uvode i specifičnosti obilježja pregenitalnih stadija.

Sličan pogled na anksioznost predočava i Tysonova (1988). 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 Greenacrove, i Tysonova napominje da nepovoljan razvoj aficira integrativne i organizirajuće funkcije ega. Usljed ovog odbrane ostaju slabe. Nagonски pritisci su, s druge strane, pojačani zbog nedostatnosti ega koje se očituju u neadekvatnim odbranama i niskoj toleranciji na frustraciju. Daljni razvoj pod patološkim uplivom rezultira sve većim komprimiranjem integracijskih i organizacijskih funkcija ega. Rezultat je da je ovako strukturirana individua više sklona konfliktu. Istovremeno, nedostaje joj snaga ega da se s njim adekvatno 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 objektivne odnose vodeći ka repeticiiji prije nego ka izbjegavanju osjećaja bespomoćnosti” (Ritvo, 1982; prema Tyson 1988).

Sve do 1980. godine u psihoanalizi se panični napadi smatraju sastavnim dijelom kliničke slike anksiozne neuroze i prevladava dinamski okvir koji je, u skladu s Freudovim psihoanalitičkim

postulatima, klarificirao Fenichel. Nakon njegove psihijatrijske diferencijacije u zaseban psihički poremećaj, i u psihoanalizi se pojavljuju studije fokusirane ekskluzivno na njegova obilježja.

Busch i saradnici (1991) u pilot studiji identificiraju značajni stresor koji je prethodio izbijanju paničnog poremećaja kod svakog pacijenta iz uzorka. Stresori su bili povezani s nivoom isčekivanja pacijenta. 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, nepodržavajuće roditeljske odnose, kao i osjećanja uhvaćenosti u klopku. Također, pokazalo se da ovi pacijenti imaju stanovite poteškoće u manipuliranju ljutnje i agresiviteta.

Mnoge opservacije iz ove studije potvrđene su u docnijim istraživanjima. Venturello i saradnici (2002) 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 Roy-Byrne i saradnika (1986) 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 i saradnika (1992) panični poremećaj ispostavio se snažno i signifikantno asociran s roditeljskim razdvajanjem i smrću. U studiji je indiciran poseban značaj ranog odvajanja od majke. Milrodova i saradnici (2004) ustanovljavaju da u nekim slučajevima panični poremećaj može biti rezultat interpersonalnog gubitka, te predstavljati komplikovani oblik žalovanja.

Milrodova (1998) 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 ovih pacijenata da anksioznost koriste kao signal. Tako autorica podsjeća na zapažanja koja je prije više od 50 godina u psihoanalitičkoj literaturi predložila Greenacre.

Od kako je panični poremećaj i u psihoanalizi izdvojen iz kliničke slike anksiozne neuroze istraživački tim na čelu s Federicom Buschom posvetio se detaljnom psihoanalitičkom istraživanju njegove psihodinamike. Isti za cilj ima egzaktnije postuliranje psihodinamskog okvira paničnog poremećaja, kao i pružanje adekvatnih terapijskih smjernica. Rezultati ovih istraživanja u aktualnoj psihoanalitičkoj literaturi smatraju se validnim psihoanalitičkim pogledom na panični poremećaj. Iz ovog razloga formulacije Buscha i saradnika inkorporirat ćemo u narednom segmentu fokusiranom na psihodinamiku paničnog poremećaja.

4. Psihodinamika paničnog poremećaja

U odnosu na problematiku koja odlikuje panični poremećaj, kako u pogledu kliničke slike, tako i analitičkog psihoterapijskog postupka, neophodno je akcentirati da se psihološka razvojna zapreka kod ovih pacijenata prevashodno iznalazi u nerazriješenoj problematici edipalnog perioda (Busch i sar., 1999a; Sandić, 1988;). Stoga u intrapsihičkoj strukturi paničnog pacijenta permanentno agiraju neneutralizirane nagonске pulzije kako agresivnog, tako i incestnog sadržaja. Pohranjene u idu one vrše pritisak na ego zahtijevajući rasterećenje. Obzirom na njihovo agresivno i libidno incestno obilježje ove pulzije zabranjene su od strane superega koji, također, vrši pritisak na ego naređujući mu da ne dopusti njihovo zadovoljenje. Usljed dvostrukog oponentnog pritiska kome je izložen, te ne mogavši podnijeti izloženost ovako visokoj tenziji, ego koristi mehanizme odbrane. Prva odbrana, „najradikalniji i najčešće korišćen mehanizam odbrane“ (Freud, 1936) je potiskivanje. Ovim procesom ego nagonске pulzije drži udaljenim od svijesti, no „energija istih ostaje i dalje, ali tako da izmiče kontroli ega“ (ibid).

Kod pacijenata oboljelih od paničnog poremećaja nesvjesne nagonске pulzije idu su snažne. Istovremeno, ego ovih pacijenata je još iz proteklih razvojnih faza najčešće oslabljen. Ove slabosti uzrokovane su ili temperamentom pacijenta, neurofiziološkim izvorima ili poteškoćama iz odnosa roditelj-dijete (Busch i sar., 1999a,b). Ego slabost koja se očituje u poteškoćama pri identificiranju različitih intenzivnih afektivnih stanja, posebno ljutnje, značajno je obilježje psihičkog ustrojstva paničnog pacijenta. Iz ovog razloga, kada nastupi prijetnja da u svjesni stratum probiju ovakvi

Sarajevo, 2013

sadržaji, ili oni već budu doživljeni, ego je sklon da ih percipira kao iznimno opasne i nemoguće za kontrolirati. Također, nedostatno razvijena signalna funkcija anksioznosti rezultira nemogućnošću da se prepozna ili odgovori malim, kontroliranim dozama anksioznosti, tj. da se moduliraju signali anksioznosti.

Ovako strukturirana ličnost sklona je habitualnom defanzivnom modusu u slučaju prijetnji probijanja sadržaja ida u svjesni stratum ličnosti. Upravo iz ovog razloga potiskivanje ne biva u dovoljnoj mjeri efikasno. Stoga, usljed stereotipnog vraćanja nagonskog zahtjeva dolazi do permanentne provokacije upotrebe 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 (Busch i sar., 1995;1999b). 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. Pri somatizaciji pacijentova pažnja usmjerena je na fiziološke manifestacije, što mu onemogućava uvid u psihički kauzalitet. Eksternalizacijom se problem atribuirava vanjskim objektima. Upravo ovi mehanizmi kod paničnog pacijenta potiču stvaranje kompromisnih formacija (Breuer i sar., 1895), tj. psihopatološke simptomatologije.

Preoblikovane u derivate dejstvom seta mehanizama odbrane nagonske pulzije ida, u prerušenom obliku, neprepoznatljive za svjesni stratum ličnosti probijaju u svijest. Svoje zadovoljenje ostvaruju na bolestan način, putem psihopatoloških simptoma. Signalna anksioznost i posljedična aktivacija odbrana služe da preveniraju traumatsku anksioznost. Freud (1926) 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 uplivi 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 anksioznost (Busch i sar., 1999a). Kliničku sliku paničnog poremećaja tako odlikuje *circulus vitiosus*. Usljed nerazriješene edipalne problematike pacijent sebe na nesvjesnom planu doživljava kao „agresivnog edipalnog oponenta“ (ibid). Ova nesvjesna predstava evocira opasnosti

Sarajevo, 2013

od povrjeđivanja libidno katektiranih objekata, te se kod pacijenta aktivira defanzivni regresivni proces i on zapada u bespomoćno i ovisno stanje čime se inicira začarani krug. Sada nesvjesne agresivne pulzije edipalnog doba provociraju anksioznost i osjećanje krivice kako su usmjereni ka roditeljskim figurama koje su isto tako investirane i libidnom kateksom. Kako bi se odbranio od istih, pacijent ulazi u pomenuto regresivno stanje bespomoćnosti. Za uzvrat, ovakva regresija stimulira porast anksioznosti i pojavu osjećanja krivice i reaktivno konfliktno stanje između nesvjesnih agresivnih i libidinoznih stremljenja, koje ultimativno vodi ka izbijanju paničnog nivoa anksioznosti (ibid).

Oboljela osoba želi biti zrela, samostalna i doživljava veliku sramotu pri doživljavanju nemogućnosti da izlazi na kraj s vlastitim emocijama. Vrlo često se registruje potreba da ponište fragilni koncept selfa i osjećaj bespomoćnosti korištenjem kontrafobičnih odbrana (Busch i sar., 1998). Često se sreće i nerealistična fantazija totalne neovisnosti, s negiranjem želja za ovisnošću. 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 (Busch i sar., 1999).

Značajno je napomenuti da psihodinamski model etiopatogeneze paničnog poremećaja ne implicira da je roditeljski input jedinstveni etiološki faktor u razvoju kliničke ovog nozološkog entiteta. Savremena istraživanja ukazala su na činjenicu da genetska predispozicija ka anksioznosti također igra značajnu ulogu u etiopatogenezi paničnih stanja neurotskog tipa (Biederman i sar., 1993; prema Milrod 2007). U aktualnim neuronaučnim krugovima postuliraju se i neuronaučne etiopatogenetske hipoteze koje ćemo predložiti nešto kasnije.

5. Objektni odnosi kod paničnog poremećaja

U odnosu na stupanj maturiteta paničnog neurotika tj. centralnost problematike edipalnog perioda, ukazuje se da konceptualni nivo objektnih reprezentacija nije dosegao puni razvojni kapacitet. Kod pacijenata s prevashodno histeroidnom strukturom, kakva se uočava i kod paničnog klijenta (Sandić 1988), istraživanja na npr. Roršah testovima ukazuju na prisustvo totaliteta percepcije kod

Sarajevo, 2013

ispitanika. No, ustanovljeno je da se artikulacija prevashodno odnosi na vanjske, fizičke atribucije objekata, na uštrb unutarnjih, ličnih obilježja. Također, povremeno je registrirana neodgovarajuća artikulacija i to prevashodno u odnosu na seksualne detalje (Blatt i sar., 1983).

6. Aktualne neuronaučne hipoteze o genezi anksioznosti i paničnih ataka

Početak 90ih godina XX vijeka tehnološki napredak omogućio je neuronaučna istraživanja kojima se nastoji ustanoviti organski substrat anksioznosti. Tokom protekle dvije decenije neuronaučne postavke o genezi anksioznosti postale su vrlo aktualne u području biološke psihijatrije, psihoanalize i varijeteta psihoterapijskih škola. Tri teorije koje su u žiži fokusa danas (Panskepp, 2005; Blechner, 2007) odnose se na:

a) Hipotezu lažne alarmne reakcije gušenja

Prema Donaldu Kleinu (1993) ključni biološki uzrok paničnih ataka je iznenadna aktivacija primitivnih odrambenih refleksa koji funkcioniraju u cilju zaštite životinja i čovjeka od gušenja. Hipoteza lažne alarmne reakcije gušenja pretpostavlja da respiratorni mehanizmi moždanog stabla mogu postati senzibilizirani i da njihova funkcija može zatajiti. Ovo će rezultirati panikom, kratkoćom daha, hiperventilacijom i potrebom za bijegom, u odsustvu stvarnih sufokacionih prijetnji. Jednom kad se pokrene ovaj mehanizam može biti samoodrživ. Ovo znači da se pacijent plaši sufokacionog iskustva, a anksioznost anticipacije može dovesti do precipitacije doživljaja gušenja kojeg se subjekat i plaši.

b) Presenzitivnu mrežu straha

Ovo je teorija Gormana koja je publicirana u različitim revizijama (npr. Gorman i sar., 1989; Gorman i sar., 2000; Alexander i sar., 2005). Panični ataci prouzrokovani su presenzitivnim neuronskim mrežama straha, koje se protežu od amigdala do

periakvaduktalne sive mase, locus ceruleus, hipotalamusa, i parabrahijalnih nukleusa. Panični atak prema ovoj teoriji moduliran je i inputom od strane prefrontalnih i insularnih kortikalnih područja. Gorman i saradnici sugeriraju da paniku provocira iznenadno izbijanje somatske neugode zbog nespecifičnog provociranja nervnih sklopova koje Panskepp (2005) naziva mrežom straha.

c) Alarmni sistem separacije-nevolje

Panskepp (1981; 1988; prema Panskepp, 2005) je studirao neurološku podlogu socijalne motivacije i vezivanja. Studije su rezultirale definiranjem neuronskih mreža separacije-nevolje, odnosno “paničnog” sistema u mozgu. Ovaj moždani sklop razlikuje se i anatomske i neurohemijske od neuronskog skopa za strah koji aktivira bijeg i “zaleđenost” subjekta. Obuhvata medijalna područja diencefalona, ventralno septalno i preoptičko područje, nukleuse striae terminalis, i prednje regione gyrusa cinguli. Ovaj panični system smatra se izvorom separacionog stresa, koji je evolucijski predodređen da izmami roditeljsku brigu. Sugerira se da ova emocija obezbjeđuje motivacijski osnov za stvaranje socijalnih veza, i, među psihijatrijskim poremećajima, izbijanje paničnih ataka.

Tako Panskepp (2005) sugerira da primarni mehanizam paničnog poremećaja nije sam strah, već efekat separacije: “često opservirana tendencija ljudi u stanju paničnog ataka da urgentno traže društvenu pomoć i podršku možda i nije jedinstven simptom iz perspektive da su ljudi takve društvene životinje i da će tražiti pomoć drugih pod ovakvim stresnim okolnostima. Međutim, ovo može također kazivati o primitivnijoj vezi između paničnih ataka i procesa socijalnih gubitaka”.

7. Epidemiologija

Učestalost paničnih poremećaja u opštoj populaciji kreće se između 0.6 i 1.4%, kod muškaraca 0.3-0.8%, kod žena 0.9-2.2%. Vjeruje se da 3 do 4% odraslih osoba tokom života doživi napade
Sarajevo, 2013

panične anksioznosti. Poremećaj najčešće izbija u dobi između dvadesete i četrdesete godine života. Registrirano je da se izuzetno rijetko po prvi put pojavljuje u starijoj životnoj dobi (Hotujac i sar., 2006).

VII METOD ISTRAŽIVANJA

7.1. Analiza problema

Aktualna prevladavajuća istraživanja u oblasti psihoterapije agorafobije i paničnog poremećaja i njihovom tretmanu pod snažnim su uticajem neurobioloških i kognitivno-bihevioralnih modela uz neopravdano zaobilaženje psihoanalitičke teorije. Također, niti jedan od pomenutih modela ne daje potpuno objašnjenje kliničke psihopatologije, etiologije, patogeneze ovih neurotskih poremećaja. Tako se ukazuje jasna potreba za njihovim daljim izučavanjem. Na ovo upućuje i izvještaj s panel diskusije Američke psihoanalitičke asocijacije održane u New York-u 1992 (Busch, 1995). Stručni sastanak rezultirao je generalnim usaglašavanjem da su psihoanalitički pristupi općenito efikasni u tretmanu paničnog poremećaja i agorafobije, te da adresiraju pozadinske konflikte, ličnost i funkcionalna oštećenja kojima se znatno manje bave drugi psihoterapeutski pristupi. Na istom sastanku zaključeno je i da postoji evidentna potreba za istraživanjem ishoda psihoanalitički orijentisanih tehnika rada u domenu tretmana navedenih neurotskih poremećaja kako, u suštini, nema studija koje obezbjeđuju uvid u efikasnost tih tehnika.

Konceptualizaciju psihoanalitičkog psihoterapijskog okvira u tretmanu agorafobije, odnosno paničnog poremećaja neophodno je prilagoditi mogućnostima klijenta. Stoga je značajno poznavati psihodinamiku ovih poremećaja, te procijeniti stupanj zrelosti ličnosti. Ovo je moguće učiniti prateći znakove maturiteta objektnih odnosa, kao i toka razvoja transfera.

2. Ciljevi istraživanja

Obzirom na to da je općenito mali broj studija temeljenih na psihoanalitičkoj psihoterapiji agorafobije i paničnog poremećaja, kao i na činjenicu da u Bosni i Hercegovini ovakva istraživanja do sada nisu rađena, u ovom istraživanju postavljeni su sljedeći ciljevi:

1. Analizirati stupanj zrelosti objektnih relacija kod ispitanika sa agorafobijom i kod ispitanika sa paničnim poremećajem.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

2. Utvrditi razlike u stupnju zrelosti objektnih relacija kod ispitanika sa agorafobijom i kod ispitanika sa paničnim poremećajem na početku i na kraju sprovođenja psihoanalitičke psihoterapije.
3. Utvrditi postoji li razlika u potrebnoj dužini trajanja psihoanalitičke psihoterapije ispitanika sa agorafobijom i ispitanika sa paničnim poremećajem.
4. Utvrditi da li između ove dvije grupe ispitanika postoje razlike u njihovim sociodemografskim obilježjima (dob, spol, porodični status, školska sprema, zanimanje, zaposlenost, prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj i sekundarnoj porodici, prisustvo težih tjelesnih oboljenja/operativnih zahvata u primarnoj i sekundarnoj porodici ispitanika).

7.3. Hipoteze

Obzirom na psihoanalitičke teoretske postavke, kao i rezultate drugih istraživanja (npr. Sandić, 1988; Milrod 2007; Milrod i sar., 2000) postavljene su sljedeće hipoteze:

1. Ispitanici s agorafobijom ispoljavaju, u odnosu na ispitanike s paničnim poremećajem, niži stupanj zrelosti objektnih relacija.
2. Kod ispitanika sa paničnim poremećajem postoji manja razlika u promjeni stupnja zrelosti objektnih relacija na početku i na kraju psihoanalitičke psihoterapije nego kod agorafobičnih ispitanika.
3. Postoji signifikantna razlika u (potrebnoj) trajanju psihoanalitičke psihoterapije kod agorafobičnih i kod paničnih ispitanika.
4. Ne postoje signifikantne razlike između dvije grupe ispitanika u sociodemografskim obilježjima: dob, spol, porodični status, školska sprema, zanimanje, zaposlenost, prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj i sekundarnoj porodici, prisustvo težih tjelesnih oboljenja/operativnih zahvata u primarnoj i sekundarnoj porodici ispitanika.

7.4. Ispitanici i metode rada

Istraživanje je provedeno kao retrospektivno-prospektivna eksplorativna studija. Istraživanje je provedeno u privatnoj psihijatrijskoj ordinaciji „Dr. Sandić“ u Sarajevu. Vremenski okvir istraživanja obuhvata period od marta 2007. god. do aprila 2012. godine

7.4.1. Ispitanici

Uzorak istraživanja sačinjava ukupno 65 klijenata koji su tretirani psihoanalitičkom psihoterapijom u privatnoj psihijatrijskoj ordinaciji „Dr. Sandić“. Od ukupnog broja klijenata (N=65) kod 34 je ustanovljen panični poremećaj, dok je kod njih 31 dijagnosticirana agorafobija prema MKB-10 kriterijima (Anonymous, 1999). U istraživanje su bili uključeni ispitanici dobi od 20 do 45 godina. Grupa ispitanika je heterogena prema sociodemografskim karakteristikama. Svi ispitanici su tretirani individualnom psihoanalitičkom psihoterapijom koju je provodio ljekar specijalista psihijatrije, psihoterapeut, jednom sedmično u trajanju od 45 do 50 minuta.

Uključujući kriteriji:

1. Ispitanici koji tokom sprovođenja psihoanalitičke psihoterapije nisu bili tretirani drugim terapijskim postupcima.
2. Ispitanici koji nisu ispoljavali druge psihijatrijske i somatske poremećaje.
3. Ispitanici koji su dali informirani pristanak za učešće u istraživanju.
4. Ispitanici kod kojih je psihoanalitičkom psihoterapijom postignut potpun oporavak.
5. Ispitanici kod kojih dva mjeseca i pet mjeseci po završenom tretmanu psihijatrijskom procjenom nije utvrđeno postojanje simptoma agorafobije, odnosno paničnog poremećaja. Psihijatrijsku procjenu izvršio je neovisni psihijatar (psihijatar koji nije provodio psihoterapiju).

Kao metode i instrumente psihološke procjene klijenata u istraživanju su upotrebljavane kvalitativne metode: psihijatrijski intervju i Inventar objektnih odnosa (ORI) (Blatt i sar., 1992).

1. Psihijatrijski intervju provoden je tokom prvog susreta s klijentom. Iscrpni anamnestički podaci za svakog klijenta nalaze se kod ispitivača, a u radu je navoden izbor iz anamnestičkih opisa primarne i sekundarne porodice kao i iz profesionalne anamneze (podaci su izloženi u vidu upitnika o ličnim podacima).

Upitnik o ličnim podacima, konstruisan za potrebe istraživanja, sadržava sljedeće podatke: dob, spol, porodični status, školska sprema, zanimanje, zaposlenost, prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj i sekundarnoj porodici, prisustvo težih tjelesnih oboljenja/operativnih zahvata u primarnoj i sekundarnoj porodici pacijenta (Prilog 1).

2. Inventar objektnih odnosa (ORI)

Instrument služi za procjenu mentalnih reprezentacija, a na osnovu spontanog opisa sebe i značajnih drugih. Inventar objektnih odnosa je zasnovan na teorijskim formulacijama i kliničkim opservacijama: a) ranih procesa artikulacije granica (Jacobson 1964; Kernberg, 1975, Blatt & Wild 1976); b) procesa separacije-individuacije (Mahler, Pine, Bergman, 1975; Coonerty 1986); c) formiranja osjećaja selfa (Stern, 1985) i d) veze između razvoja diferenciranog osjećaja selfa i nivoa interpersonalnog odnošenja (Blatt & Shichman 1983; Blatt & Blass 1990, 1996) (sve po Blatt i sar., 2003).

Instrument se sastoji iz tri skale: a) Skale za procjenu nivoa diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (Prilog 2) b) Skale za procjenu konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog (Prilog 3) i c) Skale za procjenu tematskih dimenzija u deskripcijama značajnih drugih (Prilog 4).

Indikatori za osnovu kojih se vrši ocjenjivanje nivoa diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim, stupanj konceptualnih reprezentacija, kao i procjena tematskih dimenzija opisa, procjenjuju

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

se tako da se od klijenta traži da opiše svaku od sljedećih osoba: majku, oca, značajnog drugog (prijatelja, rođaka, bračnog partnera i sl.), sebe i terapeuta. Nakon svakog opisa ispitivač traži od ispitanika da elaborira svaki pridjev koji je koristio prilikom opisivanja određene individue. Npr. ukoliko bi klijent opisao majku kao „hladnu osobu“, na kraju opisa ispitivač bi upitao „Na koji način je majka hladna?“ Potom se od ispitanika traži da opiše narednu osobu, i da elaborira svaki pridjev koji je predočio prilikom te deskripcije.

Indikatori u opisima na osnovu kojih se vrši rangiranje, kao i procedura bodovanja, predočeni su u odgovarajućim prilogima: Prilog 2. za skalu za procjenu nivoa diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim, Prilog 3. za skalu procjene konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog, a za skalu za procjenu tematskih dimenzija u deskripcijama značajnih drugih, Prilog 4.

a) Skalu za procjenu stepena diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (D-R) razvili su Diamond i saradnici (1991). Instrument je baziran na pretpostavci da se psihološki razvoj odvija u pravcu a) konsolidiranja, integriranja i individualiziranja osjećaja selfa i b) stvaranja empatijski usaglašenog, uzajamnog odnosa sa objektom tj. značajnim drugim. Sastoji se iz 10 različitih nivoa diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim tako da, kako navodi Blatt (2004):

- Nivoi 1 i 2: obuhvataju manjak diferencijacije između selfa i objekta
- Nivo 3: podrazumijeva korištenje fenomena ogledala
- Nivo 4: označava idealizaciju ili nipodaštavanje selfa/objekta
- Nivo 5: obuhvata oscilacije između polarizovanih negativnih i pozitivnih atributa
- Nivo 6 i 7: obuhvata manevre da se konsoliduju i stabiliziraju reprezentacije, te pojavu diferencirane, konstantne i integrirane reprezentacije selfa i drugog s povišenom tolerancijom za dvosmislenost

- Nivo 8, 9 i 10: indiciraju nivo koji podrazumijeva mentalno zdravlje; označavaju diferencirane i stabilne reprezentacije selfa i objekta prožete uzajamnim, empatijskim, uzajamno obogaćujućim odnosima

Skala je ekstenzivno korištena u dosadašnjim istraživanjima, i izvještaji indiciraju da ovakve procedure mjerenja diferencijacije i odnošenja s značajnim drugim imaju zadovoljavajuću validnost i pouzdanost (npr. Diamond i sar., 1991; Blatt, 2004).

b) Skalu za procjenu konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog (CL) razvili su Blatt i sar. (1992) integrišući postulate psihoanalitičke teorije i kognitivne razvojne psihologije. Procjena konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog rangira se na skali od četiri nivoa, pri čemu je u ovoj, za razliku od prethodne skale, svakom nivou pripisan određeni broj poena (Prilog 3):

- Nivo 1 (poena 1): senzomotorni-preoperacionalni. Osoba je opisana prevashodno u odnosu na gratifikaciju ili frustraciju potreba ispitanika .
- Nivo 3 (poena 3): konkretni-perceptivni. Osoba je opisana prevashodno korištenjem konkretne, bukvalne terminologije, obično na osnovu fizičkih atributa tj. opisom dominira kako data osoba fizički izgleda.
- Nivo 5 – 7 (poena 5 – 7): ikonički (*engl. iconic*) (podgrupa vanjski i unutrašnji). Ikonički opis vanjskog tipa okarakteriziran je prevashodno manifestnim akcijama/funkcijama osobe; unutar nivoa ikonički opis baziran je primarno na psihološkim dimenzijama. U kratkim crtama iskazano vanjski ikonički nivo prevashodno je obilježen opisom šta data osoba čini. Unutrašnji ikonički tip obilježava opis kako se data osoba osjeća, iznutra.
- Nivo 9 (poena 9): konceptualni nivo. U opisu je integrisan vanjski izgled i ponašanje osobe; odlikuje ga i unutar nivoa, psihološka dimenzija; kontradikcije su razriješene u vidu integrirane, kompleksne, koherentne sinteze.

Skala je ekstenzivno korištena u dosadašnjim istraživanjima, i izvještaji indiciraju da su pouzdanost i validnost ovakve procedure ocjenjivanja na prihvatljivom nivou (npr. Blatt i sar., 2003; Blatt, 2004).

- d) Skalu za procjenu tematskih dimenzija u opisima značajnih drugih revidirali su Blatt i saradnici (1992). Rangiranje tematskih dimenzija u opisima vrši se na sedmostepenoj skali dizajniranoj da se pristupi svakom od 12 kvaliteta koji mogu biti atribuirani osobi koja se opisuje. Ovi kvaliteti su sljedeći: srdačnost, ambicioznost, zlonamjernost-dobronamjernost, topao-hladan, nivo konstruktivnog uplitanja, intelektualnost, sklonost osuđivanju/prosuđivanju, negativni-pozitivni ideal, brižnost, kažnjavajući, uspješan, i slab-snažan. Svaki od ovih kvaliteta boduje se na skali od 1 do 7 tj. 1 se pridružuje procjeni da je dati atribut u opisu zastupljen „vrlo malo“, a 7 „izraženo“. Navedeni kvaliteti, nadalje, grupiraju se u tri faktora pri čemu faktor I stoji za dobronamjernost, faktor II za sklonost kažnjavanju, dok faktor III stoji za ambicioznost u smislu njene negativne konotacije. Skala, detaljne upute za bodovanje kao i procedura za konstruiranje faktora predloženi su u Prilogu 4.

Skor na skali za procjenu tematskih dimenzija u deskripcijama značajnih drugih indicira i stupanj do koje je figura artikulirana, čime se obezbjeđuje treća procjena aspekata strukturalne organizacije mentalne reprezentacije. Kvaliteti koji nisu mogli biti prepoznati u zadatom opisu, tj. nedistinktivne procjene, direktno ukazuju na manjak integriranosti objektna reprezentacije. Istovremeno, i dužina opisa još jedan je dodatni element koji ukazuje na stupanj integriranosti reprezentacije objekta.

Dosadašnja istraživanja indiciraju da su pouzdanost i validnost ovakve procedure ocjenjivanja na prihvatljivom nivou (Blatt i sar., 1979; 1988; Bornstein i O'Neill, 1992; sve prema Blatt, 2003)

Navedene tri skale ORI procedure primijenjene su na početku i po završetku tretmana psihoanalitičkom psihoterapijom svakog klijenta ponaosob. Procjenu je sem ispitivača koji je obavljao psihoterapijski tretman obavio i neovisni istraživač (stručnjak koji nije obavljao psihoanalitičku psihoterapiju s klijentima).

7.5. Statističke metode

Numerički rezultati dobiveni kvalitativnom metodom su kvantificirani od strane istraživača i nezavisnog psihijatra, te su analizirani adekvatnim parametrijskim i neparametrijskim statističkim metodama. Za ispitivanje razlika između grupa korišteni su χ^2 test, i ANOVA, kao i izračunavanje korelacija, odnosno Pearsonov test korelacije. Statistička signifikantnost je određena na nivou $p < 0.05$. Za obradu podataka korišten je SPSS statistički program (Statistical Package for Social Sciences, Inc., IL) verzija 12.0.

VIII REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Obzirom na ciljeve istraživanja i zadane hipoteze, kao i preglednost u prezentiranju statističke obrade podataka, ovaj dio istraživanja odlučili smo se predložiti u dva segmenta:

- a) Statističku analizu pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka
- b) Statističku analizu podataka dobijenih na Inventaru objektnih odnosa (ORI)

1. Statistička analiza pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka

Socio – demografska obilježja uzorka koja će se statistički analizirati u odnosu na tip poremećaja obuhvataju sljedeće kategorije:

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- starosnu dob ispitanika,
- njihov spol,
- stepen obrazovanja,
- bračni status,
- da li su zaposleni ili ne, ili su studenti,
- prisustvo psihičkih i/ili ozbiljnijih somatskih oboljenja u primarnoj porodici,
- prisustvo psihičkih i/ili ozbiljnijih somatskih kporemećaja u sekundarnoj porodici.

Ova socio – demografska obilježja razmatrana su posebno i u odnosu na dužinu sprovođenja psihoanalitičke psihoterapije, odnosno broj seansi, kod obje grupe ispitanika tj. onih s agorafobijom i onih sa paničnim poremećajem.

Iz dole predloženih tabela uočava se da između agorafobičnih i paničnih ispitanika ne postoji statistički značajna razlika u spolu.

Tabela br. 2 - Broj ispitanika po spolu i tipu poremećaja

			Spol		Ukupno
			Muski	Ženski	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	9	22	31
		%	29,0%	71,0%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	12	22	34
		%	35,3%	64,7%	100,0%
Ukupno		Broj	21	44	65
		%	32,3%	67,7%	100,0%

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tabela br. 3 - Testiranje statističke značajnosti razlike u spolu između ispitanika sa različitim tipom poremećaja

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	.291 ^a	1	,590
N	65		

Iz tabela koje slijede vidi se da postoji statistički značajna razlika u porodičnom statusu agorafobičnih i paničnih ispitanika.

Tabela br. 4 - Broj ispitanika obzirom na porodični status status i tip poremećaja

			Bračni status				Ukupno
			U braku	Razveden/ a	Živi s roditeljima	Živi sam/a	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	14	0	17	0	31
		%	45,2%	,0%	54,8%	,0%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	21	3	5	5	34
		%	61,8%	8,8%	14,7%	14,7%	100,0%
Ukupno		Broj	35	3	22	5	65

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

	%	53,8%	4,6%	33,8%	7,7%	100,0%
--	---	-------	------	-------	------	--------

Tabela br. 5 - Testiranje značajnosti razlike u porodičnom statusu između agorafobičnih i paničnih ispitanika

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	15.841 ^a	3	,001
N	65		

Između agorafobičnih i paničnih ispitanika ne postoji statistički značajna razlika u školskoj spremi. Ovo se uočava iz sljedeće dvije tabele.

Tabela br. 6 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i školsku spremu

			Školska sprema			Ukupno
			Srednja školska sprema	Viša školska sprema	Visoka školska sprema	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	10	3	18	31
		%	32,3%	9,7%	58,1%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	8	2	24	34
		%	23,5%	5,9%	70,6%	100,0%
Ukupno		Broj	18	5	42	65
		%	27,7%	7,7%	64,6%	100,0%

Tabela br. 7 - Testiranje statističke značajnosti razlike u školskoj spremi obzirom na tip poremećaja

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	1.143 ^a	2	,565

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

N	65		
---	----	--	--

Između agorafobičnih i paničnih ispitanika ne postoji statistički značajna razlika u zaposlenosti. Ovo je predloženo u narednim tabelama.

Tabela br. 8 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i zaposlenost

			Zaposlenost			Ukupno
			Da	Ne	Studira	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	21	5	5	31
		%	67,7%	16,1%	16,1%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	26	2	6	34
		%	76,5%	5,9%	17,6%	100,0%
Ukupno		Broj	47	7	11	65
		%	72,3%	10,8%	16,9%	100,0%

Tabela br. 9 - Testiranje statističke značajnosti razlika u zaposlenosti između ispitanika sa različitim poremećajem

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	1.774 ^a	2	,412
N	65		

Iz narednih tabela uočava se da između pacijenata sa različitim tipom poremećaja ne postoji statistički značajna razlika u prisustvu psihičkih poremećaja u primarnoj porodici.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tabela br. 10 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj porodici

			Prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj porodici		Ukupno
			Ne	Da	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	27	4	31
		%	87,1%	12,9%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	32	2	34
		%	94,1%	5,9%	100,0%
Ukupno		Broj	59	6	65
		%	90,8%	9,2%	100,0%

Tabela br. 11 - Testiranje značajnosti razlike u prisustvu psihičkih poremećaja u primarnoj porodici obzirom na tip poremećaja

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	.954 ^a	1	,329
N	65		

Između pacijenata sa različitim tipom poremećaja ne postoji statistički značajna razlika u prisustvu psihičkih poremećaja u sekundarnoj porodici. Ovo se vidi iz narednih tabela.

Tabela br. 12 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i prisustvo psihičkih poremećaja u sekundarnoj porodici

			Prisustvo psihičkih poremećaja u sekundarnoj porodici		Ukupno
			Ne	Da	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	31	0	31
		%	100,0%	,0%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	32	2	34
		%	94,1%	5,9%	100,0%
Ukupno	Broj	63	2	65	
	%	96,9%	3,1%	100,0%	

Tabela br. 13 - Testiranje značajnosti razlike u prisustvu psihičkih poremećaja u sekundarnoj porodici između agorafobičnih i paničnih ispitanika

	Vrijednost	df	P
Hi kvadrat	1.881 ^a	1	,170
N	65		

Ne postoji statistički značajna razlika u prisustvu težih fizičkih bolesti i/ili operativnih zahvata u primarnoj porodici ispitanika s agorafobijom i ispitanika s paničnim poremećajem. Ovo se uočava iz narednih tabela.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tabela. br. 14 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i prisustva težih fizičkih bolesti i/ili operativnih zahvata u primarnoj porodici

			Prisustvo teze fizičke bolesti i/ili operativnih zahvata u primarnoj porodici		Ukupno
			Ne	Da	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	29	2	31
		%	93,5%	6,5%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	32	2	34
		%	94,1%	5,9%	100,0%
Ukupno		Broj	61	4	65
		%	93,8%	6,2%	100,0%

Tabela br. 15 - Testiranje statističke značajnosti razlike u prisustvu težih fizičkih bolesti i/ili operativnih zahvata u primarnoj porodici između agorafobičnih i paničnih ispitanika

	Vrijednost	df	P
Hi kvadrat	.009 ^a	1	,924
N	65		

Svi pacijenti su iznijeli podatak da u njihovoj sekundarnoj porodici nema nikoga sa težom fizičkom bolesti i/ili operativnim zahvatom, tako da nema razlike između grupe agorafobičnih i paničnih ispitanika u datoj varijabli.

Tabela br. 16 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i prisustvo težih fizičkih bolesti i/ili operativnih zahvata u sekundarnoj porodici

			Prisustvo teže fizičke bolesti i/ili operativnih zahvata u sekundarnoj porodici	Ukupno
			Ne	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	31	31
		%	100,0%	100,0%
	Panični poremećaj	Broj	34	34
		%	100,0%	100,0%
Ukupno		Broj	65	65
		%	100,0%	100,0%

Ne postoji statistički značajna razlika u broju pacijenata sa kompletnom primarnom porodicom kod agorafobičnih i paničnih ispitanika. Ovo potkrepljuju podaci predloženi u tabelama ispod.

Tabela br. 17 - Broj ispitanika obzirom na tip poremećaja i kompletnosti porodice

			Kompletnost primarne porodice		Ukupno
			Da	Ne	
Tip poremećaja	Agorafobija	Broj	28	3	31

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

	%	90,3%	9,7%	100,0%
Panični poremećaj	Broj	31	3	34
	%	91,2%	8,8%	100,0%
Ukupno	Broj	59	6	65
	%	90,8%	9,2%	100,0%

Tabela br. 18 - Testiranje statističke značajnosti razlike u broju ispitanika sa kompletnom porodicom između pacijenata sa agorafobijom i napadom panike

	Vrijednost	df	p
Hi kvadrat	.014 ^a	1	,905
N	65		

Tabela br. 19 - Deskriptivna statistika starosne dobi, broja seansi i dužine trajanja psihoterapijskog tretmana obzirom na tip poremećaja

	Poremećaj	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
Starosna dob	Agorafobija	29,74	6,213	31
	Panični poremećaj	30,94	6,651	34
	Ukupno	30,37	6,424	65
Broj seansi	Agorafobija	56,65	8,212	31
	Panični poremećaj	22,94	4,334	34
	Ukupno	39,02	18,141	65
Dužina trajanja tretmana u mjesecima	Agorafobija	13,55	2,095	31
	Panični poremećaj	5,76	1,304	34
	Ukupno	9,48	4,276	65

Iz dole predočene tabele uočavamo da ne postoji statistički značajna razlika u starosnoj dobi između klijenata s agorafobijom i klijenata s paničnim poremećajem. Ove dvije grupe ispitanika se statistički značajno razlikuju u prosječnom broju održanih seansi i u dužini trajanja psihoterapijskog procesa.

Sarajevo, 2013

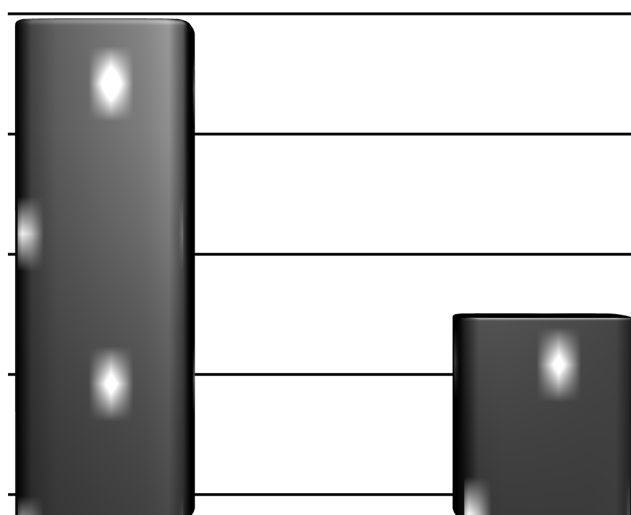
Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tabela br. 20 - Testiranje statističke značajnosti razlike u dobi, broju seansi i dužine trajanja psihoterapijskog tretmana obzirom na tip poremećaja

Izvor	Zavisna varijabla	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	Dob	23,321	1	23,321	,561	,457
	Broj seansi	18420,005	1	18420,005	439,073	,000
	Dužina trajanja	982,420	1	982,420	329,575	,000
Pogreška	Dob	2617,818	63	41,553		
	Broj seansi	2642,979	63	41,952		
	Dužina trajanja	187,795	63	2,981		
Ukupno	Dob	2641,138	64			
	Broj seansi	21062,985	64			
	Dužina trajanja	1170,215	64			

Sljedeća dva dijagrama ilustriraju da agorafobični ispitanici u prosjeku imaju veći broj održanih seansi, te duže trajanje psihoterapijskog tretmana izraženo u mjesecima u odnosu na panične.

Dijagram br. 1 – Prosječan broj seansi obzirom na tip poremećaja

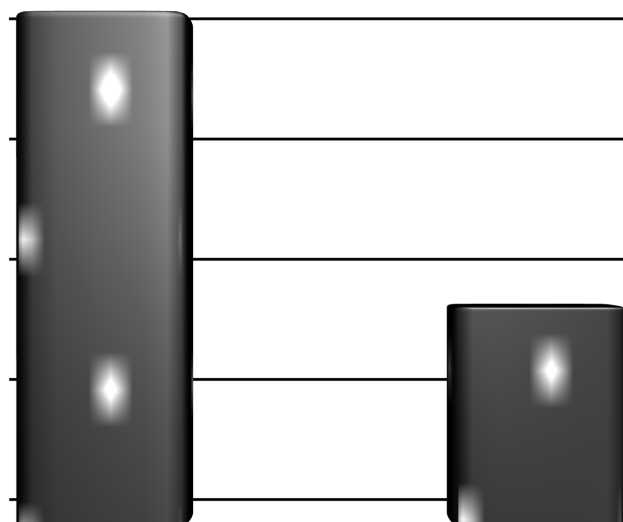


Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Iz gornjeg dijagrama uočava se da je prosječan broj seansi u psihoanalitičkom psihoterapijskom tretmanu agorafobije veći no što je to slučaj u tretmanu paničnog poremećaja. Kod agorafobije u prosjeku broj seansi iznosi 56,65, dok u tretmanu paničnog poremećaja iznosi prosječnih 22,94 seansi.

Dijagram br. 2 - Prosječno trajanje psihoterapijskog tretmana u mjesecima obzirom na tip poremećaja



Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Iz gornjeg dijagrama vidi se da je prosječan vremenski okvir za sprovođenje psihoanalitičke psihoterapije agorafobije izražen u prosječnom broju mjeseci tokom kojih se sprovodi psihoanalitička psihoterapija veći no kod tretmana paničnog poremećaja. Prosječna dužina trajanja psihoanalitičkog psihoterapijskog procesa s agorafobičnim klijentima je 13,55 mjeseci, dok s paničnim iznosi 5,76 mjeseci.

8.2. Statistička analiza podataka dobijenih na Inventaru objektnih odnosa (ORI)

Podaci dobijeni na ORI protokolu su radi preglednosti analize predloženi u sljedećim segmentima:

- Statistička analiza strukturnih varijabli ORI protokola
- Statistička analiza tematskih dimenzija ORI protokola
- Statistička analiza usporedbe podataka dobijenih na ORI protokolu od strane terapeuta i od strane neovisnog procjenjivača

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

1. Statistička analiza strukturnih varijabli ORI protokola

Ovaj segment istraživanja predložen je uzevši u obzir sljedeću stratifikaciju:

- I. Statistička analiza rezultata dobijenih na Skali za procjenu stepena diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (D-R)
- II. Statistička analiza podataka dobijenih na Skali za procjenu konceptualnog nivoa u opisu selfa i značajnih drugih (CL)
- III. Statistička analiza podataka dobijenih analizom broja nedistinktivnih procjena na Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih
- IV. Statistička analiza podataka dobijenih analizom dužine opisa značajnih drugih na Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

I. Statistička analiza rezultata dobijenih na Skali za procjenu stepena diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (D-R)

Iz naredne tabele vidimo da postoji statistički značajna razlika u prosječnoj D-R vrijednosti u opisu selfa prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana između ispitanika sa različitim tipom poremećaja. Panični klijenti pokazuju statistički značajno više rezultate.

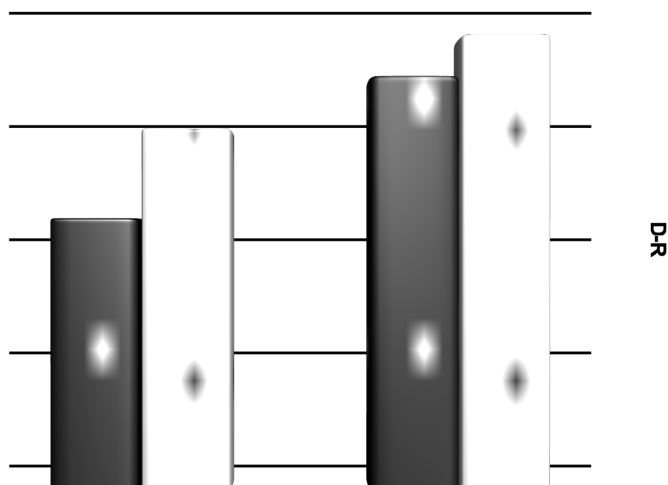
Tabela br. 21 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne D-R vrijednosti u opisu selfa obzirom na tip poremećaja

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	65,728	1	65,728	34,136	,000
Pogreška	121,303	63	1,925		

Dijagram br. 3 – Prosječne D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu selfa i značajnih drugih obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



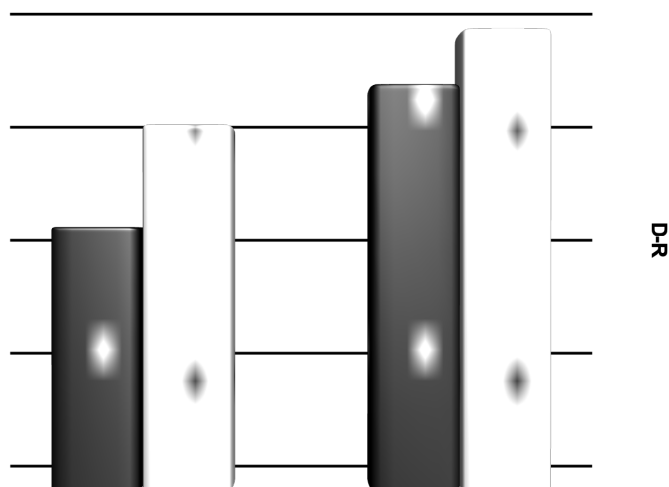
Iz gornjeg dijagrama primjećujemo da prosječna D-R vrijednost agorafobičnih ispitanika u opisu selfa i značajnih drugih (otac, majka i terapeut) iznosi 4,89. Po okončanju tretmana psihoanalitičkom psihoterapijom D-R vrijednost kod agorafobičnih klijenata porasla je na prosječnih 7,45. Kod paničnih klijenata registrirala se prosječno viša D-R vrijednost i na početku i na kraju tretmana u odnosu na agorafobične. Na početku psihoterapije kod ove grupe ispitanika registrirana je prosječna D-R vrijednost u iznosu od 6,51, dok su po okončanu psihoterapije klijenti

koji su patili od paničnih napada dosegli prosječan D-R u opisu selfa i značajnih drugih u iznosu od 8,20.

Tabela br. 22 – Deskriptivna statistika prosječnih D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu selfa obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
D-R početak tretmana	Agorafobija	4,74	,631	31
	Panični poremećaj	6,59	1,076	34
	Ukupno	5,71	1,284	65
D-R kraj tretmana	Agorafobija	7,32	1,249	31
	Panični poremećaj	8,32	1,199	34
	Ukupno	7,85	1,314	65

Dijagram br. 4 – Prosječne D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu selfa obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Dijagram ilustrira da su prosječne D-R vrijednosti u opisu selfa kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih klijenata u početku psihoterapije u opisu selfa registrirana je prosječna D-R vrijednost u iznosu od 4,74, dok je kod paničnih inicijalno registrirana viša prosječna D-R vrijednost od 6,59. Po okončanju psihoterapije agorafobični ispitanici su u opisu sefa pokazali prosječnu D-R vrijednost 7,32, dok je kod paničnih i po okončanju psihoterapije registrirana prosječno viša D-R vrijednost u opisu selfa u iznosu od 8,32.

Tabela br. 23 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnih D-R vrijednosti u opisu selfa i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	Df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	151,025	1	151,025	412,189	,000
	Greenhouse-Geisser	151,025	1,000	151,025	412,189	,000
	Huynh-Feldt	151,025	1,000	151,025	412,189	,000
	Lower-bound	151,025	1,000	151,025	412,189	,000
Tretman * tip poremećaja	Sphericity Assumed	5,794	1	5,794	15,813	,000
	Greenhouse-Geisser	5,794	1,000	5,794	15,813	,000
	Huynh-Feldt	5,794	1,000	5,794	15,813	,000
	Lower-bound	5,794	1,000	5,794	15,813	,000

Pogreška	Sphericity Assumed	23,083	63	,366		
	Greenhouse-Geisser	23,083	63,000	,366		
	Huynh-Feldt	23,083	63,000	,366		
	Lower-bound	23,083	63,000	,366		

Iz prethodne tabele primjećujemo da postoji statistički značajna razika u prosječnim D-R vrijednostima u opisu selfa prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne D-R vrijednosti u opisu selfa su veće.

U istoj tabeli uočava se i da postoji statistički značajan interakcijski efat tipa poremećaja na prosječne D-R vrijednosti u opisu selfa. Porast prosječne vrijednosti veći je kod agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične.

Tabela br. 24 - Deskriptivna statistika prosječnih D-R vrijednosti u opisu selfa i značajnih drugih agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Poremećaj		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
D-R početak tretmana	Agorafobija	4,8871	,45570	31
	Panični poremećaj	6,5147	,75111	34
	Ukupno	5,7385	1,02929	65
D-R kraj tretmana	Agorafobija	7,4516	1,25900	31
	Panični poremećaj	8,1985	1,01649	34
	Ukupno	7,8423	1,19043	65

Iz naredne tabele uočavamo da postoji statistički značajna razlika u prosječnoj D-R vrijednosti u opisu majke prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana između osoba sa različitim tipom poremećaja. Panični ispitanici u prosjeku pokazuju više D-R rezultate.

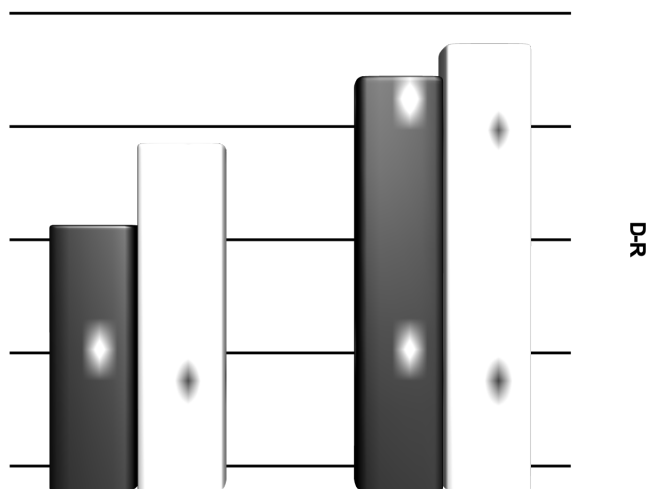
Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tabela br. 27 – Testiranje statističke značajnosti razlike D-R vrijednosti između agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu majke na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	33.705	1	33.705	22.828	.000
Pogreška	93.019	63	1.476		

Dijagram br. 5 – Prosječne D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu majke obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Dijagram predočava da su prosječne D-R vrijednosti u opisu majke kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih ispitanika na početku psihoterapije u opisu majke registrirana je prosječna D-R vrijednost u iznosu od 4,77, dok je kod paničnih ova vrijednost u prosjeku viša i iznosi 6,24. Po okončanju psihoterapije agorafobični pacijenti pokazali su prosječnu D-R vrijednost 7,45. Kod paničnih pacijenata po okončanju psihoterapije registrira se prosječno viša D-R vrijednost u opisu majke no kod agorafobičnih. Kod ove grupe ispitanika ona u prosjeku iznosi 8,03.

Tabela br. 26 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnih D-R vrijednosti u opisu majke i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	Df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	162.110	1	162.110	274.789	.000
	Greenhouse-Geisser	162.110	1.000	162.110	274.789	.000
	Huynh-Feldt	162.110	1.000	162.110	274.789	.000
	Lower-bound	162.110	1.000	162.110	274.789	.000
Tretman* Tip poremećaja	Sphericity Assumed	6.326	1	6.326	10.723	.002
	Greenhouse-Geisser	6.326	1.000	6.326	10.723	.002
	Huynh-Feldt	6.326	1.000	6.326	10.723	.002
	Lower-bound	6.326	1.000	6.326	10.723	.002
Pogreška	Sphericity Assumed	37.167	63	.590		
	Greenhouse-Geisser	37.167	63.000	.590		
	Huynh-Feldt	37.167	63.000	.590		
	Lower-bound	37.167	63.000	.590		

Gornja tabela ukazuje da postoji statistički značajna razlika u prosječnim D-R vrijednostima u opisu majke prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne D-R vrijednosti u opisu majke su statistički značajno veće.

U istoj tabeli uočava se i da postoji statistički značajan interakcijski efekat vrste poremećaja na prosječne D-R vrijednosti u opisu majke. Porast prosječne vrijednosti veći je kod agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične.

Tabela br. 27 - Deskriptivna statistika prosječnih D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu majke obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

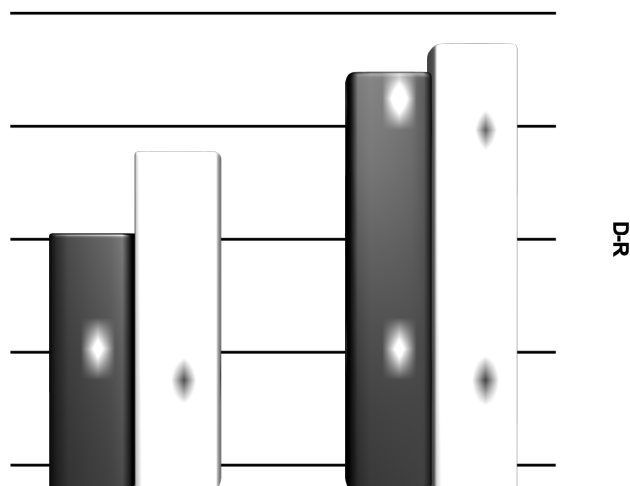
Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
D-R-majka početak tretmana	Agorafobija	4.77	.425	31
	Panični poremećaj	6.24	.955	34
	Ukupno	5.54	1.047	65
D-R-majka kraj tretmana	Agorafobija	7.45	1.261	31
	Panični poremećaj	8.03	1.193	34
	Ukupno	7.75	1.250	65

Tabela br. 28 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne D-R vrijednosti između agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	P
Tip poremećaja	32.063	1	32.063	19.705	.000
Pogreška	102.507	63	1.627		

Iz gornje tabele uočava se da postoji statistički značajna razlika u D-R vrijednosti u opisu oca prije i poslije psihoterapijskog tretmana između ispitanika sa različitim tipom poremećaja. Panični klijenti u prosjeku pokazuju više D-R rezultate.

Dijagram br. 6 – Prosječan D-R nivo agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Dijagramom iznad predloženo je da su prosječne D-R vrijednosti u opisu oca kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih klijenata na početku psihoterapije registrirana je prosječna D-R vrijednost u iznosu od 4,61. Kod paničnih prosječna D-R vrijednost u opisu oca je veća i iznosi 6,09. Po okončanju psihoterapije agorafobični klijenti pokazali su prosječnu D-R vrijednost 7,52. prosječna D-R vrijednost koju su dosegli panični ispitanici po okončanju tretmana veća je no kod agorafobičnih i iznosi prosječnih 8,03.

Tabela br. 29 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnih D-R vrijednosti u opisu oca i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	Df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	190.273	1	190.273	297.479	.000
	Greenhouse-Geisser	190.273	1.000	190.273	297.479	.000
	Huynh-Feldt	190.273	1.000	190.273	297.479	.000
	Lower-bound	190.273	1.000	190.273	297.479	.000
Tretman* Tip poremećaja	Sphericity Assumed	7.504	1	7.504	11.732	.001
	Greenhouse-Geisser	7.504	1.000	7.504	11.732	.001
	Huynh-Feldt	7.504	1.000	7.504	11.732	.001
	Lower-bound	7.504	1.000	7.504	11.732	.001
Pogreška	Sphericity Assumed	40.296	63	.640		
	Greenhouse-Geisser	40.296	63.000	.640		
	Huynh-Feldt	40.296	63.000	.640		
	Lower-bound	40.296	63.000	.640		

Iz prethodne tabele uočavamo da postoji statistički značajna razlika u prosječnim D-R vrijednostima u opisu oca prije i poslije psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne D-R vrijednosti u opisu oca su veće.

Također iz prethodne tabele uočava se da postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječne D-R vrijednosti u opisu oca. Porast prosječne D-R vrijednosti u opisu oca veći je kod agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične.

Tabela br. 30 - Deskriptivna statistika prosječnih D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

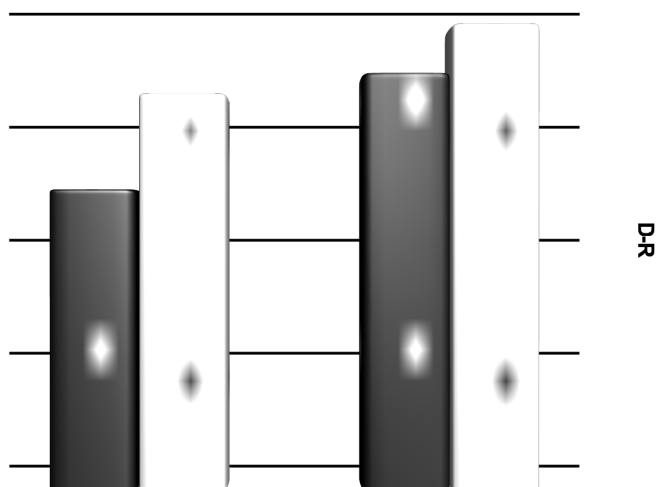
Poremećaj		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
D-R-otac- početak tretmana	Agorafobija	4.61	.495	31
	Panični poremećaj	6.09	1.083	34
	Ukupno	5.38	1.128	65
D-R-otac- kraj tretmana	Agorafobija	7.52	1.262	31
	Panični poremećaj	8.03	1.218	34
	Ukupno	7.78	1.256	65

Tabela br. 31 – Testiranje statističke značajnosti D-R razlike između agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	55.796	1	55.796	24.733	.000
Pogreška	142.127	63	2.256		

Tabela iznad ukazuje nam da postoji statistički značajna razlika prosječnih D-R vrijednosti u opisu terapeuta prije i poslije tretmana između ispitanika sa različitim tipom poremećaja. Panični ispitanici u prosjeku pokazuju veće rezultate

Dijagram br. 7 – Prosječan D-R nivo agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Gore predloženi dijagram ilustrira da su prosječne D-R vrijednosti u opisu terapeuta kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih klijenata na početku psihoterapije registrirana je prosječna D-R vrijednost u iznosu od 5,42. Panični ispitanici na početku tretmana pokazali su u prosjeku veću D-R vrijednost u opisu terapeuta u odnosu na agorafobične, u iznosu od 7,15. Po okončanju psihoterapije agorafobični ispitanici pokazali su prosječnu D-R vrijednost 7,52. Panični su i na kraju psihoterapijskog tretmana pokazali u prosjeku višu D-R vrijednost u opisu terapeuta u prosječnom iznosu od 8,41.

Tabela br. 32 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnih D-R vrijednosti u opisu terapeuta i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	Df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	91.613	1	91.613	326.752	.000
	Greenhouse-Geisser	91.613	1.000	91.613	326.752	.000
	Huynh-Feldt	91.613	1.000	91.613	326.752	.000
	Lower-bound	91.613	1.000	91.613	326.752	.000
Tretman * Tip poremećaja	Sphericity Assumed	5.613	1	5.613	20.021	.000
	Greenhouse-Geisser	5.613	1.000	5.613	20.021	.000
	Huynh-Feldt	5.613	1.000	5.613	20.021	.000
	Lower-bound	5.613	1.000	5.613	20.021	.000
Pogreška	Sphericity Assumed	17.664	63	.280		
	Greenhouse-Geisser	17.664	63.000	.280		
	Huynh-Feldt	17.664	63.000	.280		
	Lower-bound	17.664	63.000	.280		

U tabeli je predloženo da postoji statistički značajna razlika u prosječnim D-R vrijednostima u opisu terapeuta prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne vrijednosti su veće.

Također iz gornje tabele uočavamo da postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječne D-R vrijednosti u opisu terapeuta. Porast prosječne vrijednosti veći je kod agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične.

Tabela br. 33 - Deskriptivna statistika prosječnih D-R vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
D-R-terapeut-početak tretmana	Agorafobija	5.42	.992	31
	Panični poremećaj	7.15	.892	34
	Ukupno	6.32	1.276	65
D-R- terapeut-kraj tretmana	Agorafobija	7.52	1.503	31
	Panicni poremećaj	8.41	1.048	34
	Ukupno	7.98	1.352	65

II. Statistička analiza podataka dobijenih na Skali za procjenu konceptualnog nivoa u opisu selfa i značajnih drugih (CL)

Tabela br. 34 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu selfa na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	P
-------	---------------	----	-------------------------	---	---

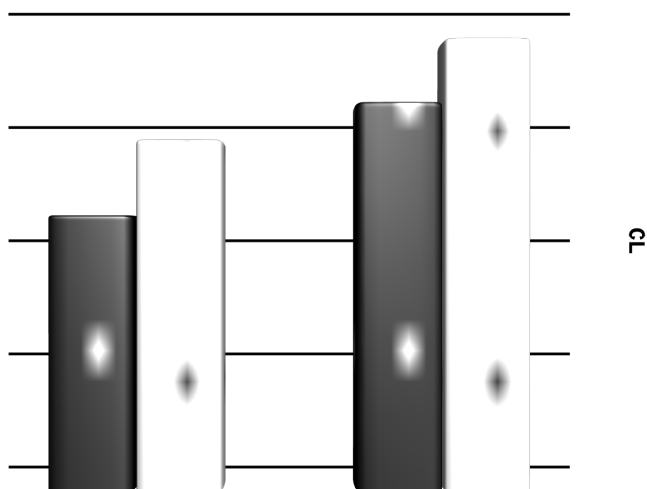
Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Tip poremećaja	44,454	1	44,454	22,589	,000
Pogreška	123,977	63	1,968		

Iz tabele se vidi da postoji statistički značajna razlika u prosječnoj CL vrijednosti u opisu selfa prije i poslije sprovedene psihoterapije između ispitanika s različitim tipom poremećaja. Panični klijenti u prosjeku pokazuju više prosječne CL rezultate.

Dijagram br. 8 – Prosječne CL vrijednosti u opisu selfa i značajnih drugih kod agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Iz gornjeg dijagrama uočavamo da je prosječna CL vrijednost u opisu selfa i značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod obje grupe ispitanika nakon sprovedenog psihoanalitičkog psihoterapijskog tretmana veća. Prosječna CL vrijednost agorafobičnih ispitanika na početku psihoterapije iznosi 4,96, a po okončanju psihoterapije 7,00. Kod paničnih registruje se prosječna viša CL vrijednost na početku tretmana u odnosu na agorafobične i iznosi prosječnih 6,32. I po

Sarajevo, 2013

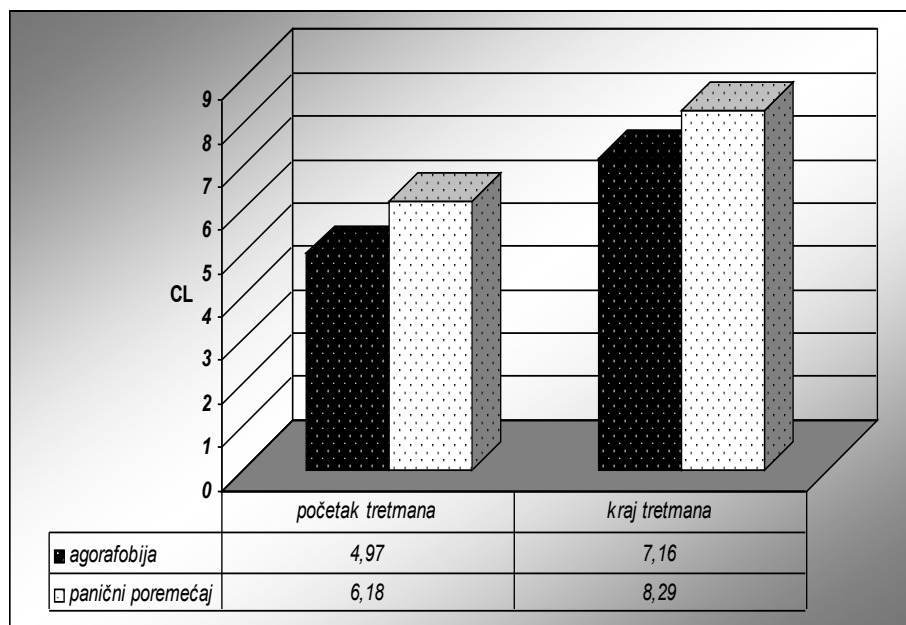
Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

okončanju psihoterapije panični ispitanici pokazuju u prosjeku višu CL vrijednost u opisu značajnih od agorafobičnih, te ona iznosi prosječnih 8,15.

Tabela br. 35 – Deskriptivna statistika prosječnih CL vrijednosti u opisu self obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

	Tip poremećaja	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
CL početak tretmana	Agorafobija	4,97	1,016	31
	Panični poremećaj	6,18	1,141	34
	Ukupno	5,60	1,235	65
CL kraj tretmana	Agorafobija	7,16	1,319	31
	Panični poremećaj	8,29	,906	34
	Ukupno	7,75	1,250	65

Dijagram br. 9 – Prosječna CL vrijednost u opisu selfa agorafobičnih i paničnih ispitanika u odnosu na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Iz gornjeg dijagrama uočava se da je dosegnuta viša prosječna vrijednost konceptualnog nivoa (CL) u opisu selfa kod obje grupe ispitanika po sprovođenju psihoterapijskog tretmana. Agorafobični klijenti na početku tretmana pokazali su prosječnu CL vrijednost u iznosu od 4,97, dok su po okončanju tretmana u prosjeku pokazali vrijednost 7,16. Panični ispitanici na početku tretmana pokazali su prosjeku višu CL vrijednost u opisu selfa od agorafobičnih, u iznosu od prosječnih 6,18. I po okončanju tretmana ovi ispitanici pokazali su višu posječnu CL vrijednost od agorafobičnih. Prosječna postiguta CL vrijednost kod paničnih neurotika u opisu selfa po okončanju psihoterapijskog tretmana iznosi 8,29.

Tabela br. 36 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne CL vrijednosti u opisu selfa agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	150,693	1	150,693	325,303	,000
	Greenhouse-Geisser	150,693	1,000	150,693	325,303	,000
	Huynh-Feldt	150,693	1,000	150,693	325,303	,000
	Lower-bound	150,693	1,000	150,693	325,303	,000
Tretman * tip poremećaja	Sphericity Assumed	,047	1	,047	,101	,752
	Greenhouse-Geisser	,047	1,000	,047	,101	,752
	Huynh-Feldt	,047	1,000	,047	,101	,752
	Lower-bound	,047	1,000	,047	,101	,752
Pogreška	Sphericity Assumed	29,184	63	,463		
	Greenhouse-Geisser	29,184	63,000	,463		
	Huynh-Feldt	29,184	63,000	,463		
	Lower-bound	29,184	63,000	,463		

Iz gore predložene tabele uočava se da postoji statistički značajna razlika u prosječnim CL vrijednostima u opisu selfa prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne CL vrijednosti u opisu selfa su veće.

Uočava se i da ne postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječne CL vrijednosti u opisu selfa.

Tabela br. 37 – Deskriptivna statistika prosječne CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu selfa i značajnih drugih obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
CL početak tretmana	Agorafobija	4,9597	,59195	31
	Panični poremećaj	6,3235	,88019	34
	Ukupno	5,6731	1,01735	65
CL kraj tretmana	Agorafobija	6,9919	1,05965	31
	Panični poremećaj	8,1544	,79060	34
	Ukupno	7,6000	1,01735	65

Tabela br. 38 – Testiranje statističke značajnosti razlike CL-a između agorafobičnih i paničnih ispitanika u procjeni majke na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

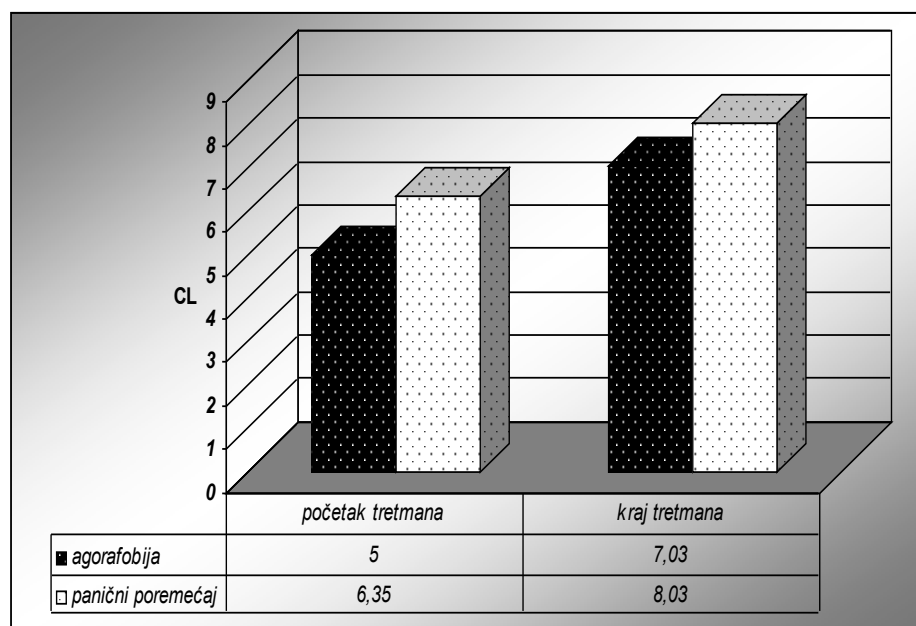
Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	44.778	1	44.778	20.079	.000
Pogreška	140.499	63	2.230		

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Iz tabele iznad primjećujemo da postoji statistički značajna razlika u CL-u u opisu majke prije i poslije sprovedenog psihoterapijskog tretmana obzirom na tip poremećaja. Panični ispitanici u prosjeku pokazuju veće rezultate na CL-u.

Dijagram br. 10 – Prosječne CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu majke obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Iz gornjeg dijagrama učavamo da su prosječne CL vrijednosti u opisu majke nakon sprovedene psihoterapije kod obje grupe ispitanika veće. Prosječna CL vrijednost u opisu majke kod agorafobičnih ispitanika na početku tretmana iznosi 5,00, a na kraju 7,03. Kod paničnih ispitanika prosječna CL vrijednost na početku psihoterapije viša je no kod agorafobičnih i iznosi 6,35. I po okončanju tretmana panični klijenti pokazuju višu prosječnu CL vrijednostu opisu majke no agorafobični. Kod paničnih ispitanika ona iznosi prosječnih 8,03.

Tabela br. 39 – Testiranje statističke značajnosti interakcijskog djelovanja tipa poremećaja na CL vrijednosti u opisu majke obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	111.519	1	111.519	162.615	.000
	Greenhouse-Geisser	111.519	1.000	111.519	162.615	.000
	Huynh-Feldt	111.519	1.000	111.519	162.615	.000
	Lower-bound	111.519	1.000	111.519	162.615	.000
Tretman * Tip poremećaja	Sphericity Assumed	1.026	1	1.026	1.497	.226
	Greenhouse-Geisser	1.026	1.000	1.026	1.497	.226
	Huynh-Feldt	1.026	1.000	1.026	1.497	.226
	Lower-bound	1.026	1.000	1.026	1.497	.226
Pogreška	Sphericity Assumed	43.204	63	.686		
	Greenhouse-Geisser	43.204	63.000	.686		
	Huynh-Feldt	43.204	63.000	.686		
	Lower-bound	43.204	63.000	.686		

Iz prethodne tabele možemo uočiti da postoji statistički značajna razlika u prosječnim CL vrijednostima u opisima majke prije i poslije sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne vrijednosti u opisu majki su veće.

Isto tako, iz tabele iznad vidimo da ne postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječne CL vrijednosti u opisu majki.

Tabela br. 40 - Deskriptivna statistika prosječnih CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu majke obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

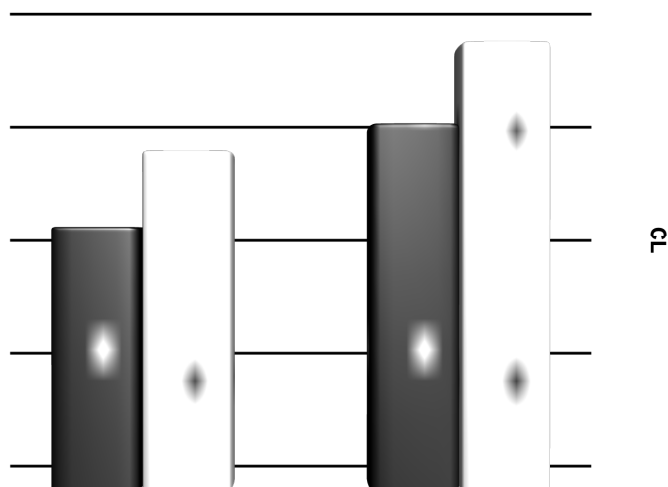
Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
CL-majka-početak tretmana	Agorafobija	5.00	1.065	31
	Panični poremećaj	6.35	1.203	34
	Ukupno	5.71	1.320	65
CL-majka-kraj tretmana	Agorafobija	7.03	1.426	31
	Panični poremećaj	8.03	1.114	34
	Ukupno	7.55	1.358	65

Tabela br. 41 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	65.903	1	65.903	47.005	.000
Pogreška	88.328	63	1.402		

Postoji statistički značajna razlika u prosječnoj CL vrijednosti u opisu oca prije i poslije sprovedene psihoterapije između ispitanika sa različitim tipom poremećaja. Panični ispitanici u prosjeku pokazuju veće rezultate na CL-u.

Dijagram br. 11 – Prosječan CL nivo agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Iz dijagrama iznad vidimo da su prosječne CL vrijednosti pacijenata u opisu oca kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih klijenata na početku psihoterapije registrirana je prosječna CL vrijednost u iznosu od 4,74, a na kraju 6,61. Kod paničnih ispitanika prosječna CL vrijednost u opisu oca je viša i na početku psihoterapije iznosi 6,12, a na kraju tretmana 8,09.

Tabela br. 42 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne CL vrijednosti u opisu oca i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	119.650	1	119.650	257.908	.000
	Greenhouse-Geisser	119.650	1.000	119.650	257.908	.000
	Huynh-Feldt	119.650	1.000	119.650	257.908	.000
	Lower-bound	119.650	1.000	119.650	257.908	.000
Tretman * Tip poremećaja	Sphericity Assumed	.080	1	.080	.173	.678
	Greenhouse-Geisser	.080	1.000	.080	.173	.678
	Huynh-Feldt	.080	1.000	.080	.173	.678
	Lower-bound	.080	1.000	.080	.173	.678
Pogreška	Sphericity Assumed	29.227	63	.464		
	Greenhouse-Geisser	29.227	63.000	.464		
	Huynh-Feldt	29.227	63.000	.464		
	Lower-bound	29.227	63.000	.464		

Tabela iznad predočava da postoji statistički značajna razlika u prosječnim CL vrijednostima u opisu oca prije i poslije sprovedenog psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne vrijednosti CL-a u opisu očeva su veće.

Iz iste tabele vidimo i da ne postoji statistički značajan interakcijski efekat vrste poremećaja na prosječne vrijednosti CL-a u opisu očeva.

Tabela br. 43 – Deskriptivna statistika prosječnih CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu oca obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
CL-otac- početak tretmana	Agorafobija	4.74	.729	31
	Panični poremećaj	6.12	.913	34
	Ukupno	5.46	1.076	65
CL-otac- kraj tretmana	Agorafobija	6.61	1.174	31
	Panični poremećaj	8.09	.996	34
	Ukupno	7.38	1.307	65

Tabela br. 44 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnog CL-a između agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta na početku i na kraju psihoterapijskog tretmana

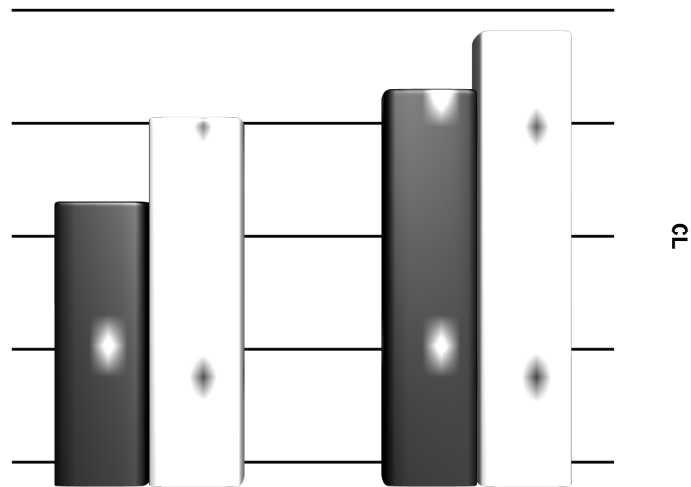
Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	53.243	1	53.243	42.285	.000
Pogreška	79.326	63	1.259		

Postoji statistički značajna razlika u prosječnom CL-u u opisu terapeuta prije i poslije psihoterapijskog tretmana između ispitanika sa različitim tipom poremećaja. Panični ispitanici u prosjeku pokazuju veće rezultate.

Dijagram br.12 – Prosječan CL nivo agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju



Dijagram ilustrira da su prosječne CL vrijednosti u opisu terapeuta kod obje grupe ispitanika veće nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih na početku psihoterapije registrirana je prosječna vrijednost CL-a u iznosu od 5,13, dok je kod paničnih registrirana u prosjeku viša vrijednost, u iznosu od 6,65. Po okončanju psihoterapije agorafobični klijenti pokazali su prosječnu CL vrijednost u opisu terapeuta 7,16, dok je prosječna dostignuta CL vrijednost kod paničnih ispitanika po okončanju tretmana veća i iznosi 8,21.

Tabela br.45 – Testiranje statističke značajnosti razlike razlike prosječne CL vrijednosti u opisu terapeuta i interakcijskog djelovanja tipa poremećaja obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	104.556	1	104.556	256.553	.000
	Greenhouse-Geisser	104.556	1.000	104.556	256.553	.000
	Huynh-Feldt	104.556	1.000	104.556	256.553	.000
	Lower-bound	104.556	1.000	104.556	256.553	.000
Tretman* Tip poremećaja	Sphericity Assumed	1.817	1	1.817	4.459	.039
	Greenhouse-Geisser	1.817	1.000	1.817	4.459	.039
	Huynh-Feldt	1.817	1.000	1.817	4.459	.039
	Lower-bound	1.817	1.000	1.817	4.459	.039
Pogreška	Sphericity Assumed	25.675	63	.408		
	Greenhouse-Geisser	25.675	63.000	.408		
	Huynh-Feldt	25.675	63.000	.408		
	Lower-bound	25.675	63.000	.408		

Gornja tabela predočava da postoji statistički značajna razlika u prosječnim CL vrijednostima u opisu terapeuta prije i poslije sprovedenog psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne vrijednosti su veće.

Istovremeno u gornjoj tabeli uočava se i da postoji statistički značajan interakcijski efekat vrste poremećaja na prosječne CL vrijednosti u opisu terapeuta. Kod agorafobičnih ispitanika u prosjeku je došlo do većeg povećanja nego kod paničnih.

Tabela br. 46 – Deskriptivna statistika prosječnih CL vrijednosti agorafobičnih i paničnih ispitanika u opisu terapeuta obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
CL-terapeut- početak tretmana	Agorafobija	5.13	.885	31
	Panični poremećaj	6.65	.981	34
	Ukupno	5.92	1.203	65
CL-terapeut- kraj tretmana	Agorafobija	7.16	1.003	31
	Panični poremećaj	8.21	.770	34
	Ukupno	7.71	1.027	65

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

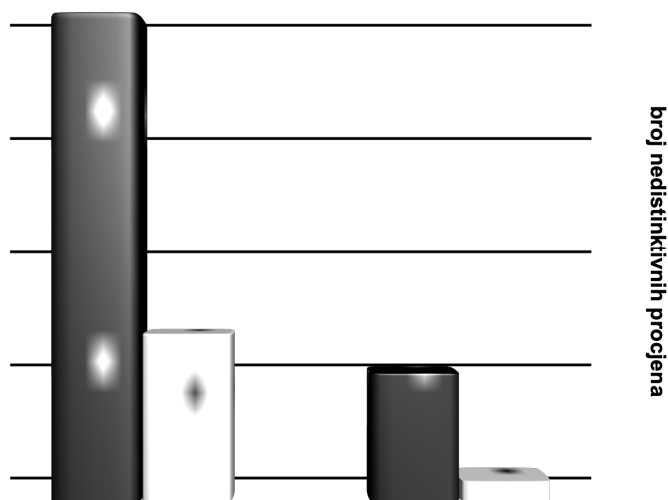
III. Statistička analiza podataka dobijenih analizom broja nedistinktivnih procjena na Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

Rezultati predloženi u narednoj tabeli ukazuju da generalno gledajući postoji statistički značajna razlika u broju nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) između agorafobičnih i paničnih ispitanika.

Tabela br. 47 - Testiranje statističke značajnosti razlike prosječnog broja nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih obzirom na tip poremećaja

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	482,863	1	482,863	152,974	,000
Pogreška	198,860	63	3,157		

Dijagram br. 13 – Prosječan broj nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih kod agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



U gornjem dijagramu je predloženo da je prosječan broj nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod obje grupe ispitanika opao nakon što je sproveden psihoterapijski tretman. Kod agorafobičnih ispitanika opao je s prosječne vrijednosti 8,81 na 2,32. Kod paničnih prosječan broj nedistinktivnih procjena na početku psihoterapije manji je no kod agorafobičnih i iznosi prosječnih 3,03. Po okončanju tretmana broj nedistinktivnih procjena kod paničnih klijenata pao je ispod vrijednosti koju su u prosjeku postigli agorafobični ispitanici i iznosi u prosjeku 0,38.

Tabela br. 48 - Testiranje statističke značajnosti razlike u prosječnom broju nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih obzirom na tip poremećaja i na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	675,970	1	675,970	199,230	,000
	Greenhouse-Geisser	675,970	1,000	675,970	199,230	,000
	Huynh-Feldt	675,970	1,000	675,970	199,230	,000
	Lower-bound	675,970	1,000	675,970	199,230	,000
Tretman * Tip poremećaja	Sphericity Assumed	119,354	1	119,354	35,178	,000
	Greenhouse-Geisser	119,354	1,000	119,354	35,178	,000
	Huynh-Feldt	119,354	1,000	119,354	35,178	,000
	Lower-bound	119,354	1,000	119,354	35,178	,000
Pogreška	Sphericity Assumed	213,753	63	3,393		
	Greenhouse-Geisser	213,753	63,000	3,393		
	Huynh-Feldt	213,753	63,000	3,393		
	Lower-bound	213,753	63,000	3,393		

Iz tabele vidimo da postoji statistički značajna razlika u prosječnom broju nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) prije i poslije sprovedenog psihoterapijskog tretmana. Nakon psihoterapije prosječne vrijednosti su manje.

Sarajevo, 2013

Istovremeno u gornjoj tabeli uočava se i da postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječan broj nedistinktivnih procjena u opisu značajnih drugih. Kod agorafobičnih pacijenata došlo je do veće pada nego kod paničnih.

Tabela br. 49 - Statističke deskriptivne vrijednosti prosječnog broja nedistinktivnih procjena na Skali tematskih dimenzija opisa značajnog drugog obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
Nedistinktivne procjene - prije tretmana	Agorafobija	8,81	2,358	31
	Panični poremećaj	3,03	1,962	34
	Ukupno	5,78	3,612	65
Nedistinktivne procjene - poslije tretmana	Agorafobija	2,32	1,851	31
	Panični poremećaj	,38	,697	34
	Ukupno	1,31	1,676	65

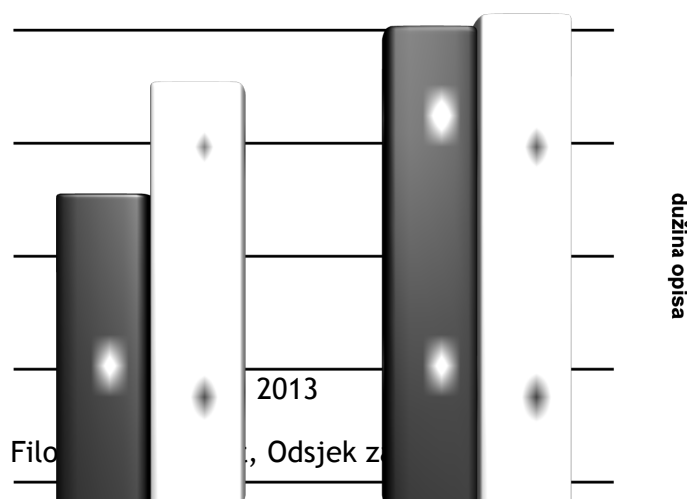
IV. Statistička analiza podataka dobijenih analizom dužine opisa značajnih drugih na Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

Iz naredne tabele uočavamo da generalno postoji statistički značajna razlika u dužini opisa značajnih drugih između agorafobičnih i paničnih ispitanika. Dužina opisa kod paničnih ispitanika je veća.

Tabela br. 50 – Testiranje statističke značajnosti razlike prosječne dužine opisa obzirom na tip poremećaja

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	12,684	1	12,684	13,403	,001
Pogreška	59,623	63	,946		

Dijagram br. 14 – Prosječna dužina opisa značajnih drugih agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Gornjim dijagramom je ilustrirano da je prosječna dužina opisa značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod obje grupe ispitanika porasla nakon sprovođenja psihoterapijskog tretmana. Kod agorafobičnih ispitanika porasla je s prosječne vrijednosti 3,13 na prosječnih 4,81. Kod paničnih ovaj porast je nešto manji, s prosječnih početnih 4,25 na prosječnih 4,93 po okončanju psihoterapijskog tretmana.

Iz tabele koja slijedi uočavamo da postoji statistički značajna razlika u procjeni dužine opisa značajnih drugih (majka, otac i terapeut), te da ne postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na dužinu opisa.

Tabela br. 51- Testiranje statističke značajnosti razlike u prosječnoj dužini opisa značajnih drugih obzirom na tip poremećaja i početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Proječna suma kvadrata	F	p
Tretman	Sphericity Assumed	44,923	1	44,923	138,455	,000
	Greenhouse-Geisser	44,923	1,000	44,923	138,455	,000
	Huynh-Feldt	44,923	1,000	44,923	138,455	,000
	Lower-bound	44,923	1,000	44,923	138,455	,000
Tretman * tip poremećaja	Sphericity Assumed	8,123	1	8,123	25,036	,000
	Greenhouse-Geisser	8,123	1,000	8,123	25,036	,000
	Huynh-Feldt	8,123	1,000	8,123	25,036	,000
	Lower-bound	8,123	1,000	8,123	25,036	,000
Pogreška	Sphericity Assumed	20,441	63	,324		
	Greenhouse-Geisser	20,441	63,000	,324		

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Huynh-Feldt	20,441	63,000	,324
Lower-bound	20,441	63,000	,324

Tabela br. 52 – Statističke deskriptivne vrijednosti prosječne dužine opisa na Skali tematske dimenzije opisa značajnog drugog obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Tip poremećaja		Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
Dužina opisa početak tretmana	Agorafobija	3,13	,78729	31
	Panični poremećaj	4,25	1,00188	34
	Ukupno	3,72	1,06267	65
Dužina opisa kraj tretmana	Agorafobija	4,81	,69801	31
	Panični poremećaj	4,93	,64500	34
	Ukupno	4,87	,66847	65

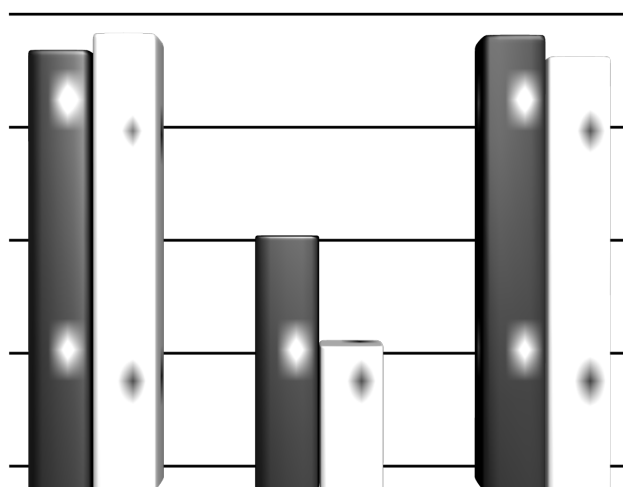
2. *Statistička analiza podataka dobijenih na Skali tematskih dimenzija u opisu značajnih drugih ORI protokola*

U ovom segmentu istraživanja predočit ćemo statističku analizu podataka dobijenih a na Skali tematskih opisa značajnih drugih i to u okvirima faktora I (dobronamjernost), faktora II (sklonost kažnjavanju) i faktora III (ambicioznost).

Tabela br. 53 – Deskriptivna statistika prosječne vrijednosti faktora I, II i III u opisu značajnih drugih obzirom na tip poremećaja i početaki i kraj psihoterapijskog tretmana

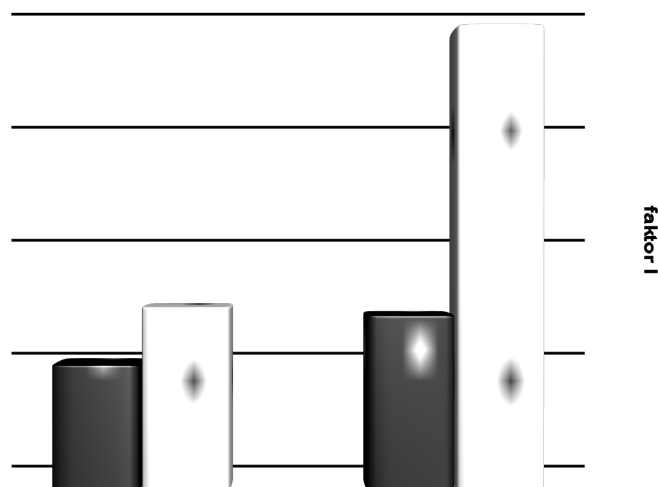
	Tip poremećaja	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	N
Faktor I početak tretmana	Agorafobija	5,25	,47428	31
	Panični poremećaj	5,32	,32320	34
	Ukupno	5,29	,40096	65
Faktor I kraj tretmana	Agorafobija	5,31	,32877	31
	Panični poremećaj	5,66	,20765	34
	Ukupno	5,49	,32100	65
Faktor II početak tretmana	Agorafobija	3,68	,79147	31
	Panični poremećaj	2,49	,81701	34
	Ukupno	3,06	,99963	65
Faktor II kraj tretmana	Agorafobija	2,06	,59620	31
	Panični poremećaj	1,43	,30883	34
	Ukupno	1,73	,56317	65
Faktor III početak tretmana	Agorafobija	5,91	1,01638	31
	Panični poremećaj	5,06	,63830	34
	Ukupno	5,47	,93551	65
Faktor III kraj tretmana	Agorafobija	5,28	,53089	31
	Panični poremećaj	5,15	,40569	34
	Ukupno	5,21	,47095	65

Dijagram br. 15 – Prosječne vrijednosti faktora I, II i III u opisu značajnih drugih obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



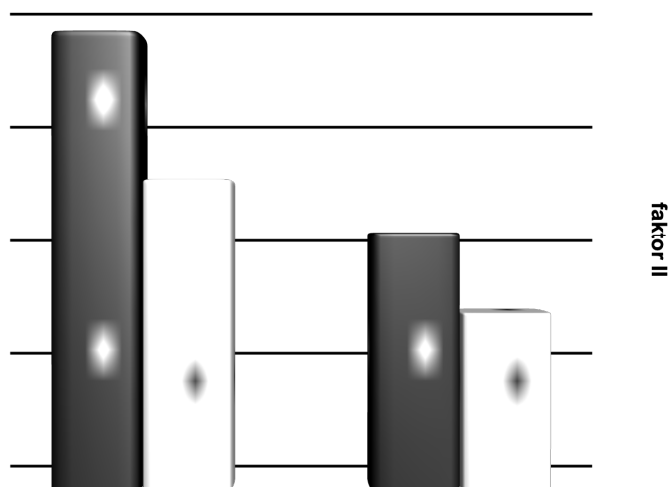
U gornjem dijagramu predloženo je da su prosječne vrijednosti faktora I i faktora III u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod ispitanika koje tretira ovo istraživanje približno slične na početku i na kraju psihoterapije. Istovremeno, njihova prosječna vrijednost iznosi nešto iznad 5 tj. u rasponu je između 5,21 i 5,49. Prosječna vrijednost faktora II u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) niža je, i prije tretmana iznosi prosječnih 3,06, a po okončanju istog registrira se pad do prosječne vrijednosti 1,73.

Dijagram br. 16 – Prosječne vrijednosti faktora I u opisu značajnih drugih kod agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



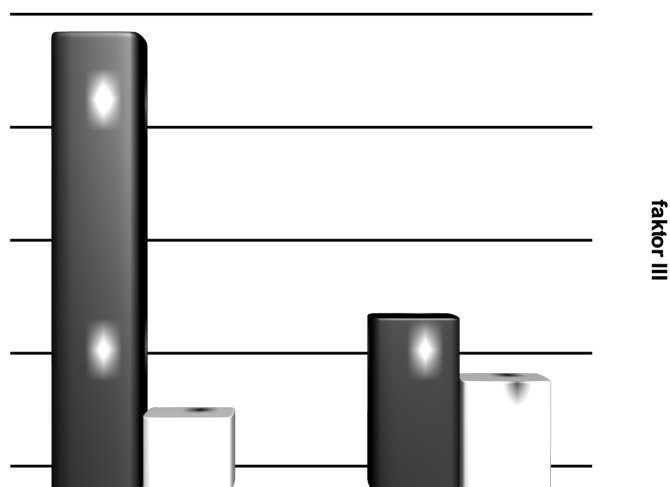
Iz dijagrama vidimo da prosječne vrijednosti faktora I u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod agorafobičnih i paničnih ispitanika po okončanju psihoterapijskog tretmana pokazuju blagi porast. Od prosječne vrijednosti 5,25 na početku tretmana kod agorafobičnih ispitanika po okončanju istog registrirana je prosječna vrijednost 5,31. Kod paničnih početna prosječna vrijednost na ovom faktoru približava se onoj registriranoj kod agorafobičnih ispitanika i iznosi prosječnih 5,32. Ipak, porast u ovom faktoru nakon okončanja psihoterapije nešto je viši kod paničnih ispitanika u odnosu na agorafobične i iznosi prosječnih 5,66.

Dijagram br. 17 – Prosječne vrijednosti faktora II u opisu značajnih drugih kod agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Dijagramom je ilustrirano da su prosječne vrijednosti faktora II u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod agorafobičnih i paničnih ispitanika po okončanju psihoterapijskog tretmana u padu. Od prosječne vrijednosti 3,68 na početku tretmana kod agorafobičnih ispitanika po okončanju istog registrirana je prosječna vrijednost 2,06. Kod paničnih početna prosječna vrijednost na ovom faktoru niža je od one registrirane kod agorafobičnih ispitanika i iznosi prosječnih 2,49. Pad u ovom faktoru nakon okončanja psihoterapije kod paničnih ispitanika po okončanju psihoterapije dosegao je prosječnu vrijednost 1,42.

Dijagram br. 18 – Prosječne vrijednosti faktora III u opisu značajnih drugih kod agorafobičnih i paničnih ispitanika obzirom na početak i kraj psihoterapijskog tretmana



Dijagram iznad ilustrira da prosječne vrijednosti faktora III u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) kod agorafobičnih i paničnih ispitanika po okončanju psihoterapijskog tretmana pokazuju različit trend. Od prosječne vrijednosti 5,91 na početku tretmana kod agorafobičnih ispitanika po okončanju istog registriran je pad u vrijednosti na ovom faktoru te on iznosi prosječnih 5,28. Kod paničnih ispitanika početna prosječna vrijednost na ovom faktoru niža je od vrijednosti registrirane kod agorafobičnih i iznosi prosječnih 5,06. Ipak, po okončanju psihoterapije registriran je blagi porast u ovom faktoru kod paničnih ispitanika te u prosjeku faktor III po okončanju psihoterapije kod ove grupe ispitanika iznosi 5,14.

Tabela br. 54 – Testiranje statističke značajnosti razlike u faktorima I, II i III obzirom na tip poremećaja i početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Faktori I, II, III	Sphericity Assumed	754,928	2	377,464	777,575	,000

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

	Greenhouse-Geisser	754,928	1,806	417,960	777,575	,000
	Huynh-Feldt	754,928	1,886	400,304	777,575	,000
	Lower-bound	754,928	1,000	754,928	777,575	,000
Faktori I, II, III * tip poremećaja	Sphericity Assumed	20,908	2	10,454	21,535	,000
	Greenhouse-Geisser	20,908	1,806	11,575	21,535	,000
	Huynh-Feldt	20,908	1,886	11,086	21,535	,000
	Lower-bound	20,908	1,000	20,908	21,535	,000
Pogreška	Sphericity Assumed	61,165	126	,485		
	Greenhouse-Geisser	61,165	113,792	,538		
	Huynh-Feldt	61,165	118,811	,515		
	Lower-bound	61,165	63,000	,971		
Faktori I, II, III * tretman	Sphericity Assumed	40,710	2	20,355	103,358	,000
	Greenhouse-Geisser	40,710	1,761	23,114	103,358	,000
	Huynh-Feldt	40,710	1,837	22,164	103,358	,000
	Lower-bound	40,710	1,000	40,710	103,358	,000
Faktori I, II, III * tretman * tip poremećaja	Sphericity Assumed	,808	2	,404	2,051	,133
	Greenhouse-Geisser	,808	1,761	,459	2,051	,139
	Huynh-Feldt	,808	1,837	,440	2,051	,137
	Lower-bound	,808	1,000	,808	2,051	,157
Pogreška	Sphericity Assumed	24,814	126	,197		
	Greenhouse-Geisser	24,814	110,960	,224		
	Huynh-Feldt	24,814	115,717	,214		
	Lower-bound	24,814	63,000	,394		

Iz gornje tabele uočava se da postoji statistički značajna razlika u prosječnim vrijednostima faktora I, II i III.

Iz iste tabele vidimo i da postoji statistički značajna razlika u prosječnim vrijednostima faktora I, II i III u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) prije i poslije sprovedenog psihoterapijskog tretmana.

Istovremeno u tabeli se uočava i da ne postoji statistički značajan interakcijski efekat tipa poremećaja na prosječne vrijednosti sva tri faktora u opisu značajnih drugih.

U narednoj tabeli vidimo da postoji statistički značajna razlika u prosječnim vrijednostima faktora I, II i III u opisu značajnih drugih (majka, otac i terapeut) prije i poslije psihoterapijskog tretmana između ispitanika sa različitim tipom poremećaja.

Tabela br. 55 – Testiranje statističke značajnosti razlike u prosječnim vrijednostima faktora I, II i III obzirom na tip poremećaja i početak i kraj psihoterapijskog tretmana

Izvor	Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Tip poremećaja	15,420	1	15,420	36,939	,000
Pogreška	26,299	63	,417		

8.2.3. Statistička analiza usporedbe podataka dobijenih na ORI protokolu od strane terapeuta i od strane neovisnog procjenjivača

Iz dole predočene tabele uočava se da ne postoji statistički značajna razlika u procjenjenim prosječnim D-R i CL vrijednostima, kao ni prosječnim vrijednostima na faktorima I, II i III ORI procedure između ispitivača koji je obavljao psihoterapijski tretman i nezavisnog procjenjivača.

Također ne postoji statistički značajna interakcija između procjenjivača i tipa poremećaja u procjeni D-R i CL vrijednosti, kao i faktora I, II, III na ORI proceduri.

Tabela br. 56 - Testiranje statističke značajnosti razlika u prosječnim vrijednostima na ORI proceduri između različitih procjenjivača i tipa poremećaja

Izvor		Suma kvadrata	df	Prosječna suma kvadrata	F	p
Procjenjivači	Sphericity Assumed	,001	1	,001	,004	,952
	Greenhouse-Geisser	,001	1,000	,001	,004	,952
	Huynh-Feldt	,001	1,000	,001	,004	,952
	Lower-bound	,001	1,000	,001	,004	,952
Procjenjivači * Tip poremećaja	Sphericity Assumed	,000	1	,000	,000	,995
	Greenhouse-Geisser	,000	1,000	,000	,000	,995
	Huynh-Feldt	,000	1,000	,000	,000	,995
	Lower-bound	,000	1,000	,000	,000	,995
Pogreška(Procjenjivači)	Sphericity Assumed	17,727	63	,281		
	Greenhouse-Geisser	17,727	63,000	,281		
	Huynh-Feldt	17,727	63,000	,281		
	Lower-bound	17,727	63,000	,281		

IX DISKUSIJA

Diskusiju podataka koje smo dobili ovim istraživanjem, analogno stratifikaciji statističke analize podataka, predložiti ćemo u dva osnovna segmenta:

- Osvrt na statističku analizu pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka
- Osvrt na statističku analizu podataka dobijenih na ORI protokolu

1. Osvrt na statističku analizu pojedinih socio – demografskih obilježja uzorka

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Statistička analiza socio – demografskih varijabli razmatranih u ovom istraživanju ukazala je na upadljivu različitost dužine trajanja psihoanalitičkog psihoterapijskog tretmana agorafobičnih neurotika u odnosu na panične. Prosječan broj seansi u tretmanu agorafobičnih neurotika (56,65) signifikantno je veći od prosječnog broja seansi paničnih neurotika (22,94). Analogno, i prosječno trajanje psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka kod agorafobije (13,55 mjeseci) duže je nego psihoanalitički psihoterapeutski postupak potreban za sprovođenje psihoterapije pacijenata čija klinička slika podrazuijeva panični poremećaj (5,76 mjeseci).

Ovi rezultati u saglasnosti su s rezultatima koji su prezentirani u više publiciranih istraživanja dužine trajanja psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka kod ove dvije grupe neurotskih poremećaja (npr. Sandić, 1988; Milrod, 2007, Milrod i sar., 2000)

Ovaj rezultat istraživanja ide u prilog postavci da se, iako su u pitanju neurotski poremećaji, radi o različitoj psihopatologiji. Isto je u direktnoj je sprezi s psihoanalitičkim teoretskim postavkama po kojima je dubina regresivnog pomaka u predgenitalni razvojni stadij agorafobičnog neurotika znatno naznačenija no kod pacijenata koji pate od paničnih napada. Uz ovakav regresivnih trend neminovno je asociran i niži maturacijski stupanj objektnih odnosa. Iz ovog razloga terapeutski rad sa agorafobičnim klijentom zahtijeva obimniju intrapsihičku restrukturaciju, za što je potreban veći broj seansi kao i psihoterapijski rad u okviru dužeg vremenskog razdoblja.

U našem istraživanju ustanovili smo da nema statistički značajne razlike u distribuciji spola u odnosu na razmatrani neurotski poremećaj. Ovaj podatak nije u suglasju s epidemiološkim studijama po kojima je učestalost agorafobije i paničnih napada različita kod osoba mušog i ženskog spola. Vjerovatno je da bi se dobili drugačiji podaci po ovom pitanju da je istraživanje obavljeno na obimnijem uzorku.

Iako je podjednaka starosna distribucija uzorka u odnosu na tip poremećaja, rezultati istraživanja pokazali su da više od polovine uzorka agorafobičnih pacijenata (54,8%) živi u primarnoj porodici, za razliku od paničnih kod kojih je ovaj procenat znatno niži (14,7%). Niti jedan agorafobični pacijent ne živi sam, dok 14,7% paničnih pacijenata žive sami.

Moguće je interpretirati ove rezultate u skladu s osnovnim obilježjem kliničke slike agorafobičnog sindroma u okviru kojeg se psihopatološka simptomatologija direktno asocira uz svakodnevno samostalno funkcioniranje pacijenta, kontinuirano značajno limitirajući njegovo samostalno fizičko kretanje i autonomiju. Usljed vrlo česte, gotovo redovite potrebe za pratiocem kada napušta utočište svog doma agorafobični neurotik snažno teži simbiotskom odnosu i u adultnom dobu što mu značajno otežava, gotovo i onemogućava zdravu separaciju od roditeljskih figura.

Psihodinamska interpretacija ovakvih rezultata ukazuje na nerazriješeni razvojni stadij separacije – individuacije, te na posljedični zaostatak snažnih simbiotskih težnji kod agorafobičnih neurotika. Autonomija je na nesvjesnom planu asocirana sa rupturom simbiotske orbite, prijetnjom uništenja i selfa i objekta. Usljed ovakvih nesvjesnih fantazija i strahova od anihilacije agorafobični neurotik će se znatno rjeđe no panično odlučiti na život van primarne porodice, ili bračne zajednice.

Istraživanjem se ustanovilo da stepen obrazovanja nije specifično asociran uz psihopatologiju agorafobije, odnosno paničnog poremećaja. Dobijeni rezultat podudara se s rezultatima istraživanja koje je publicirala Sandić (1988). Isto tako istraživanjem smo dobili rezultat koji implicira da se i stupanjškolske spremne, kao i radni status mogu smatrati tek sporednim socio – demografskim faktorom koji nije specifično asociran uz psihopatologiju agorafobije, odnosno paničnog poremećaja.

Vrlo visok procenat ispitanika iz obje grupe psihičkih poremećaja - 87,1% agorafobičnih, a 94,1% paničnih - odgovorio je negativno na upit o prisustvu psihičkih poremećaja u njihovim primarnim porodicama. Ovakav rezultat ne ide u prilog biološkoj genetskoj orijentaciji u savremenoj psihijatriji po kojoj je sklonost ka povišenoj anksioznosti bilo u kondenziranoj erupciji tjeskobe u vidu paničnih napada, ili vezanom obliku kakav obilježava agorafobiju nastoji verificirati u domenu genetskih predispozicija. Istovremeno, ovaj podatak nas usmjerava da etiološki fokus pomijeramo ka istraživanju drugih socio – demografskih obilježja, te psiholoških dimenzija i interakcija u individualnoj životnoj istoriji i agorafobičnih i paničnih ispitanika. Ipak, obzirom na mali broj

ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem ovaj podatak kao i njegovu gore predočenu interpretaciju moramo uzeti sa stanovitom rezervom.

Slično visokom procentu negativnih odgovora na pitanje koje se odnosilo na prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj porodici ispitanika iz uzorka, i na pitanje o prisustvu psihičkih poremećaja u sekundarnim porodicama pacijenata dobili smo prevashodno negativan odgovor. Agorafobični ispitanici su u cjelosti negirali eventualno ispoljavanje psihopatološke simptomatologije u sekundarnoj porodici, dok su panični potvrdili istu u tek 5,9% slučajeva. Ovaj podatak nas usmjerava u pravcu iznalaženja drugačijih etioloških činioca u genezi agorafobije i paničnih napada no što je manifestni psihički poremećaj člana sekundarne porodice, i uz njega asocirane specifičnosti humane interakcije. Ipak, slično prethodnom interpretiranom podatku koje smo dobili ovim istraživanjem, i ovaj se mora razmatrati s kritičkom distancom također obzirom na mali broj uzorka tretiranog našim istraživanjem.

Agorafobični klijenti su u 93,5% slučajeva odgovorili negativno na upit o postojanju ozbiljnijih somatskih oboljenja ili težih operativnih zahvata u primarnoj porodici. Kod paničnih neurotika dobio se sličan odgovor, tj. njih 94,1% dali su negativan odgovor na ovo pitanje. Ovakav rezultat nas usmjerava da sem razmatranja somatskih poremećaja, odnosno operativnih zahvata u primarnoj porodici kao jedan od mogućih centralnih etioloških činioca pri genezi neurotskih poremećaja agorafobičnog ili paničnog tipa ispitivanje kauzaliteta usmjerimo ka potencijalnim drugim etiološkim faktorima.

Svi pacijenti iz uzorka iznijeli su podatak da u njihovoj sekundarnoj porodici nema nikoga sa težom fizičkom bolesti i/ili operativnim zahvatom te i ovaj rezultat istraživanja usmjerava na razmatranje drugačijih etioloških činioca, sem somatskih poremećaja, odnosno operativnih zahvata u sekundarnoj porodici, kao jedan od mogućih kauzalnih uzročnika u genezi neurotskih poremećaja agorafobičnog ili paničnog tipa. Ipak, ovaj i prethodni rezultat našeg istraživanja moramo razmatrati i s nužnom rezervom, posebno na mali uzorak na kom se obavilo istraživanje, te mogućnost davanja socijalno poželjnih odgovora od strane ispitanika.

9.2. Osvrt na statističku analizu podataka dobijenih na ORI protokolu

Analogno stratificiranju statističke analize podataka dobijenih na ORI protokolu, i diskusiju, odnosno interpretaciju dobijenih podataka na Inventaru objektnih odnosa radi preglednosti ćemo podijeliti u dva osnovna segmenta:

- osvrt na analizu strukturnih varijabli ORI protokola
- osvrt na analizu tematskih dimenzija u opisima značajnih drugih ORI protokola
- osvrt na analizu usporedbe podataka dobijenih na ORI protokolu od strane terapeuta i od strane neovisnog procjenivača

1. Osvrt na analizu strukturnih varijabli ORI protokola

Ovaj segment diskusije predočit će se u zasebnim jedinicama obzirom na strukturne varijable ORI protokola koje smo analizirali u našem istraživanju:

I. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene na Skali za procjenu stepena diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (D-R)

II. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene na Skali za procjenu konceptualnog nivoa u opisu selfa i značajnih drugih (CL)

III. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene analizom broja nedistinktivnih procjena u Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

IV. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene analizom dužine opisa selfa i značajnih drugih na Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

I. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene na Skali za procjenu stepena diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim (D-R)

U pogledu razmatranja specifičnosti objektnih odnosa D-R skala procjenjuje stupanj maturacione progresije ka empatijski prožetim uzajamnim odnosima u kompleksnim međuljudskim relacijama. Na nižim nivoima specifičnosti nedostatne diferencijacije na relaciji self - objekat u

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

reprezentacijama se registriju snažna simbiotska obilježja, odnosno nedostatnost realiziranja separacije – individuacije. Na maturaciono visokim, zrelim nivoima bit objektnog odnosa iskazana je primarno u uzajamnim interakcijama, prožetim empatijom pri istovremenom razumijevanju i uvažavanju perspektive drugog. Ovo je, skladno teoriji objektnih odnosa, značajno obilježje postignuća emocionalne konstantnosti objekta.

U našem istraživanju prosječan nivo diferencijacije selfa i objekta agorafobičnih neurotika u opisu selfa i značajnih drugih (majka, otac i terapeut) na početku psihoterapije (4,89) upućuje na predominaciju poludiferencijacije, uz izvjesne primjese idealizacije selfa, odnosno objekta. Nju obilježava nejednaka konsolidacija reprezentacija u čijoj podlozi iznalazimo splitting i/ili naglašavanje pojedinih konkretnih dijelova osobnosti. U ovako strukturisanoj ličnosti naznačena je oscilacija između dramatično oponentnih kvaliteta. Također, obilježava je i naglasak na manifestnim vanjskim odlikama.

Prosječan D-R nivo agorafobičnih neurotika u opisu selfa i pomenutih značajnih drugih na početku psihoterapije koji smo ustanovili ovim istraživanjem korespondira prosječnom D-R nivou težih poremećaja ličnosti (prosječnih 5,04) koje su ustanovili Blatt i Auerbach (2001). Ovo implicira duboku psihopatologiju koja obilježava agorafobiju, iako je ista kategorizirana kao poremećaj neurotskog tipa.

Promjena u diferencijaciji selfa i objekta nakon sprovedene psihoanalitičke psihoterapije agorafobičnih neurotika rezultirala je prosječnim dosežanjem evidentno konsolidiranih i odvojenih reprezentacija. Za razliku od poludiferencijacije koja je obilježavala početak psihoterapijskog tretmana, po njegovom okončanju dosegnut je znatno viši maturacioni stupanj obilježen konstantnošću reprezentacija selfa i objekta. Tako prosječna dosegnuta vrijednost na D-R skali u opisu selfa i značajnih drugih (majka, otac i terapeut) po okončanju tretmana iznosi 7,45 što ukazuje na konsolidiranu i stabilnu reprezentaciju selfa i reprezentaciju objekta uz istovremeno dosezanje empatijske povezanosti s drugim. Drugim riječima, postignuta je emocionalna konstantnost objekta. Ovaj rezultat istraživanja u suglasju je s rezultatima koje publiciraju Endicott i sar., (1976; prema Blatt i sar., 2008) po kojima promjene D-R-a u opisima selfa i značajnih figura pozitivno koreliraju s promjenama nivoa psihosocijalnog funkcionisanja.

Sarajevo, 2013

Istovremeno, prosječan D-R nivo ovih ispitanika dosegnut na kraju psihoterapije evidentno je viši no u rezultatima ispitivanja težih poremećaja ličnosti koje smo uporedili s našim podacima u pogledu prosečnog D-R nivoa na početku sprovođenja tretmana (Blatt SJ i sar., 2001). Kod težih poremećaja ličnosti u pomenutom istraživanju registrirana je prosječna vrijednost 6,42 što, za razliku od nivoa koji su dosegli agorafobični neurotici u našem istraživanju, ukazuje na tek približavanje maturacionog stupnja koje odlikuje konstantnost objekta. Ovaj podatak implicira da, iako agorafobične neurotike prije no što započnu s psihoanalitičkim psihoterapeutskim tretmanom obilježava nedostatna diferencijacija na nivou self-objekat koja većma korespondira težim poremećajima ličnosti, njihovo psihičko ustrojstvo podrazumijeva i izvjestan viši stupanj potencijala za obuhvatnju restrukturaciju tokom psihoterapijskog procesa.

Prosječan stepen diferencijacije selfa i objekta agorafobičnih neurotika na početku tretmana gotovo je jednak u odnosu na reprezentacije majke i oca (4,77 i 4,61) što ukazuje na blaži regresivni trend od poludiferencijacije (nivo 5) ka idealizaciji selfa odnosno objekta (nivo 4). Prosječna D-R vrijednost u opisu selfa agorafobičnih neurotika pokazuje vrijednost koja se nalazi između prosječne D-R vrijednosti u opisu majke, odnosno oca. Ovaj podatak također nas usmjerava da registriramo blaži regresivni trend agorafobičnog neurotika od poludiferencijacije ka sklonosti idealiziranja selfa. Istovremeno, viši prosječan D-R u odnosu na terapeuta (5,42) ukazuje na manevar da se iz poludiferencijacije dosegne pojavljivanje ambivalentne konstantnosti selfa uz istovremeno izranjanje osjećaja odosa s odvojenim drugim. Obzirom da se sa svim agorafobičnim pacijentima obuhvaćenim ovim istraživanjem uspješno obavila psihoanalitička psihoterapija prosječan viši D-R nivo u opisu terapeuta u odnosu na roditeljske figure na početku psihoterapije upućuje na to da su pacijenti na početku tretmana posjedovali zadovoljavajući intrapsihički kapacitet da investiraju terapeuta kao transformacioni objekat. Ovaj podatak stoji u prilog rezultatima istraživanja SJ Blatt-a i JS Auerbach-a (2001) po kojima viši nivoi D-R-a terapeuta, u odnosu na roditeljske figure, na početku tretmana sugeriraju potencijal pacijenta za značajnu terapeutsku dobit.

Signifikantan porast prosječne vrijednosti D-R-a agorafobičnih neurotika po okončanju psihoterapije kako u opisu selfa tako i svih značajnih drugih (majka, otac, terapeut) u odnosu na D-R paničnih neurotika u odnosu na self i iste objekte jedan je od značajnih elemenata jasno ukazuje

na obimniju intrapsihičku restrukturaciju agorafobičnih neurotika tokom psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka.

Nivo diferencijacije selfa i objekta kod paničnih neurotika na početku psihoterapije (prosječnih 6,51) upućuje na oscilaciju između ambivalentne konstantnosti selfa i izranjanja osjećaja odnosa s drugima s jedne, i konsolidiranu konstantnost objekta u kojoj je reprezentacija selfa i odvojenog drugog stabilna s druge strane. Ovo znači da su misli, osjećaji, potrebe i fantazije prilično diferencirani i modulirani, no integracija je još uvijek ambivalentna i nesigurna. Stoga je njihova intrapsihička konstelacija na domak dosezanja emocionalne konstantnosti objekta.

Promjena u diferencijaciji selfa i objekta nakon sprovedene psihoanalitičke psihoterapije paničnih neurotika rezultirala je prosječnim dosezanjem evidentno višeg maturacionog stupnja (prosječnih 8,20) obilježenog stabilnom konstantnošću reprezentacija selfa i objekta pri čemu je self kohezivan, individualiziran i empatijski povezan s drugima. Vrijednost prosječnog postignutog nivoa iznad 8 upućuje i na evidentno prisutne manevre dosezanja recipročne povezanosti i produbljujućih odnosa selfa i objekta. Ovo implicira definitivno uspostavljenu konstantnost objekta tj. dosezanje zrelih objektnih odnosa. I ovaj rezultat našeg istraživanja u suglasju je s rezultatima koje publiciraju Endicott i sar., (1976; prema Blatt i sar., 2008) po kojima promjene D-R-a u opisima selfa i značajnih figura pozitivno koreliraju s promjenama nivoa psihosocijalnog funkcionisanja.

Prosječan stepen diferencijacije selfa i objekta paničnih neurotika na početku tretmana sličan je u odnosu na reprezentacije majke i oca (6,24 i 6,09) što ukazuje na evidentnu ambivalentnu konstantnost selfa i prisutno izranjanje osjećaja odnosa s drugima uz pomake ka pojavi konsolidirane reprezentacije selfa i objekta u jednosmjernim odnosima. Istovremeno, i u ovoj grupi ispitanika registriran je prosječan viši D-R u odnosu na terapeuta (6,50). Kako su ovim istraživanjem obuhvaćeni panični neurotici s kojima je uspješno sproveden psihoanalitički psihoterapeutski postupak prosječan viši D-R nivo u opisu terapeuta u odnosu na roditeljske figure na početku psihoterapije upućuje na to da su i ovi pacijenti na početku tretmana posjedovali zadovoljavajući intrapsihički kapacitet da investiraju terapeuta kao transformacioni objekat. Kod

paničnih neurotika obuhvaćenih ovim istraživanjem D-R nivo u opisu selfa na početku tretmana iznosi prosječnih 6,59 što ukazuje na inicijalno dosegnut maturacioni stupanj u kojem se intrapsihička reprezentacija selfa nastoji konsolidirati u stabilnu, konsolidiranu intrapsihičku strukturu uz povremene oscilacije ka ambivalentnoj konstantnosti.

Rezultat kojim se ustanovila prosječna statistički značajna veća vrijednost D-R-a kod paničnih neurotika obzirom na self i sve razmatrane objekte (majka, otac, terapeut) u odnosu na agorafobične neurotike jedan je od značajnih strukturnih elemenata koji ukazuju na viši maturacioni stupanj paničnih neurotika u domenu diferencijacije selfa i značajnog drugog što upućuje na intrapsihičku konstelaciju zrelih objektnih odnosa kod ove grupe ispitanika.

II. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene na Skali za procjenu konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog (CL)

U pogledu razmatranja specifičnosti objektnog odnošenja CL skala procjenjuje stupanj kognitivne organizacije reprezentacije datog objekta. Na nižim konceptualnim nivoima objekat je prevashodno opisan prevashodno u odnosu na gratifikaciju, odnosno frustraciju potreba subjekta, uz korištenje bukvalne terminologije koja često podrazumijeva tek fizičke atribucije. S druge strane, visoke konceptualne nivoe odlikuje artikulirana, multislojevitá percepcija objekta obuhvaćana uzajamnim interakcijama, prožetim empatijom pri istovremenom razumijevanju i uvažavanju perspektive drugog.

Prosječan konceptualni nivo opisa selfa i značajnih drugih (majka, otac, terapeut) kod agorafobičnih neurotika na početku tretmana (prosječnih 4,96) upućuje na predominaciju vanjskog ikoničkog tipa gdje je opis objekta relativno jednousmjeren, primarno obuhvatajući aktivnosti i funkcije date osobe.

Promjena u konceptualnom nivou opisa nakon sprovedene psihoanalitičke psihoterapije agorafobičnih pacijenata rezultirala je prosječnim doseganjem evidentno višeg konceptualnog

Sarajevo, 2013

nivoa ukazujući na predominaciju unutarnjeg ikoničkog tipa (vrijednost 7,00) s manjim primjesama unutarnjeg ikoničkog tipa. Za razliku od vanjskog ikoničkog konceptualnog nivoa unutaranji ikonički nivo pokazuje viši stupanj strukturiranosti, odnosno zrelosti. Objekat je opisan u odnosu na to šta on misli, osjeća i vrednuje tj. baziran je na percepciji multislojevitih unutarnjih psiholoških dimenzija datog objekta. Ovaj rezultat istraživanja u saglasju je s rezultatima istraživanja RF Bornsteina i RM O'Neila (1992, prema Blatt SJ i Auerbacj JS 2003) prema kojima konceptualna kompleksnost negativno korelira s nivoom psihopatologije.

Prosječan konceptualni nivo agorafobičnih pacijenata na početku tretmana podjednak je u odnosu kako na reprezentacije selfa (4,97), majke i oca (5,00 i 4,74), i terapeuta (5,13). Signifikantan porast prosječne vrijednosti CL-a kod ove grupe ispitanika po okončanju psihoterapije u opisu selfa, majke, oca i terapeuta ukazuje na sigifikantnu intrapsihičku restrukturaciju u ovim bazičnim objektnim relacijama. Porast prosječnih CL vrijednosti u svim opisima je jedan od značajnih parametara koji ukazuju na postizanje zrelijeg stupnja objektnih odnosa kao rezultat sprovođenja psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka.

Prosječan konceptualni nivo kod paničnih pacijenata na početku tretmana (prosječnih 6,32) upućuje da se konceptualni nivo ovih pacijenata na početku psihoterapije kreće u ontogenetski zrelijem prelaznom ikoničkom području, sa snažnijim primjesama unutarnjeg ikoničkog tipa u odnosu na vanjski koji inicijalno obilježava agorafobične pacijente. Ovo znači da se objekti doživljavaju u smislu onoga šta oni misle, osjećaju i vrednuju prije nego onoga šta čine. Ovaj nivo je posljednji korak ka osvarenju konceptualnog, ontološki najzrelijeg nivoa.

Promjena u nivou konceptualnog opisa značajnih drugih kod paničnih ispitanika nakon sprovedene psihoterapije rezultirala je prosječnim dosezanjem evidentno višeg maturacionog stupnja (prosječnih 8,15) koji podrazumijeva ostvarivanje najvišeg, konceptualnog nivoa. Isti obilježava doživljaj selfa i drugog u okvirima širokog dijapazona, vanjske atribucije i aktivnosti integrirani su odnosu na unutarnje dimenzije, kontradikcije su razriješene, a sinteza koherentna. I ovaj rezultat našeg istraživanja stoji u prilog rezultatima istraživanja RF Bornsteina i RM O'Neila (1992, prema Blatt SJ

i Auerbach JS 2003) prema kojima konceptualna kompleksnost u opisu selfa, odnosno objekta, negativno korelira s nivoom psihopatologije.

Prosječan stepen konceptualnog nivoa objekata paničnih ispitanika na početku tretmana sličan je u odnosu na reprezentacije selfa (6,18) i majke, odnosno oca (6,35 i 6,12). Prosječna vrijednost konceptualnog nivoa ovih ispitanika u opisu terapeuta unekoliko je veća (6,65) i već na početku psihoterapijskog tretmana pokazuje pomak ka narednom višem nivou. Ovo, s jedne strane, ukazuje na ujednačen konceptualni nivo objektnih relacija paničnog klijenta tj. relativno dobro konsolidiranu, ujednačenu intrapsihičku konstelaciju primarnih objektnih odnosa ovih pacijenata prilikom ulaska u psihoterapijski tretman. Viši konceptualni nivo terapeuta ukazuje na posjedovanje intrapsihičkog kapaciteta paničnih pacijenata da terapeuta kao značajnog drugog van miljea primarnih objektnih odnosa investira širom konceptualnom lepezom što je svakako jedan od značajnih preduslova za ostvarenje intrapsihičkih pomaka kojima se teži tokom psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka.

Rezultat kojim se ustanovila prosječna statistički značajna veća vrijednost CL-a kod paničnih ispitanika obzirom na self i sve razmatrane objekte (majka, otac, terapeut) u odnosu na agorafobične ispitanike jedan je od značajnih strukturnih elemenata koji ukazuju na viši maturacioni stupanj objektnih relacija paničnih ispitanika u pogledu strukture njihovih objektnih relacija.

Statistički značajna razlika u porastu konceptualnog nivoa nakon sprovedene psihoterapije između agorafobičnih i paničnih pacijenata registrirana je jedino u slučaju agorafobičnih ispitanika i to u objektnom odnosu s terapeutom. Porast konceptualnog nivoa kod obje grupe ispitanika u odnosu na primarne objektno odnose, majku i oca, podjednak je. Psihodiamska interpretacija ovog rezultata ide u prilog obuhvatnijoj i složenijoj diferencijaciji kroz koju mora proći agorafobični subjekt tokom psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka na putu ka ostvarenju ontološki zrelijih stupnjeva razvoja. Odavno u psihoanalitičkoj literaturi stoje preporuke da je u terapeutskom odnosu u radu s agorafobičnim pacijentom potrebno u većoj mjeri implementirati i neinterpretativne terapeutske manevre (npr. Arieti 1979; Compton 1992) nego što je to slučaj u radu s paničnim neuroticima. Ovi drugi, usljed inicijalno zrelijeg psihičkog aparata, što se očituje i u maturaciono višem stupnju objektnih odnosa prilikom iniciranja psihoterapeutskog procesa, imaju manju potrebu za ovakvim

Sarajevo, 2013

vidom intervencija te se interpretacija slobodnije može koristiti od samog početka rada. U tretmanu agorafobije moramo imati u vidu i veću potrebu za holdingom (Winnocitt, 1945; Ogden, 2005), kao i konteiniranjem (Bion, 1962). Također je važno da napomenemo i da je veći pomak u smislu obuhvatnijeg, zrelijeg doživljavanja terapeuta kod agorafobičog pacijenta u odnosu na panične još jedan element koji ukazuje na dubinu i obim intrapsihičke restruktuiranja koja se postiže psihoanalitičkom psihoterapijom ovog oblika neuroze.

III. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene analizom broja nedistinktivnih procjena u Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

Broj kvalitativnih atributa na Skali tematskih dimenzija značajnih drugih indicira nivo do kojeg je reprezentacija datog objekta artikulirana. Analogno, viši procenat nedistinktivnih procjena ukazuje na manje artikuliranu objektnu reprezentaciju.

Statistički značajna razlika u broju nedistinktivnih procjena između agorafobičnih i paničnih ispitanika ukazuje na postojanje značajne razlike u stupnju artikulacije njihovih reprezentacija objekata. Veći broj ovakvih procjena zastupljen je kod agorafobičnih pacijenata na početku tretmana. Stoga ovaj podatak stoji u prilog manjku integriranosti intrapsihičkih reprezentacija psihopatološkog ustrojstva agorafobičnog klijenta, u odnosu na istovremeno razmatrane panične pacijente. Poslije sprovođenja psihoanalitičke psihoterapije značajno je opao broj nedistinktivnih procjena u obje grupe ispitanika. Ipak, viša zastupljenost nedistinktivnih procjena zadržala kod agorafobičnih ispitanika. Ovaj podatak ukazuje na to da se psihoanalitičkom psihoterapijom postiže značajno bolja integriranost intrapsihičkih reprezentacija objekata, s tim da se ova konsolidacija u dubljoj patologiji kakva obilježava agorafobiju u odnosu na panični poremećaj u našem istraživanju

ipak odvila u nešto manjem obimu u odnosu na blažu psihopatologiju koja je obilježena paničnim napadima.

IV. Osvrt na rezultate istraživanja dobijene analizom dužine opisa u Skali tematskih dimenzija opisa značajnih drugih

Dužina opisa objekta korelira sa stupnjem integriranosti objektnih reprezentacija. Prilikom prvog mjerenja na ORI proceduri, prije no što se započelo sprovoditi psihoanalitički psihoterapeutski tretman, signifikantno manja prosječna dužina opisa svih objekata registrirana je kod agorafobičnih ispitanika. Ovaj podatak ide u prilog kao još jedan pokazatelj manjka integriranosti reprezentacija objekata agorafobičnih pacijenata u odnosu na panične, prije no što se sproveo psihoterapijski tretman.

Po obavljenom psihoanalitičkom psihoterapijskom tretmanu dužina opisa objekata povećala se i kod agorafobičnih i kod paničnih ispitanika dosegovši približno istu vrijednost. Ovaj rezultat našeg istraživanja još jedan je od podataka koji ide u prilog inicijalnoj različitosti strukture intrapsihičkih objektnih relacija agorafobičnih i paničnih pacijenata. Istovremeno, za razliku od nejednako dosegnute prosječne vrijednosti u padu nedistinktivnih procjena po obavljenom psihoterapijskom tretmanu, u prosjeku ujednačeni rezultati koje su ispitanici dosegli po okončanju tretmana u pogledu

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

prosječne dužine opisa značajnih drugih indicira i mogućnost dosezanja pojednake integriranosti objektnih reprezentacija kod oba tipa neurotiskih poremećaja.

9.2.2. Osvrt na analizu rezultata na Skali tematskih dimenzija u opisima značajnih drugih ORI protokola

Procedura evaluiranja spontanih opisa značajnih drugih otvara mogućnosti procjene značajnih afektivnih kvaliteta subjektivih reprezentacija objektnih odnosa. Faktor I stoji za dobronamjernost, u koju su sažete osobine poput: srdačnosti, dobronamjernosti, topline, konstruktivnog uplitanja itd (Prilog 4). Faktor II (sklonost kažnjavanju) sažima osobine osuđivanja, sklonosti kažnjavanju i ambivalenciju u opisu. On se odnosi na negativnu temu discipliniranja, za razliku od pozitivne stimulacije koju podrazumijeva faktor III (ambicioznost) koji sažima ambicioznost i intelektualnost.

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da se u opisu sva tri značajna objekta (majka, otac i terapeut) kod obje grupe ispitanika registriraju statistički najviše vrijednosti na faktoru I (dobronamjernost) i faktoru III (ambicioznost), dok su statistički najniže vrijednosti zabilježene na

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

faktoru II (sklonost kažnjavanju). Ovo upućuje na to da su razmatrani aktualni objektni odnosi kod obje grupe ispitanika prevashodno obilježeni pozitivnom stimulacijom. Istovremeno sklonost kažnjavanju registrirana u intrapsihičkoj reprezentaciji datih objekata faktor je s prosječnom najnižom vrijednošću ukazujući na najnižu vrijednost negativne teme discipliniranja u reprezentaciji objekata.

Istovremeno, u israživanju se pokazala statistički značajna razlika u vrijednostima sva tri faktora kod agorafobičnih ispitanika više u odnosu na prosječne vrijednosti istih kod paničnih ispitanika. Ovaj rezultat istraživanja možemo potkrijepiti psihodinamskim formulacijama o različitosti psihičkog ustrojstva agorafobičnog subjekta, u odnosu na onog koji pati od paničnih napada.

Kod obje grupe ispitanika na početku psihoterapije registrirali smo prosječno slične vrijednosti na faktoru dobronamjernosti (5,25 kod agorafobičnih, 5,32 kod paničnih). Ova prosječna vrijednost odgovara globalno pozitivnoj percepciji značajnih drugih u smislu registriranja dovoljne količine dobronamjernosti u ovom odnosu. Po okončanju psihoterapije obje grupe ispitanika pokazale su pozitivan pomak u prosječnoj vrijednosti u ovom faktoru. Ipak, veći pomak u smislu pozitivnog objektnog odnošenja po ovom domenu registriran je kod paničnih pacijenata (dosegnutih prosječnih 5,66) no agorafobičnih (dosegnutih prosječnih 5,31).

Diskutirano u psihodinamskim parametrima, ovo upućuje na mogućnost zaostajanja vlastitog osjećanja ugroženosti kod agorafobičnog subjekta obzirom na inicijalno veći kvantum neneutraliziranih agresivnih pulzija koje obilježavaju ovakvo intrapsihičko ustrojstvo, u odnosu na panične. Pretpostavlja se da je ovo jedan od krucijalnih razloga iz kojeg u našem istraživanju nismo dobili podatak koji bi ukazivao na ravnomjeran pozitivni pomak u faktoru dobronamjernosti u tematskim dimenzijama opisa značajnih drugih kod obje grupe ispitanika.

U pogledu faktora III (ambiciznost) po okončanju psihoterapijskog tretmana registrirali smo statistički evidentan pad kod agorafobičnih ispitanika. Kod paničnih smo ustanovili blagi porast u njegovoj prosječnoj vrijednosti za koji se ispostavilo da nema statističku značajnost. Ovakav rezultat kod agorafobičnih pacijenata može se psihodinamski protumačiti kao jedan od pokazatelja koji, po okončanju psihoterapije, ukazuje na dosezanje ontogenetski višeg stupnja diferencijacije

selfa i objekta. Po okončanju tretmana agorafobični klijent, obzirom na isčezavanje psihopatološke simptomatologije, neminovno osjeća povišen stupanj vlastite autonomije, samostalnosti, čime ambicioznost značajnog drugog doživljava manje intenzivnim, usudili bismo se čak reći i manje intruzivnim aktom naspram vlastitog selfa.

Statistička analiza vrijednosti na faktoru II (kažnjavanje) pokazala je najupečatljivije razike između agorafobičnih i paničnih ispitanika. Agorafobični ispitanici su pokazali statistički značajno povišenu percepciju začajnih drugih kao sklonih kažnjavanju (prosječna vrijednost 3,68) u odnosu na panične (2,49) prije no što je sproveden psihoterapijski tretman. Nakon tretmana ovaj negativni disciplinirajući element kod obje grupe ispitanika pokazao je statistički značajno opadanje, kod agorafobičnih na prosječnih 2,06, a paničnih 1,62.

Ovaj rezultat našeg istraživanja ide u prilog internalizaciji hostilnih objektnih odnosa kao jednom od značajnih činioca u etiopatogenezi neurotskih poremećaja. Prosječne više vrijednosti u slučaju agorafobije, u odnosu na panični poremećaj, i na početku i po okončanju tretmana upućuju na mogućnost trajnijeg perzistiranja ovakvih hostilnih introjekata u intrapsihičkoj strukturi dublje patologije.

3. *Osvrt na statističku analizu usporedbe podataka dobijenih na ORI protokolu od strane terapeuta i od strane nezavisnog procjenjivača*

U našem istraživanju dobili smo rezultate kojima se ustanovilo da u pogledu prosječnog D-R i CL nivoa, kao i faktora I, II i III ORI procedure nema statistički značajne razlike između terapeuta koji je sprovodio psihoterapiju ispitanika i nezavisnog procjenjivača. Iz ovog razloga statističku analizu podataka obavili smo uzevši u obzir vrijednosti koje je procijenio terapeut.

Vrlo izvjestan razlog za nepostojanje statističke značajnosti razlike podataka dobijenih na ORI proceduri između terapeuta i nezavisnog procjenjivača je ta da je terapeut educiran u sprovođenju psihoanalitičke psihoterapije upravo od nezavisnog ispitivača. Istovremeno, utvrđivanje

Sarajevo, 2013

nepostojanja statističke značajnosti u procjenama različitih ispitivača bitan je element koji upućuje na validnost samog Inventara objektnih odnosa u procjenjivanju intrapsihičkih reprezentacija selfa i značajnih drugih.

9.3. Neka od ograničenja i vrijednosti istraživanja

U ograničenja koja obilježavaju naše istraživanje svakako spadaju obilježja uzorka:

- Mali uzorak istraživanja svakako je bitan razlog iz kojeg smo pojedine rezultate vezano za analizu socio-demografskih osobina kijenata morali tumačiti s izvjesnom rezervom.
- Uzorak prigodnog tipa: naše istraživanje je obuvatilo samo ispitanike kod kojih je psihoanalitičkom psihoterapijom uspostavljen potpun oporavak. Iz ovog razloga nemamo

podatke koji bi ukazali na socio-demografska obilježja ili osobitosti objektnih odnosa pacijenata kod kojih u potpunosti nije sproveden psihoterapijski postupak.

Vrijednosti, odnosno doprinosi istraživanja mogu biti sažeti kako slijedi:

- Psihodinamski mjerni instrument, ORI procedura, do datuma obavljanja ovog istraživanja nije korišten u Bosni i Hercegovini. Njegovo uvođenje u naučno-istraživačke i stručne krugove u našoj zemlji značajno je i za mogućnosti kvantifikacije tokom sprovođenja psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka.
- Ovo istraživanje je prvo u Bosni i Hercegovini kojim se pristupilo ispitivanju objektnih odnosa kao psihodinamske varijable. Istovremeno, poređenje paničnog poremećaja i agorafobije na način na koji se to obavilo u ovom istraživanju do sad nije obavljeno kod nas.
- Naše istraživanje ukazuje da se pojedini esencijalni psihoanalitički koncepti, poput objektnih odnosa, mogu mjeriti čime se brani teza da to nisu tek teoretske postavke koje se ne mogu provjeriti.

X ZAKLJUČAK

Istraživanje smo sproveli u cilju analiziranja stupnja maturiteta objektnih relacija dva tipa neurotskih poremećaja: agorafobije i paničnog poremećaja. Istovremeno, nastojali smo procijeniti stupanj zrelosti objektnih relacija kod ova dva tipa neurotskih poremećaja na početku i po okončanju sprovođenja psihoanalitičke psihoterapije. Cilj nam je istovremeno bio i utvrditi utvrdi

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

dužinu trajanja psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka kod agorafobičnih, odnosno paničnih neurotika.

Istraživanje je ukazalo da se objektni odnosi agorafobičnih i paničnih ispitanika razlikuju u strukturnom pogledu obzirom na različit stupanj zrelosti dosegnut u smislu diferencijacije selfa i objekta, kao i kognitivnog nivoa reprezentacije selfa i datog objekta. Također smo ustanovili da je stupanj artikuliranosti objektnih relacija kod ove dvije grupe neurotskih poremećaja različit. Ove razlike potkrepljuju stanovište teorije objektnih odnosa da “nedostatnosti u razvoju reprezentacija objekata mogu da se dogode na različitim nivoima, i da nivoi ovih nedostatnosti mogu imati značajne posljedice na strukturu i organizirajuće principe različite psihopatologije (Blatt SJ i sar., 1983)

Ispitivanje afektivnih komponenti objektnih odnosa ukazalo je na to da su agorafobični pacijenti skloni svoj objekat doživljavati na drugačiji način no što to čine panični u pogledu njegove ambicioznosti, dobronamjernosti, no posebno u pogledu naznačene sklonosti ka doživljavanju objekta kao sklonog kažnjavanju.

Rezultati istraživanja i diskusija u odnosu na iste rezultirali su potvrđivanjem svih radnih hipoteza kako slijedi:

- Agorafobični klijenti ispoljavaju niži stupanj zrelosti objektnih relacija u odnosu na panične. Ovo se iskazalo prosječno nižim nivoom diferencijacije selfa i objekta (D-R) kao i konceptualnog nivoa reprezentacije objekta (CL) kod agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične. Dodatni parametri koji su potvrdili ovu hipotezu su veći broj nedistinktivnih procjena značajnih drugih, te manja dužina opisa značajnih drugih kod agorafobičnih klijenata.
- Agorafobični klijenti pokazuju veću razliku u promjeni stupnja zrelosti objektnih relacija na početku i na kraju psihoanalitičke psihoterapije u odnosu na panične. Ovo se iskazalo prosječnim većim porastom nivoa diferencijacije selfa i objekta (D-R), kao i većim prosječnim porastom konceptualnog nivoa reprezentacije objekta (CL) agorafobičnih ispitanika u odnosu na panične po okončanju psihoterapijskog procesa. Istovremeno, veći

pad prosječne vrijednosti nedistinktivnih procjena kod agorafobičnih klijenata u odnosu na panične još jedan je parametar koji ukazuje na vjerodostojnost ove hipoteze.

- Ustanovili smo postojanje signifikantne razlike u dužini sprovođenja psihoanalitičkog psihoterapeutskog postupka agorafobičnih i paničnih ispitanika čime smo potvrdili i treću hipotezu ovog istraživanja.
- Istraživanjem je ustanovljeno da ne postoje signifikantne razlike između dvije grupe ispitanika u sociodemografskim obilježjima poput spola, porodičnog statusa, školske spremne, zanimanja, zaposlenosti, prisustva psihičkih poremećaja u primarnoj, odnosno sekundarnoj porodici, te prisustvu težih tjelesnih oboljenja/operativnih zahvata u primarnoj i sekundarnoj porodici ispitanika. Ovim je potvrđena i četvrta hipoteza istraživanja.

Literatura:

1. Abelin EL (1971) The role of the father in separation-individuation process. U knjizi: McDevitt JB, Settlage CF (eds) Separation-individuation. New York: International Universities Press, 229-252..
2. Abraham K (1913a) A constitutional basis of locomotor anxiety. U knjizi: Selected Papers. New York: Basic Books, 1955, 235-243.
3. Abraham K (1913b) On the psychogenesis of an agoraphobia in childhood. U knjizi: Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis. New York: Basic Books, 1955, 42-43.
4. Aguiillaume R (2007) Interpretation and Method. International Forum of Psychoanalysis, 16:240-246.
5. Alexander B, Feigelson S, Gorman J (2005) Integrating the psychoanalytic and neurobiological views of panic disorder. Neuro-Psychoanalysis, 7:129-141.
6. Alexander F, French TM (1946) Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York: Ronald Press.
7. Anonymous (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association.
8. Anonymous (1999) Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opis i dijagnostičke smjernice. Deseta revizija. Medicinska naklada: Zagreb.
9. Anonymous (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Association.
10. Anonymous (2012) Diagnostic and Statistic Manual V: Development. Dostupno na <http://dsm5.org/>.

11. Arieti S (1979) New Views on the Psychodynamics of Phobias. American Journal of Psychotherapy. Vol XXXIII, No.1. January.
12. Aragno, A (2008) Forms of Knowledge: A Psychoanalytic Study of Human Communication. Baltimore: Publishamerica, LLLP.
13. Beebe B, Lachmann FM (1988) The contribution of mother – infant mutual influence on the origins of self- and object representations. Psychoanalytic Psychology, 5(4), 305-337.
14. Beebe B, Lachmann FM (1994) Representation and internalization in infancy: three principles of sailence. Psychoanalytic Psychology, 11(2), 127-165.
15. Beebe B, Lachmann FM (1998) Co-constructing inner and relational processes. Psychoanalytic Psychology, 15(4):480-516.
16. Beebe B, Jaffe J, Buck K, Chen H, Cohen P (2007) Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-months mother-infant self- and interactive contingencies. Developmental Psychology, 43(6):1360-1376.
17. Benveniste PS, Papouchis N, Allen R, Hurvich M (1998) Rorschach assessment of annihilation anxiety and ego functioning. Psychoanalytic Psychology, 15:536-566.
18. Bergler E (1935) Psychoanalysis of a case of agoraphobia. Psychoanalytic Review, 22:392-408.
19. Bion WR (1962) Learning from experience. London: Tavistock.
20. Bion WR (1970) Attention and interpretation. London: Tavistock.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

21. Bitan S (2012) Winnicott and Derrida: Development of logic-of-play. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93:29-51.
22. Bischler W (1939) Schopenhauer and Freud: A comparison. *Psychoanalytic Quarterly*, 8:88-97.
23. Blatt SJ (1974) Levels of objective representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24:107-157.
24. Blatt SJ, Lerner H (1983) The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47:7-28.
25. Blatt SJ, Chevron ES, Quinlan DM, Schaffer CE, Wein S (1992) The Assessment of Qualitative and Structural Dimensions of Object Representations. Unpublished research material: Yale University.
26. Blatt SJ, Auerbach JS (2000) Psychoanalytic Models of the Mind and their Contributions to Personality Research. *European Journal of Personality*, 14: 429-447.
27. Blatt SJ, Auerbach JS (2001) Mental representations, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49:113-159.
28. Blatt SJ, Auerbach JS (2003) Psychodynamic Measures of Change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23: 268-307.
29. Blatt SJ (2004) *Experiences of Depression*. Washington DC: American Psychological Association.
30. Blatt SJ, Auerbach JS, Behrends RS (2008) *Changes in the Representation of Self and Significant Others in The Treatment Process*. U knjizi: *Mind to Mind*, ur: Jurist E, Slade A. New York: Other Press.
31. Blechner MJ (2007) Approaches to panic attacks. *Neuropsychoanalysis*, 9:91-100.
32. Bollas C (1987) *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books.
33. Bollas C (1999) *The Mistery of Things*. London: Routledge.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

34. Brenner C (1953) An addendum to Freud's theory of anxiety. *International Journal of Psycho-analysis*, 34:18-24.
35. Breuer J, Freud S (1895) *Studies on Hysteria*. New York: Basic Books, 2000.
36. Busch FN, Cooper AM, Klerman GL, Penzer RJ, Shapiro T, Shear K (1991) Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry*, 11:316-332.
37. Busch F (1995) Agoraphobia and panic states: Panel reports. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43:207-221.
38. Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC (1995) An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183: 299-303.
39. Busch FN, Milrod BL, Rudden M, Shapiro T, Singer M, Aronson A, Roiphe J (1999a) Oedipal dynamics in panic disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47:773-790.
40. Busch FN, Milrod BL, Singer MB (1999b) Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *Journal of the Psychotherapeutic Practice and Research*, 8:3, 234-242.
41. Busch F (2010) Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 91:23-34.
42. Carter P (2004) *Repressed Spaces: The Poetics of Agoraphobia*. London: Reaction Books.
43. Cartwright D (2006) Autistic defenses in agoraphobic syndrome: „Flat“ objects and the retardation of projective identification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54:109-134.

44. Chessick RD (1992) The problematic self in Kant and Kohut. U knjizi: Miller RB (ed) The Restoration of Dialogue: Readings in Philosophy of Clinical Psychology. Washington DC: American Psychological Association.
45. Compton A (1972a) A study of the psychoanalytic theory of anxiety I: the development of Freud's theory of anxiety. Journal of the American Psychoanalytic Association, 20:3-44.
46. Compton A (1972b) A study of the psychoanalytic theory of anxiety II: developments in the theory of anxiety since 1926. Journal of the American Psychoanalytic Association, 20:341-394.
47. Compton A (1986) Freud: Objects and structure. Journal of the American Psychoanalytic Association, 34:561-590.
48. Compton A (1992) The psychoanalytic view of phobias – part III: Agoraphobia and other phobias of adults. Psychoanalytic Quarterly, 61:400-425.
49. Čeranić S (2005) Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja: Razvojno-psihoanalitički pristup. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
50. De Massi F (2004) The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. International Journal of Psycho-Analysis, 85:311-336.
51. Deutsch H (1929) The genesis of agoraphobia. International Journal of Psycho-Analysis, 10:51-69.
52. Diamond D, Blatt SJ, Stayner DA, Kaslow N (1991) Self-other differentiation of object representations. Unpublished research manual. Yale University, New Haven, CT.
53. Ellenberger HF (1970) The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychology. New York: Basic Books, 1972.
54. English HB, English AC (1972) Obuhvatni rečnik psiholoških i psihoanalitičkih pojmova. Beograd: Savremena administracija.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

55. Fenichel O (1926) Identification. U knjizi: Fenichel H, Rapaport D (eds) Fenichel - Collected Papers Vol.1. New York: Norton, 1953, 128-146.
56. Fenichel O (1939) Problems of psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 8:57-87.
57. Fenichel O (1944) Remarks on the common phobias. *Psychoanalytic Quarterly*, 13:313-326.
58. Fenichel O (1945) Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga, 1961.
59. Ferber L (1959) Phobias and their vicissitudes. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7:182-192.
60. Ferro A (2005) Four sessions with Lisa. *International Journal of Psychoanalysis*, 86:1247-1256.
61. Frances A, Dunn P (1975) The attachment-autonomy conflict in agoraphobia. *International Journal of Psychoanalysis*, 56: 435-439.
62. Freud A (1936) Ja i mehanizmi odbrane. Novi Sad: Akademska knjiga, 2010.
63. Freud S (1892a). Draft B from Extracts From the Fliess Papers. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 179-184.
64. Freud S (1892b) Preface and footnotes to the translation of Charcot's 'Tuesday Lectures'. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 131-143.
65. Freud S (1892c) Draft G Melancholia From Extracts From the Fliess Papers. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 200-206.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

66. Freud S (1893a) On the psychical mechanism of hysterical phenomena. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 25-39.
67. Freud S (1894a) The neuro-psychoses of defence. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 41-61.
68. Freud S (1894b) Obsessions and phobias. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 69-82.
69. Freud S (1894c) Draft E. How anxiety originates, June 6, 1894. The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 78-83.
70. Freud S (1895) Draft G. Melancholia. The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 98-105.
71. Freud S (1895b) Project for a Scientific Psychology, Standard Edition, Vol. 1. London: Hogarth Press, 1950, 281-397.
72. Freud S (1895c [1894]) 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, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 85-115.
73. Freud S (1896a) Heredity and the Aetiology of the Neuroses. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 141-156.
74. Freud S (1896b) Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early

Sarajevo, 2013

Psycho-Analytic Publications. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 157-185.

75. Freud S (1898) Letter 84 Extracts From The Fliess Papers. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 274.
76. Freud S (1900) Tumačenje snova. Odabrana dela Sigmunda Freuda. Beograd: Matica srpska, 1976.
77. Freud S (1901) Psihopatologija svakodnevnog života. Odabrana dela Sigmunda Freuda. Beograd: Matica srpska, 1969.
78. Freud S (1905a) Three Essays on the Theory of Sexuality. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 123-246.
79. Freud S (1905b) On Psychotherapy. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 255-268.
80. Freud S (1909) Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume X (1909): Two Case Histories ('Little Hans' and the 'Rat Man'). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1-150.
81. Freud S (1913a) The claims of psycho-analysis to scientific interest. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIII (1913-1914): Totem and Taboo and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 163-190.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

82. Freud S (1913b) On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psycho-analysis I). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 121-144.
83. Freud S (1914a) Prilog uvodu u narcizam. U knjizi: Budućnost jedne iluzije. Zagreb: Naprijed, 1986, 41-70.
84. Freud S (1914b) Remembering, repeating and working-through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis II). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 145-156.
85. Freud S (1915) Nesvjesno. U knjizi: Budućnost jedne iluzije. Zagreb: Naprijed, 1986, 95-132.
86. Freud S (1917a) A metapsychological supplement to the theory of dreams. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 217-235.
87. Freud S (1917b) On transformation of instinct as exemplified in anal erotism. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917-1919): An Infantile Neurosis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 125-134.
88. Freud S (1917c) Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 237-258.

89. Freud S (1917d) Introductory Lectures on Psycho-Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVI (1916-1917): Introductory Lectures on Psycho-Analysis (Part III). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 241-463.
90. Freud S (1919) Lines of advance in psycho-analytic therapy. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917-1919): An Infantile Neurosis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 157-168.
91. Freud S (1920a) Kompletan uvod u psihoanalizu. Podgorica: Nova knjiga, 2006.
92. Freud S (1920b) S onu stranu načela ugone. U knjizi: Budućnost jedne iluzije. Zagreb: Naprijed, 133-192.
93. Freud S (1921) Masovna psihologija i analiza Ja. U knjizi: Budućnost jedne iluzije. Naprijed: Zagreb, 1986, 193-266.
94. Freud S (1923a) Ja i ono. U knjizi: Budućnost jedne iluzije. Naprijed: Zagreb, 1986, 267-312.
95. Freud S (1923b) The infantile genital organization (An interpolation into the theory of sexuality). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 139-146.
96. Freud S (1923c) Two encyclopaedia articles. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 233-260.
97. Freud S (1924a) The dissolution of the Oedipus complex. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 171-180.
- Sarajevo, 2013

98. Freud S (1924b) A short account of psycho-analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 189-210.
99. Freud S (1925a) An Autobiographical Study. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1-74.
100. Freud S (1925b) Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 241-258.
101. Freud S (1926) Inhibitions, Symptoms and Anxiety. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 75-176.
102. Freud S (1931) Female sexuality. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXI (1927-1931): The Future of an Illusion, Civilization and its Discontents, and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 221-244.
103. Freud S (1933) New Introductory Letters on Psychoanalysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXII (1932-1936). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 1-182.
104. Freud S (1938) An Outline of Psycho-Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXIII (1937-1939): Moses and Monotheism, An

- Outline of Psycho-Analysis and Other Works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 139-208.
- 105.Gabbard (2005) Psychodynamic Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- 106.Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (2005) Oxford Textbook of Psychotherapy. Oxford: OUP.
- 107.Gedo JE (1995) Working through as a metaphor and as a modality of treatment. Journal of the American Psychoanalytic Association, 43:339-392.
- 108.Giordanelli L (1992) On agoraphobia. Rivista di Psicoanalisi, 38:986-1012.
- 109.Glover E (1956) On the Early Development of Mind. New York: International Universities Press.
- 110.Gould R (1972) Child Studies Through Fantasy. New York: Quadrangle Books.
- 111.Gorman J, Liebowitz M, Fyer A, Stein J (1989) A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. American Journal of Psychiatry, 146:148-161.
- 112.Gorman J, Kent J, Sullivan G, Coplan J (2000) Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. American Journal of Psychiatry, 157:493-505.
- 113.Greenacre P (1941) The predisposition to anxiety. U knjizi: Trauma, Growth and Personality. New York: Int. Univ. Press, 1972, 27-45.
- 114.Greenacre P (1960) Considerations regarding the parent-infant relationship. International Journal of Psychoanalysis XLI, 571-584.
- 115.Greenson RR (1959) Phobia, Anxiety, and Depression. Journal of the American Psychoanalytic Association, 7:663-674.
- 116.Greenson RR (1965) The working alliance and the transference neurosis. Psychoanalytic Quarterly, 43:155-181.

- 117.Greenson RR (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press, 2000.
- 118.Grimwade R (2011) Between the quills: Schopenhauer and Freud on sadism and masochism. *International Journal of Psychoanalysis* 92:149-169.
- 119.Hartmann H, Kris E, Loewenstein RM (1947) Comments on formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2:11-38.
- 120.Hartmann H (1950) Comments on the psychoanalytic theory of the ego. *Psychoanalytic Study of the Child* 5:74-96.
- 121.Hartmann H (1952) The mutual influences in the development of the ego and the id. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7:9-30.
- 122.Hartmann H (1955) Notes on theory of sublimation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 10:9-29.
- 123.Holmes J (2006) Building bridges and breaking boundaries: Modernity and agoraphobia. *Opticon* 1826, No.1:1-5.
- 124.Hotujac Lj, Begić D, Folnegović-Šmalc V, Gregurek R, Henigsberg N, Jakovljević M, Jokić-Begić N, Jukić V, Mahnik-Miloš M, Medved V, Mihaljević-Peleš A, Mimica N, Rudan V, Vidović V (2007) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- 125.Huprich SK (2009) *Psychodynamic Psychotherapy: Conceptual and Empirical Foundations*. London: Routledge.
- 126.Hurvich M (1989) Traumatic moment, basic dangers and annihilation anxiety. *Psychoanalytic Psychology*, 6:309-323.
- 127.Hurvich M, Benveniste P, Howard J, Coonerty S (1993) The assessment of annihilation anxiety from projective tests. *Perceptual and motor skills*, 77:387-401.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- 128.Hurvich M (2000) Fear of being overwhelmed and psychoanalytic: Theories of anxiety. *Psychoanalytic Review*, 87:615-649.
- 129.Hurvich M (2002) The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51:579-613.
- 130.Hurvich M (2003) The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51:579-616.
- 131.Jacobson E (1964) *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.
- 132.Jacobson E (1966) Differences between schizophrenic and melancholic states of depression. U knjizi: *Depression*. New York: International Universities Press, 1971, 264-283.
- 133.Jacobson E (1971) *Depression*. New York: International Universities Press.
- 134.Jevremović P (2007) *Telo, fantazam, simbol*. Beograd: Službeni glasnik.
- 135.Jones E (1957) *Život i delo Sigmunda Freuda*. Novi Sad: Matica Srpska, 1985.
- 136.Jung CG (1911) *Psychology of the Unconscious: A Study of the Transformations and Symbolisms of the Libido, A Contribution to the History of Thought*. Charleston: Forgotten Books, 2010.
- 137.Kachele H (2010) Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 91:35-43.
- 138.Kanzer M (1972) Superego aspects of free association and the fundamental rule. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 20:246-266.
- 139.Kanzer M (1985) Identification and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 66:19-30.
- 140.Katan A (1937) The role of „displacement“ in agoraphobia. *International Journal of Psychoanalysis*, 1951.32:41-50.

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

- 141.Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ (1992) Childhood parental loss and adult psychopathology in women: A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry*, 49:109-116.
- 142.Kernberg OF (1966) Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psychoanalysis*, 47:236-252.
- 143.Kernberg OF (1976) *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New Jersey – London: Jason Aronson Inc., 1990.
- 144.Kernberg OF (1979) Some implications of object relations theory for psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27S:207-239.
- 145.Kernberg OF (1983) Object relations theory and character analysis. *Bullettin of the American Psychoanalytic Association*, 31:247-271.
- 146.Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- 147.Kernberg OF (1997) The nature of interpretation: intersubjectivity and the third position. *American Journal of Psychoanalysis*, 57:297-312.
- 148.Klein DF (1964) Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5:397-408.
- 149.Klein D (1993) False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50:306-317.
- 150.Klein M (1930) Važnost oblikovanja simbola u razvoju Ja. U knjizi: *Zavist i zahvalnost*. Zagreb: Naprijed, 1983, 27-41.
- 151.Klein M (1933) Rani razvoj savesti kod dece. U knjizi: *Unutrašnji svet dečje psihe*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 115-124.

- 152.Klein, M (1935) Prilog psihogenezi manično – depresivnih stanja. U knjizi: Zavist i zahvalnost. Zagreb: Naprijed, 1983, 42-70.
- 153.Klein, M (1940) Žaljenje i njegov odnos prema manično-depresivnim stanjima. U knjizi: Unutrašnji svet dečje psihe. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001, 153-178.
- 154.Klein M (1946) Napomene o nekim shizoidnim mehanizmima. U knjizi: Unutrašnji svet dečje psihe. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001, 229-252.
- 155.Klein M (1952) Uzajamni uticaji u razvoju Ja i Ono. U knjizi: Unutrašnji svet dečje psihe. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001, 263-266.
- 156.Klein M (1959) Naš svet odraslih i njegovi koreni u detinjstvu. U knjizi: Unutrašnji svet dečje psihe. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001, 247-363.
- 157.Laplanche J, Pontalis JB (1973) Rječnik psihoanalize. Zagreb: Naprijed, 1992.
- 158.Lehrer R (1996) Freud's relationship to Nietzsche: Some preliminary considerations. *Psychoanalytic Review*, 83:363-394.
- 159.Levin CB (2011) Panel report. The Analyst's words and wording: Do they still matter? *American Journal of Psychoanalysis*, 59(6):1221-1237.
- 160.Lewin B (1952) Phobic symptoms and dream interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 21:295-322
- 161.Loewald HW (1960) On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:16-33.
- 162.Mahler M (1958) Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 39:77-82.

- 163.Mahler MS, Furer M (1963) Certain aspects of the separation-individuation phase. *Psychoanalytic Quarterly* 32:1-14.
- 164.Mahler MS, La Perierre K (1965) Mother-child interaction during separation-individuation. *Psychoanalytic Quarterly* 34:483-498.
- 165.Mahler MS (1967) On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15:740-763.
- 166.Mahler S, Furer M (1968) *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, Vol.1.: Infantile Psychosis*. New York: International Universities Press.
- 167.Mahler MS (1971) A study of the separation-individuation process – and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26:403-424.
- 168.Mahler MS (1972) On the first three subphases of the separation-individuation process. *The International Journal of Psychoanalysis* 53(3):333-338.
- 169.Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- 170.MahlerM i McDevitt (1982) Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Assicoation*, 30:827-848.
- 171.Meissner WW (1986) Can psychoanalysis find its self? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34:379-400.
- 172.Meissner WW (1996) *The Therapeutic Alliance*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 173.Meissner WW (1999) Notes on the therapeutic role of the alliance. *Psychoanalytic Review*, 86:1-33.
- 174.Miller IM (1953) On street fear. *International Journal of Psychoanalysis*, 34:232-240.

- 175.Milrod B (1998) Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46:673-790.
- 176.Milrod B, Leon AC, Shear MK (2004) Can interpersonal loss precipitate panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 161:758-759.
- 177.Milrod B (2007) Emptiness in agoraphobia patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55:1007-1026.
- 178.Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, Singer M, Goldman H, Richter D, Shear MK (2000) Open Trial of Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder: A Pilot Study - Brief Report. *Am J Psychiatry* 157:11, 1878-1880.
- 179.Moore B, Fine B (1990) *Psychoanalytic Terms and Concepts*. New Haven: The American Psychoanalytic Association and Yale University Press.
- 180.Nunberg H, Federn E (1962) *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society 1&2*. New York: International Universities Press.
- 181.Ogden T (1992) *The Primitive Edge of Experience*. London: Maresfield Library.
- 182.Ogden T (1994) The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75:3-19.
- 183.Ogden T (1999) *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. London: Maresfield Library.
- 184.Ogden T (2004) The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 73:167-195.
- 185.Ogden T (2005) *This Art of Psychoanalysis*. London and New York: Routledge, 27-44.

- 186.Ogden T (2009) Reading Loewald: Oedipus reconceived. U knjizi: Rediscovering Psychoanalysis – Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting. London and New York: Routledge, 114-132.
- 187.Panskepp J (2005) Commentary on “Integrating the psychoanalytic and neurobiological views of panic disorder”. Neuropsychoanalysis, 7:145-150.
- 188.Procter-Gregg N (1956) Schopenhauer and Freud. Psychoanalytic Quarterly 25:197-214.
- 189.Rangell L (1996) The “analytic” in psychoanalytic treatment: How analysis works. Psychoanalytic Inquiry, 16:140-166.
- 190.Rangell L (2001) Psychoanalytic psychotherapy: The enduring legacy of psychoanalysis. Psychoanalytic Review, 88:1-14.
- 191.Rhead C (1969) The role of pregenital fixations in agoraphobia. Journal of the American Psychoanalytic Association, 17:848-861.
- 192.Roy-Burne PP, Geraci M, Uhde TW (1986) Life events of the onset of panic disorder. American Journal of Psychiatry, 143:1424-1427.
- 193.Ruddick B (1961) Agoraphobia. International Journal of Psychoanalysis, 42:537-543.
- 194.Sandić A (2008) Ego odbrane granično organizovane ličnosti - prikaz slučaja. Psihijatrija danas, 40(1):31-36.
- 195.Sandić A, Burgić-Radmanović M (2008) Etiopatogeneza neurotske anksioznosti iz ugla psihodinamske teorije. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline, 30(1), 27-39.

- 196.Sandić A (2010) Na pragu „Velike debate“, i danas, 2010? Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline, 32(3):71-77.
- 197.Sandić M (1988) Fobični neurotik i njegov objekat. Svjetlost: Sarajevo.
- 198.Sandler J (1960) On the concept of superego. Psychoanalytic Study of the Child, 15: 128-162.
- 199.Sandler J, Rosenblatt B (1962) The concept of the representational world. Psychoanalytic Study of the Child, 17:128-145.
- 200.Schur M (1953) The ego in anxiety. U knjizi: Loewenstein R (ed) Drives, Affect and Behavior. New York: International Universities Press, 77-91.
- 201.Schur M (1958) The ego and id in anxiety. Psychoanalytic Study of the Child, 13:190-220.
- 202.Settlage C (1971) On the libidinal aspect of early psychic development and the genesis of infantile neurosis. U knjizi: Separation-Individuation. New York: International Universities Press.
- 203.Sterba RF (1934) The fate of the ego in analytic therapy. International Journal of Psychoanalysis, 15:117-126.
- 204.Spitz RA (1945) Diacritic and coenesthetic organizations: The psychiatric significance of a functional division of the nervous system into a sensory and emotive part. Psychoanalytic Review 32:146-162.
- 205.Spitz RA (1955) The primal cavity: A contribution to the genesis of perception and its role for psychoanalytic theory. U knjizi: The Psychoanalytic Study of the Child, Vol.10. New York: International Universities Press.
- 206.Spitz RA (1965) The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. New York: International Universities Press.
- 207.Stern D (1985) The Interpersonal World of the Infant:A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York: Basic Books.

- 208.Stoller RJ (1976) Primary femininity. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 24S:59-78.
- 209.Strachey J (1894) Editor's note to "The neuro-psychoses of defense". *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- 210.Todorović M (2010) Psihoterapija. Beograd: Čigoja štampa.
- 211.Tomić M (1997) Niče i Frojd: Temelj psihološkog tumačenja. *Psihologija*, 3:295-302.
- 212.Tutter A (2006) Medication as object. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54: 781-804.
- 213.Tyson P (1988) Psychic structure formation: The complementary roles of affects, drives, object relations, and conflict. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36S:73-98.
- 214.Venturello S, Barzega G, Maina G, Bogetto F (2002) Premorbid conditions and precipitating events in early onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43:28-36.
- 215.Zetzel ER (1970) *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press.
- 216.Weiss E (1935) Agoraphobia and its Relation to Hysterical Attacks and to Traumas. *International Journal of Psychoanalysis*, 16: 59-83.
- 217.Weiss (1964) *Agoraphobia in the Light of Ego Psychology*. Michigan: Grune & Stratton.
- 218.Widlocher D (2010) Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 91:45-50.
- 219.Winnicott DW (1945) Primitive emotional development. *International Journal of Psychoanalysis*, 26:137-143.
- 220.Winnicott DW (1953) Transitional objects and transitional phenomena – a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34:89-97.

Sarajevo, 2013

221. Winnicott DW (1958) Psycho-analysis and the sense of guilt. U knjizi: The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 15-28.
222. Winnicott DW (1960a) The theory of the parent-infant relationship. U knjizi: The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 37-55.
223. Winnicott DW (1960b) Ego distortion in terms of true and false self. U knjizi: The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 140-152.
224. Winnicott DW (1962) Ego integration in childhood development. U knjizi: The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 56-63.
225. Winnicott DW (1963) The development of the capacity for concern. U knjizi: The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 73-82.
226. Winnicott DW (1965) Psychiatric disorders in terms of infantile maturational processes. U knjizi: The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965, 230-241.
227. Winnicott DW (1971a) Igranje i stvarnost. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1999.
228. Winnicott DW (1971b) Dijete, obitelj i vanjski svijet. Zagreb: Naprijed.
229. Wolff PH (1959) Observations on newborn infants. Psychosomatic Medicine, 21:110-118.
230. Wolff PH (1966) The causes, controls and organization of behavior in neonate. Psychological Issues, 5, 17.

Prilog 1:

232. Unijeti redni broj ispitanika

Upitnik o sociodemografskim podacima

1. starosna dob _____

2. spol _____

1) muški

2) ženski)

3. dijagnoza

1) agorafobija

2) panični poremećaj

4. porodični status

1) u braku

2) razveden/a

3) živi s roditeljima

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

4) živi sam/a

5. stupanj školske spremre

1) osnovna ss

2) srednja ss

3) viša ss

4) visoka ss

6. zaposlenost

1) da

2) ne

3) studira

7. prisustvo psihičkih poremećaja u primarnoj porodici

1) ne

2) da

8. prisustvo psihičkih poremećaja u sekundarnoj porodici

1) ne

2) da

9. prisustvo teže fizičke bolesti i/ili operativnih zahvata u primarnoj porodici

1) ne

2) da

10. prisustvo ozbiljnije fizičke bolesti i/ili operativnih zahvata u sekundarnoj porodici

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

1) ne

2) da

11. kompletnost primarne porodice

1) da

2) ne

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Prilog 2.

Skala diferencijacije selfa i odnosa sa značajnim drugim

<i>Nivo</i>	<i>Opis</i>
Nivo 1: kompromis granica self-drugi	Opis se odlikuje narušenjem ili izostankom bazičnog osjećaja fizičke kohezije ili integriteta reprezentacija
Nivo 2: konfuzija granice self – drugi	Self i drugi reprezentirani su kao fizički intaktni i odvojeni, no osjećanja i misli su amorfnj, nediferencirani, ili konfuzni. Opis se može sastojati od jedne globalne kvalitete ili bujice konfuznih, nejasnih detalja
Nivo 3: ogledanje self-drugi	U opisu se registruje da su karakteristike selfa i drugog, poput fizičkog izgleda ili tjelesnih atributa, oblika, veličine, bukvalno identični

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Nivo 4: idealizacija selfa-drugog	Individua pokušava konsolidirati reprezentacije bazirane na osnovu potpune idealizacije ili obezvrjeđivanja. Opisi su ekstremni, pretjerani, jednostrani
Nivo 5: poludiferencijacija	Opis odlikuje nejaka konsolidacija reprezentacija kroz splitting (polarizaciju) i/ili kroz naglašavanje konkretnih dijelova osobenosti. Naznačena je osilacija između dramatično oponentnih kvaliteta, ili je naglasak na manifestnim vanjskim odlikama
Nivo 6: pojavljivanje ambivalentne konstantnosti (kohezije) selfa i izranjanje osjećaja odnosa sa drugima	U opisu se uočava pojava konsolidacije različitih aspekata selfa i drugog uz nesigurnu, oklijevajuću, ili ambivalentnu integraciju, no bez osjećaja jedinstvenosti. Registruje se nesigurno pomjeranje ka više individualiziranom i kohezivnom osjećaju selfa i drugog
Nivo 7: konsolidirana, konstantna (stabilna) reprezentacija selfa i drugog u jednosmjernim odnosima	Misli, osjećanja, potrebe i fantazije su diferencirani i modulirani. Povišena je tolerancija ka integraciji različitih aspekata. Prisutno je i raspoznavanje vlastitih i tuđih kvaliteta, uz razumijevanje drugih
Nivo 8: kohezivan, individualiziran, empatijski povezan self s drugima	Deskripciju odlikuje kohezivan, nijansiran osjećaj selfa i drugih koji su povezani. Jasan je osjećaj identiteta i interes za interpersonalne relacije, kao i kapacitet za razumijevanje perspektive drugog

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

Nivo 9: recipročno povezani integrirani produbljujući odnosi selfa i drugog	Registrira se kohezivan osjećaj selfa i drugog u recipročnim odnosima koji transformiraju i self i drugog kompleksnim, stalno produbljujućim odnosima
Nivo 10: kreativne, integrirane konstrukcije selfa i drugog u empatijskim, recipročno usklađenim odnosima	Opis odlikuju integrisane recipročne relacije uz priznanje tuđeg doprinosa konstrukciji značenja u kompleksnim interpersonalnim odnosima

Prilog 3.

Skala konceptualnog nivoa opisa selfa i značajnog drugog

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

<i>Nivo/poeni na skali</i>	<i>Opis</i>
1. S e n z o m o t o r n i preoperacionalni (poena 1).	– Osoba je opisana prevashodno o odnosu na gratifikaciju/ frustraciju koju obezbjeđuje. Postoji vrlo blag dojam da je osoba doživljena ili definirana kao odvojena i neovisna od njenih/njegovih direktnih uticaja na subjektov doživljaj zadovoljstva ili bola.
2. Konkrentni – perceptivni (poena 3).	Osoba je opisana prevashodno konkretnom, bukvalnom terminologijom, često u smislu njenih/njegovih fizičkih atributa.
3.	
4.	
5. Ikonički A) Vanjski ikonički (poena 5).	Deskripcija je primarno data u okviru aktivnosti i funkcija date osobe.
B) Unutarnji ikonički (poena 7).	Osoba je opisana u odnosu atribucije onoga što misli, osjeća i vrednuje, prije no onoga što čini/obavlja. Opis je više baziran na

Sarajevo, 2013

Napomena: ukoliko su opisi na granici između dva nivoa, u tom slučaju im se pridružuje broj 2, 4, 8 ili 6, ovisno o opisu predloženom od strane ispitanika.

Prilog 4.

Skala za procjenu tematskih dimenzija u opisima značajnih drugih

Atribut	Opis
1. Srdačnost	Stupanj do kojeg je osoba opisana u pogledu iskazivanja otvorene srdačnosti (1=vrlo malo; 7=izraženo)

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

2. Ambicioznost	Stupanj do kojeg je osoba opisana u pogledu ispoljavanja aspiracije u instrumentalnim odnosno okupacionim domenima za sebe i/ii druge; u pogledu ispoljavanja jake želje za uspjehom; u pogledu vršenja pritiska na sebe i druge. (1=vrlo malo; 7=izraženo)
3. Zlonamjernost-dobronamjernost	Stupanj do kojeg su namjere ili efekti osobe koji su usmjereni ka drugima opisani tako da posjeduju ili ispoljavaju nedobronamjernost, mržnju, inat, prije no tendencu da čine dobro (1=zlonamjerman; 7=dobronamjerman)
4. Topao-hladan	Stupanj do kojeg je osobin interpersonalni afektivni stil opisan kao neemocionalan i impersonalan, prije no topao i s ljubavlju (1=hladan; 7=topao)
5. Nivo konstruktivnog uplitanja	Stupanj do kojeg su osobine interakcije s drugima opisane kao negativne (ili udaljene, rezervisane, pretjerano involvirajuće), prije no pozitivne (konstruktivno uplitanje s respektom individualnosti drugog) (1=nezainteresoano, destruktivno ili intruzivno uplitanje; 7=pozitivno, konstruktivno uplitanje s podržavanjem autonomije i individualnosti)

6. Intelektualnost	Stupanj osobinog naglaska na učenju, razmišljanju, špekulaciji, interes za ideje, kreativno korištenje intelekta, ili kapacitet za racionalnu i inteligentnu misao i cijenjenje kompleksnosti (1=vrlo malo; 7=izraženo)
7. Osuđivanje/prosuđivanje	Stupanj u kojem je osoba opisana sklonom da drži kritičke ili vrlo visoke standarde, prije no da je prihvatajuća i tolerantna (1=vrlo malo; 7=izraženo)
8. Negativni – pozitivni ideal	Stupanj do kojeg je osoba opisana kao neko poput koga individua želi da bude ili da se ugleda na njega; stupanj divljenja kvalitetima koje opisana individua posjeduje (1=negativni ideal; 7=pozitivni ideal)
9. Brižnost	Stupanj do kojeg je osoba opisana u pogledu davanja pažnje bez istovremenog upućivanja emocionalnih zahtjeva, prije no da traži da se ispune njene vlastite želje (1=vrlo malo; 7=izraženo)
10. Sklonost kažnjavanju	Stupanj do kojeg je osoba opisana kao ili fizički ili ekmotivno sklona zloupotrebi u smislu da zadaju patnju i bol (1=vrlo malo; 7=izraženo)

Sarajevo, 2013

Filozofski fakultet, Odsjek za Psihologiju

11. Uspješnost	Stupanj do kojeg je osoba opisana da se osjeća zadovoljnom vlastitim postignućima, bez obzira na to o kojim se postignućima radi (1=vrlo malo; 7=izraženo)
12. Snaga (jak-slab)	Stupanj do kojeg je osoba opisana efikasnom, sposobnom da se odupre pritiscima i da izdrži, da posjeduje stabilan osjećaj selfa, i da se pojavljuje kao konstantna figura (1=ekstremno slab; 7=ekstremno jak)

Napomena: Skala je razvijena za procjenu kvalitativnih tj. tematskih opisa drugih, ne uključujući i opis sebe. Ukoliko je iz deskripcije nemoguće odrediti stupanj date atribucije pridružuje se poena 9.

Rezultati dobijeni na ovoj skali distribuiranju se u okviru tri faktora, pri čemu faktor I stoji za dombronamjernost, faktor II za kažnjavanje, a faktor III ambicioznost. Faktori se računaju kako slijedi:

Faktor I podrazumijeva sumu ajtema 1,3,4,5,8,9,11,12 podijeljenu s osam.

Faktor II suma je ajtema 7,10,13¹² podijeljena s tri.

Faktor III suma je ajtema 2 i 6 podijeljena s dva.

¹² Ajtem 13 odnosi se na stupanj ambivalencije registriran na Skali tematskih dimenzija u opisu značajnog drugog