

PSIHIJARIJA

(INFORMACIONO – KOMUNIKACIONI PRISTUP)

**Prim. Mr sci med. Dr Vojin Lilić
neuropsihijatar
sistemski porodični psihoterapeut**

(Email: drvojinlilic@gmail.com)

Niš, 2015.

**(VII izmenjeno i dopunjeno izdanje)
/ Prvo izdanje štampano je 2000. godine. /**

Knjigu posvećujem mom Sinu, Božidaru.

SADRŽAJ :

A - REZIME KNJIGE

1. PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MENTALNO ZDRAVLJE.....5
2. PSIHOLOGIJA ČOVEKA I OPŠTA PREDODREĐENOST.....18

B - INFORMACIONO-KOMUNIKACIONI PRISTUP U PSIHIJATRIJI

I	UVOD.....	22
II	PRAVILAN PRIJEM INFORMACIJA, PRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA I PRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA	24
	1. PRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA	24
	1.1. PRAVILAN DIREKTNI PRIJEM INFORMACIJA.....	24
	1.2. PRAVILAN INDIREKTNI PRIJEM INFORMACIJA (PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA).....	25
	2. PRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA	25
	3. PRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA	27
III	NEPRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA, NEPRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA I NEPRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA.....	28
	1. NEPRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA	28
	1.1. NEPRAVILNI NAČINI DIREKTOG PRIJEMA INFORMACIJA.....	28
	1.2. NEPRAVILNI NAČINI INDIREKTOG PRIJEMA INFORMACIJA (NEPRAVILNI OBLICI MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE).....	30
	2. NEPRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA	31
	2.1. NEDOVOLJNO RAZVIJEN LIČNI VREDNOSNI SISTEM kod oligofrenih.....	31
	2.2. ISKRIVLJENI LIČNI VREDNOSNI SISTEM.....	31
	2.2.1. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD ZAVISNIKA.....	31
	2.2.2. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD FOBIČNIH.....	32
	2.2.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD NEUROTOČARA.....	33
	2.2.4. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD NEPSIHOTIČNO DEPRESIVNIH.....	34
	2.2.5. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOSOMATIČARA.....	34
	2.2.6. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOPATA.....	35

2.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNIH OSOBA	36
2.3.1. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA.....	37
2.3.2. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PARANOIČNIH I PARANOIDNIH.....	37
2.3.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNO DEPRESIVNIH.....	40
2.3.4. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD MANIČNIH.....	40
2.4. NAKNADNO OSIROMAŠEN LIČNI VREDNOSNI SISTEM kod dementnih.....	40
3. NEPRAVILNI NAČINI MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE I MEĐULJUDSKE RAZMENE.....	41
3.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD ZAVISNIKA.....	42
3.1.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD ZAVISNIKA.....	42
3.1.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD ZAVISNIKA.....	43
3.2. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD FOBIČNIH.....	45
3.2.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD FOBIČNIH.....	45
3.2.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD FOBIČNIH.....	47
3.3. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA.....	48
3.3.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA.....	48
3.3.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA.....	51
3.4. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIČNIH I PARANOIDNIH.....	53
3.4.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIČNIH.....	53
3.4.2. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIDNIH.....	58
3.5. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD DEPRESIVNIH.....	61
3.5.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD DEPRESIVNIH.....	61
3.5.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD DEPRESIVNIH.....	63
3.6. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD MANIČNIH.....	64
3.6.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD MANIČNIH.....	64
3.6.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD MANIČNIH.....	65
IV INFORMACIONO - KOMUNIKACIONA HIPOTEZA O NASTANKU I ULOZI PSIHIJATRIJSKIH ENTITETA U OKVIRIMA PORODICE.....	66
V INFORMACIONO - KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE...69	
1. OSNOVNE INFORMACIONO-KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE.....	69

2. PARADOKSALNE INFORMACIONO-KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE.....	75
3. METAFORA KAO SPECIFIČNA INFORMACIONO-KOMUNIKACIONA PSIHOTERAPIJSKA INTERVENCIJA.....	76
VI PRIHOTERAPIJSKI RAD KOD POJEDINIH PSIHIJATRIJSKIH ENTITETA.....	82
1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU ZAVISNIKA.....	83
2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU FOBIČNE OSOBE (NEUROTIČARA).....	85
3. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA.....	87
3.1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "ZAVISNIKA".....	87
3.2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "NEGATIVISTIČARA".....	89
3.3. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "APATOABULIČARA".....	91
4. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNIH OSOBA PARANOIČNOG I PARANOIDNOG TIPA.....	93
4.1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNE OSOBE PARANOIČNOG TIPA.....	93
4.2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNE OSOBE PARANOIDNOG TIPA.....	96
5. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU DEPRESIVNE OSOBE.....	98
6. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU MANIČNE OSOBE.....	102
7. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOSOMATSKE OSOBE.....	104
8. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU SA DETETOM KAO PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTOM.....	107
9. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PARTNERA SA STERILITETOM.....	115
VII UMEMSTO POGOVORA.....	117
VIII LITERATURA.....	120

A - REZIME KNJIGE

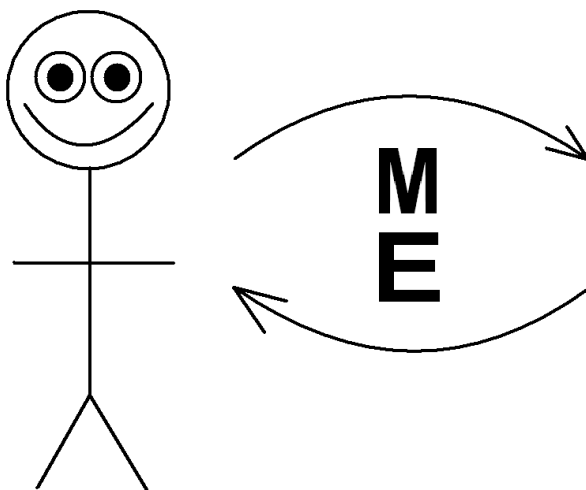
1. PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MENTALNO ZDRAVLJE

(Napomena: Ovo poglavlje referisano je kao rad na stručnom sastanku u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti "G.Toponica")

Opšta teorija sistema, kao i **Teorija živih sistema**(3.), objašnjavaju ukupnu stvarnost tumačeći je kao složenu strukturu (makrosistem) sastavljenu od niza subsistema koji međusobno na ograničen i specifičan način razmenjuju **materiju(M)** i **energiju(E)**.

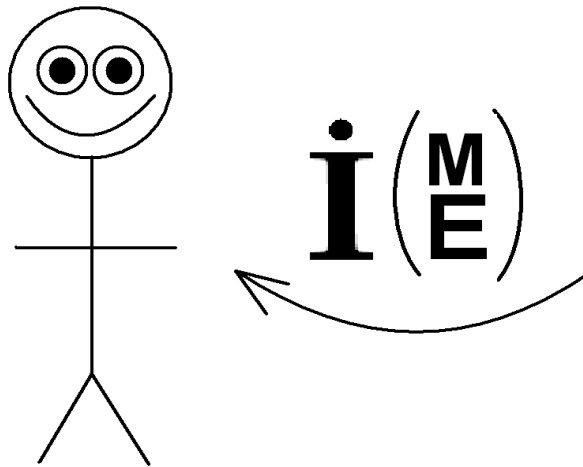
U skladu sa ovim teorijama i **čovjek se definiše kao biološki subsistem** koji je u ravnoteži sa okolinom i sa njom takođe održava specifične oblike razmene materije i energije (*Slika 1.*)

Slika 1.



Mali delovi materije i energije, koje nazivamo **informacijama**, slobodno ulaze u ljudski organizam preko organa čula (*Slika 2.*).

Slika 2.



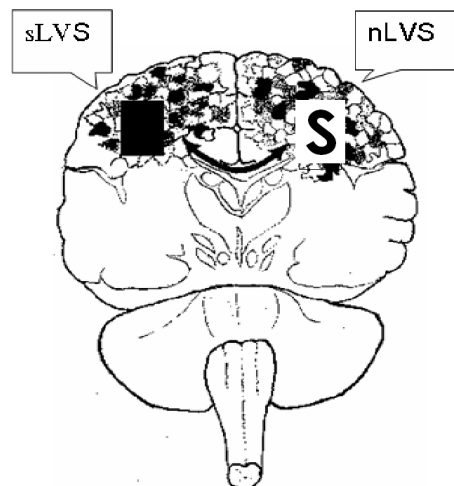
Upravo zato što predstavljaju male količine materije i energije informacijama je dozvoljen "slobodan ulaz" (po principu "proba se ne plaća"), jer kao takve, s jedne strane, nisu u mogućnosti da grubo naruše unutarnju ravnotežu organizma, a s druge strane, predstavljaju vanredno važne sadržaje preko kojih se čovek upoznaje sa spoljašnjim i unutrašnjim svetom, a potom i sigurnije obavlja kvantitativno daleko veće razmene materije i energije, uspevajući da održi neophodno potrebnu ravnotežu sa okolinom.

INFORMACIJE su, dakle, specifičan oblik:

- 1) **energije** (1- elektromagnetne - kod čula vida,
2- mehaničke - kod čula sluha i dodira) i
- 2) **materije** (u oblasti čula mirisa i ukusa) .

Ljudsko biće obavlja složenu aktivnost prijema i analize informacija iz okruženja i iz sopstvenog tela.

Slika 3.



Slika 1: Šematski prikaz sadržaja LVS-a u dešnjaka.

Ovi se sadržaji, još na nivou čulnih ćelija, cepaju na elementarne utiske (čime se obavlja analitički proces), a potom, kroz sistem prenosa impulsa ka višim centrima nervnog sistema, sledi sintetički postupak, koji je sve složeniji kako se približava konačnom nivou, a to su tercijarne parjeto-temporo-okcipitalne zone kore velikog mozga, u kojima se sinteza informacija dovodi do oblikovanja u forme engrama.(6.)

Tako se spoljna i unurašnja stvarnost u pravom smislu «odslikava» u najvišim zonama centralnog nervnog sistema.

Prijemom informacija i njihovom obradom čoveku je omogućeno da održava složenu interakciju sa okolinom, počev od najelementarnijih refleksnih odgovora (kakvi su akson refleksi i miotatatički refleksi – čiji su refleksni centri u kičmenoj moždini), pa sve do formiranja engrama u tercijarnim zonama kore velikog mozga, koji čine kompleksan **LIČNI INFORMACIONI SISTEM (LIS)** sa složenim uticajem na ljudsko ponašanje.

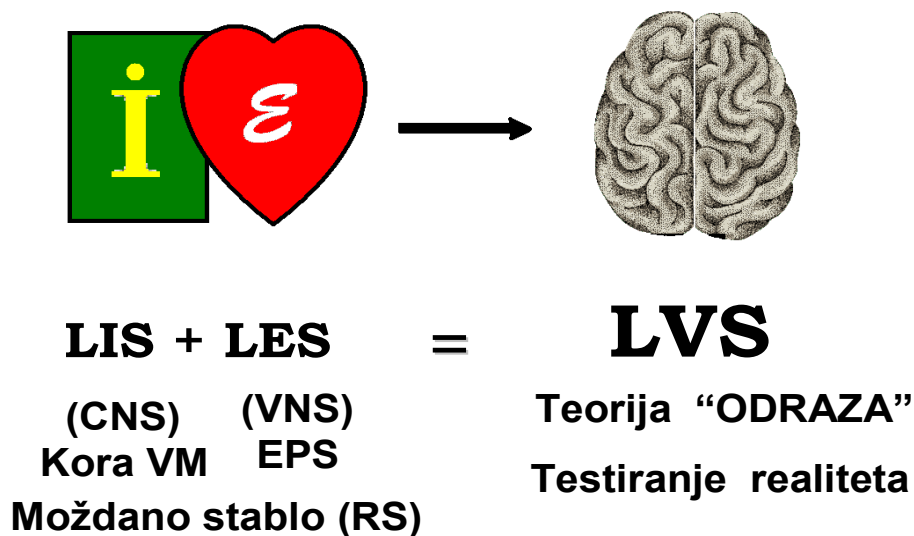
Za svaku pojedinačnu informaciju LIS-a vezuje se, više ili manje adekvatno, različito intenzivan, prijatan, neprijatan ili neutralan, emocionalni naboj, a u zavisnosti od toga kakva je i kolika vrednost određene informacije u postupku prilagođavanja i uspešnog opstanka individue (Ovaj postupak slikovito zovemo "**EMOCIONALNO BOJENJE INFORMACIJA**")./Slika 4./

Ovi prateći emocionalni elementi grade paralelan sistem označen kao **LIČNI EMOCIONALNI SISTEM (LES)**.

LES je sistem koji SE ZASNIVA NA SELEKTIVNOSTI KAO NAJVAŽNIMOJ FUNKCIJI CENTRALNOG NERVOG SISTEMA.

LES počiva na procesu obeležavanja engrama po njihovom značenju i po intenzitetu tog značenja, ali i predisponira složene postupke opažanja, prijema i obrade novih informacija (U vezi s tim ističemo značaj čovekovih predrasuda u odvijanju ovih procesa!).

Slika 4.



Lični informacioni sistem (LIS) i Lični emocionalni sistem (LES) u svojoj povezanosti čine informaciono-emocionalnu strukturu koju označavamo imenom **LICNI VREDNOSNI SISTEM (LVS)** individue.(5.)

ANATOMO-FIZIOLOŠKA OSNOVA izloženih sadržaja leži u uzajamnom sadejstvu **retikularne supstance** (koja prevashodno utiče na nivo budnosti), **ekstrapiramidnog sistema** (odgovornog ponajviše za LES, tj. za emocionalni nivo) i **kore velikog mozga** (u čijem se primarnim, sekundarnim i tercijarnim zonama grupišu elementi LIS-a). (Luria)(6.)

BIOHEMIJSKO-ĆELIJSKA OSNOVA za koju vezujemo ovde izloženi koncept, bazira na pretpostavci da je LES direktno povezan sa funkcionisanjem endogenog opijatnog sistema (otkrivenog sedamdesetih godina 20-og veka). Upravo postojanje ovakvog sistema omogućava ranije pomenuto "emocionalno bojenje" svake informacije u dijapazonu neprijatno-neutralno-prijatno ("crno-sivo-belo").(2.)

Lični informacioni (LIS) i Lični emocionalni sistem (LES) koji čine Lični vrednosni sistem (LVS) delom su sastavljeni od sadržaja koji dosta realno odražavaju stvarnost, a delom od više ili manje neadekvatnih informacionih i emocionalnih elemenata.

Zavisno od stepena dostignutog razvoja i adekvatnog odražavanja realiteta **LVS može biti: nedovoljno razvijen** (kako je to u oligofrenih osoba ili u dece), **iskrivljen** (kako je to u većine ljudi, a podrazumeva podnošljiv broj "grešaka" u odnosu na sadržaje realiteta), **sekundarno osiromašen** (kako je to u dementnih osoba) ili **psihotičan** (kada postoji dramatičan nesklad između realiteta i sadržaja psihotičnog LVS-a).

Razvoj LVS-a počinje sa otpočinjanjem procesa aferentacije (pristizanja informacija preko čula u CNS) i traje tokom celog života.

Dinamika razvoja LVS-a je u ranom uzrastu deteta najbrža, a docnije po pravilu sporija, ali i mnogo kompleksnija u smislu ugrađivanja novih sadržaja i korekcija LVS-a.

Činjenica je da se i stvarnost, kao osnovni izvor informacija, menja u prostoru i vremenu, te se LVS i zbog toga izgrađuje uz stalnu potrebu za "restauracijom" svojih delova, kako bi se održao ritam sa pomenutim promenama stvarnosti.

Adekvatan prijem novih informacija i njihovo povezivanje sa odgovarajućim emocijama, uz adekvatnu korekciju starih informacionih i emocionalnih sadržaja, obezbeđuje kreativni razvoj LVSa.

LVS takođe predstavlja i motivaciono jezgro koje usmerava čovekovu aktivnost u pravcu daljeg menjanja stvarnosti.

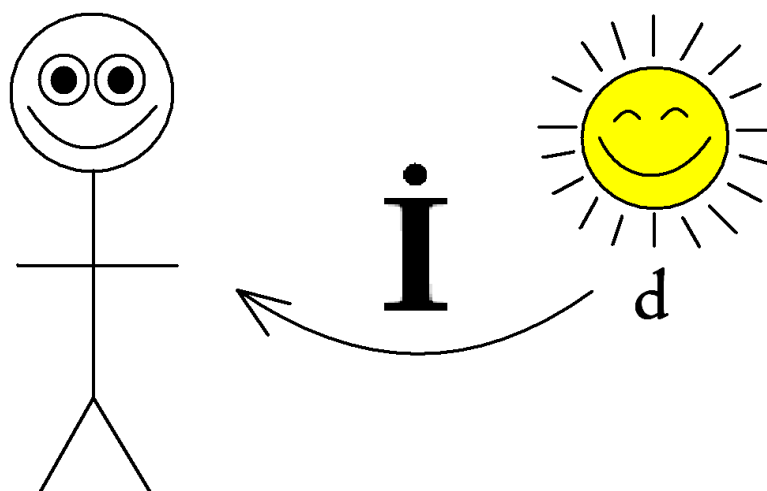
U uzajamnom odnosu STVARNOST \rightleftharpoons LVS prisutan je fenomen povratnog uticaja.

NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA /Slike 5. i 6./

Osnovni načini prijema informacija su:

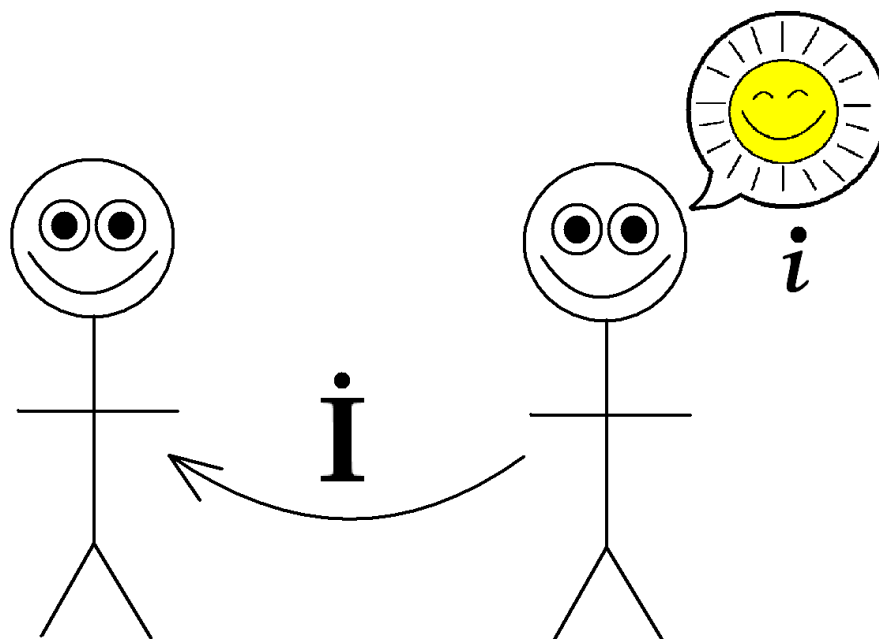
1. **Direktan prijem informacija /Slika 5./** (On se odvija neposrednim kontaktom naših čula sa sadržajem o kome se informišemo.)

Slika 5.



i 2. *Indirektan prijem informacija /Slika 6./* (On se odvija preko posrednika, kroz postupak interpersonalne komunikacije.).

Slika 6.



1. PRAVILAN DIREKTAN PRIJEM INFORMACIJA

Uključuje :

- 1) **Dobru očuvanost anatomskih struktura za prijem, prenos i obradu informacija.**
- 2) **Dobar nivo budnosti.** (Odsustvo prevelikog mentalnog zamora ili dejstva psihoaktivnih supstanci i sl. Ovo predstavlja "donju granicu" za dobar prijem informacija!)
- 3) **Dobar nivo afektiviteta.** (Granično povišen afekt predstavlja "gornju granicu" za dobar prijem informacija!)
- 4) **Dobru razvijenost LIS-a i LES-a (LVS-a).** (Ovaj element obezbeđuje preduslove za adekvatnu ugradnju novih informacija i emocija u LVS!)
- 5) **Individualnu sposobnost za kreativni razvoj LIS-a i LES-a (LVS-a).** (Ova sposobnost se zasniva na odgovarajućoj selektivnosti i kritičnosti primaoca, kako prema novoprimanim, tako i prema starim sadržajima svog LVS-a.)(4.)

2. PRAVILAN INDIREKTNI PRIJEM INFORMACIJA (PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA)

Uključuje:

1) **Dobrog davaoca informacija :**

- 1 - sa karakteristikama kao pod **1.**(zbog kojih je on pre svega uspešan u prethodnom postupku svog direktnog prijema informacija koje će potom dalje prenositi) i
- 2 - sa sposobnošću da aktivno (i bez traženja primaoca), uz dobru selektivnost, istinito, jasno i pravovremeno pruža važne informacije ;

i 2) **Dobrog primaoca informacija :**

- 1 -takođe sa karakteristikama kao pod **1.**(jer se i indirektno primljene informacije primaju na isti način kao i direktno primljene informacije) i
- 2 -sa sposobnošću da aktivno traži informacije, dobro analizira njihovu istinitost i značaj, traži pojašnjavanje kada su informacije nejasne i da se trudi da se pravovremeno informiše.(5.)

INFORMACIONI PRISTUP SVESNOM I NESVESNOM (*Slika 7.*)

Sadržaji LIS-a i LES-a (tj. LVS-a) su delom svesne a delom nesvesne formacije.

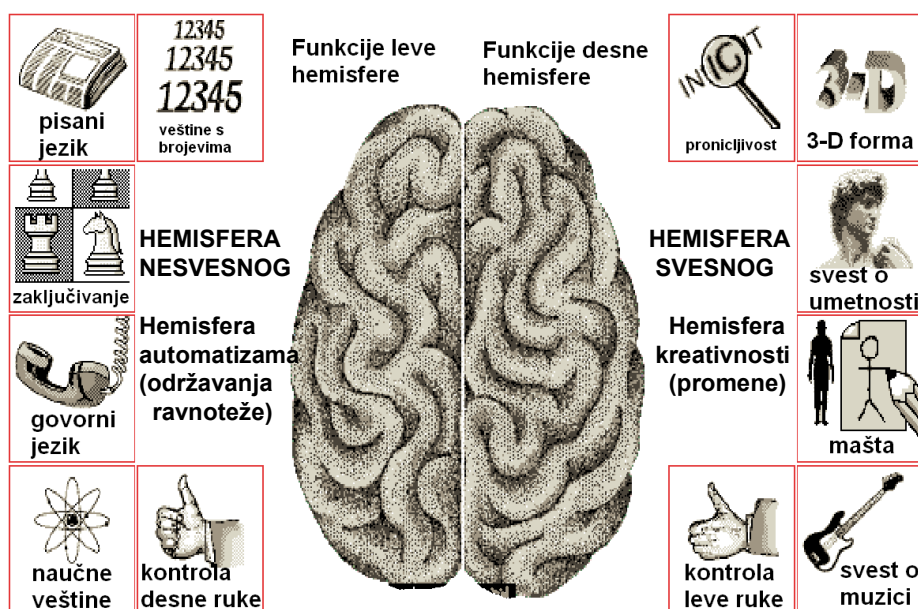
Podaci koje navodi Lurija ("Osnovi neuropsihologije")(6.) jasno ukazuju da je **CENTAR SVESNOG dela LIS-a** u kori nedominantne hemisfere velikog mozga (kod dešnjaka u kori desne hemisfere).

Na ovakav zaključak upućuje pojava takozvanog **Antonovog sindroma** (Sindroma anozognozije ili izostajanja svesti o neurološkom ispadu). Ovo je pojava koja se javlja isključivo u vezi sa oštećenjima različitih regiona kore nedominantne hemisfere velikog mozga.

Naime, zapaženo je da su oštećenja delova kore desne hemisfere u dešnjaka uvek praćena ne samo odgovarajućim neurološkim ispadom već i pojavom nepostojanja svesnosti pacijenta da uopšte ima neurološki ispad.

(U kori nedominantne hemisfere su locirani **CENTRI NEUVEŽBANIH AKTIVNOSTI**: 1.centar za aktuelno učene motoričke veštine, 2. prepoznavanje složenih vizuelnih sadržaja / likova, ideograma, slovnih grešaka, likovnih dela.../, 3.centar za prepoznavanje složenih i neuvežbanih slušnih sadržaja / npr. prepoznavanje muzičkih dela, prepoznavanje literarnih delova.../, 4.centar za prepoznavanje složenih predmeta opipavanjem, 5.centri za analizu složenih ukusa i mirisa /kod degustatora/.)

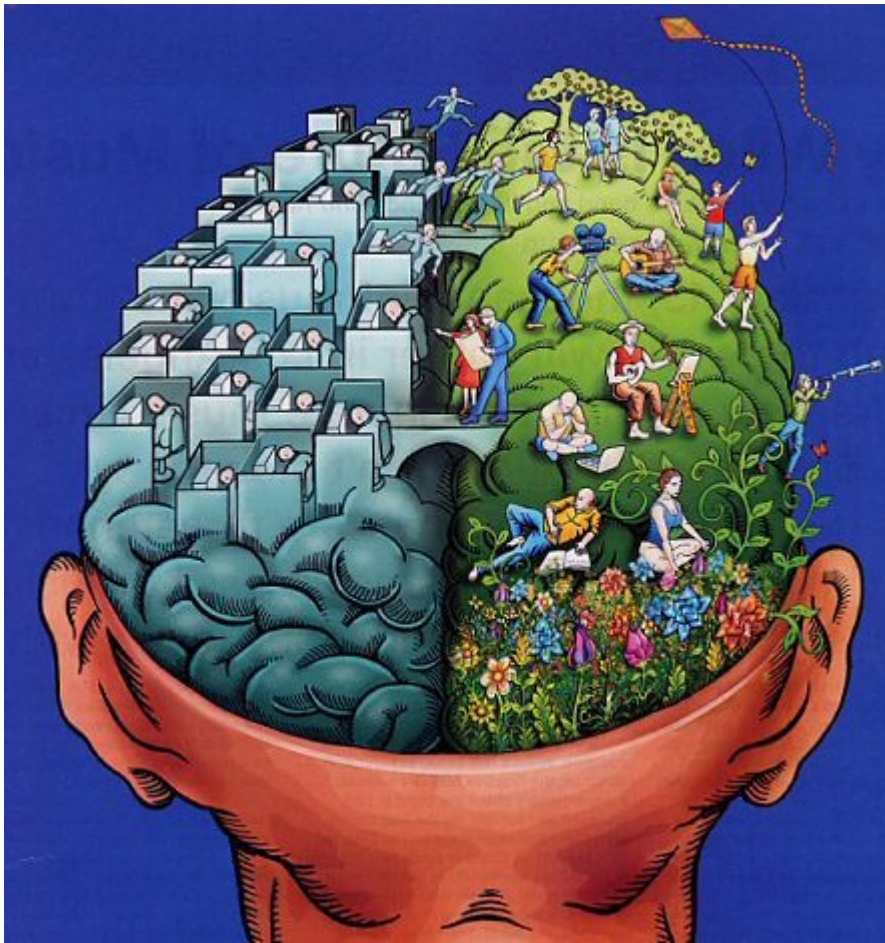
Slika 7.



Na sličan način sledi i pretpostavka da je **CENTAR NESVESNOG dela LIS-a** u kori dominantne hemisfere.

(Ovde su lokalizovani **CENTRI DOBRO UVEŽBANIH AKTIVNOSTI /AUTOMATIZAMA/**: 1.centri dobro uvežbanih motoričkih automatizama / emocionalna motorika, hodanje, plivanje, ples, sviranje na instrumentu, vožnja automobila, vožnja bicikla, pilotiranje, govor, pisanje, pletenje.../, 2.**optički automatizmi** / čitanje slova i uvežbanih reči, čitanje brojki i uvežbano računanje, uvežbano igranje šaha, mice i sličnih vizuelnih igara, uvežbano prepoznavanje najbližih osoba.../, 3.**slušni automatizmi** / uvežbano razumevanje govora, uvežbano prepoznavanje muzike kod muzičara,.../, 4.**taktilni automatizmi** / osećanje "taktilnih melodija" uvežbanih radnji, prepoznavanje poznatih predmeta opipavanjem /, 5.**automatizmi u oblasti čula mirisa i ukusa** / kod degustatora! /)

Dominantna hemisfera je tako "Hemisfera nesvesnog" ("Hemisfera automatizama", tj. "Hemisfera održavanja ravnoteže"), dok je Nedominantna hemisfera "Hemisfera svesnog"("Hemisfera kreativnosti", tj. "Hemisfera promene").



Uporedo s tim, pretpostavljamo i da komisure velikog mozga verovatno igraju ulogu u postupku potiskivanja ili "osveščavanja" sadržaja LIS-a(informacija), a komisure diencefalona odgovarajuću ulogu u potiskivanju ili "osveščavanju" sadržaja LES-a(emocija).

NESVESNI SADRŽAJI LVS-a grupišu se u oblasti dominantne hemisfere na sledeće načine:

1. Složene motoričke radnje, kao i složene operacije u oblasti opažanja (u domenu pet poznatih čula), kada dostignu nivo automatske izvršivosti, kidaju veze sa kontrolnim („svesnom”) hemisferom i postaju automatizovane (što podrazumeva, najvećim delom, odsustvo svesti). Centri ovih automatizama (npr. centar za automatizovanu motoriku govora /Brokin centar/, centar za automatsko razumevanje govora /Wernikeov centar/, ili centar za automatsko čitanje /centar za leksiju...) smešteni su u kori velikog mozga dominantne(„nesvesne”) hemisfere, izuzev njenog prefrontalnog dela.

2. Jedan deo isprogramiranih veština kojima je svest već uveliko ovladala (kao što su: rutinsko računanje, rutinsko igranje šaha i drugih "vizuelnih" igara, donošenje rutinskih profesionalnih odluka, rutinsko logično razmišljanje, vožnja automobila u fazi kad je ušla u rutinu...), takode postaju automatizovane i kidaju veze sa „svesnom” hemisferom. Centar ovih

automatskih planskih aktivnosti verovatno je prefrontalna kora dominantne („nesvesne“) hemisfere velikog mozga.

i 3. U „nesvesnoj“, dominantnoj hemisferi, se gomilaju i sadržaji koji su emocionalno bitni za čoveka, ali imaju karakter emocionalne traume i ne mogu da budu prihvaćeni na svesnom nivou.

Ovi se sadržaji mehanizmom potiskivanja (lažnim "brisanjem") informacije ("ideje"), emocionalog sadržaja ("afekta") ili informaciono-emocionalnog kompleksa ("ideoafektivnog kompleksa"), pomeraju iz delova kore nedominantne u delove kore dominantne hemisfere.

Upravo mehanizam potiskivanja ima presudnu ulogu u FORMIRANJU PSIHIJATRIJSKOG SIMPTOMA kao teme čiji sadržaj, preplavljujući ponašanje pacijenta (a često i aktivnost cele porodice i šireg miljea), dodatno **"obezbeđuje sigurnost" da će napred pomenuti potisnuti delovi LVS-a ostati u nesvesnom.**

Kontrolu realizacije ponašanja koje je definisano kao psihijatrijski problem verovatno obavlja prefrontalna kora velikog mozga dominantne hemisfere (Zbog čega je simptomatsko ponašanje tako efikasno i teško za korekciju.).

Nesvesni deo LVS-a (pa i sam psihijatrijski simptom kao njegov element) omogućava osobi da, u sklopu svojih nesvesnih aktivnosti, zadovolji ili izbegne zadovoljenje svojih nesvesnih i svesno neprihvatljivih pobuda (npr. incestuoznih pulzija).

Iz navedenih sadržaja SLEDI I DOBRO POZNAT **OSNOVNI PSIHOTERAPIJSKI KONCEPT** koji pretpostavlja da se postupkom "osveščavanja" nesvesnih sadržaja LVS-a i njihovom adekvatnom obradom, može, „na mala vrata“, ukloniti i sam psihijatrijski simptom.

MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA (INDIREKTNI PRIJEM INFORMACIJA)

VERBALNA I NEVERBALNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA

VERBALNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA

Ljudski govor i pisanje govornih sadržaja je, u svom najvećem delu, "jezik svesnog". (Pretpostavljamo da se funkcije govora i pisanja odvijaju prevashodno pod kontrolom desne hemisfere, tj njene prefrontalne kore, koja "kontroluje šta govorimo ili šta pišemo"!)

Kada se ljudski govor otme recenziji svesti (najverovatnije pod dejstvom nesvesnog plana definisanog delovanjem nesvesne kontrolne funkcije prefrontalne kore leve hemisfere!) srećemo se sa pojavom **omaški** ili nesvesno izrečenih istina, tipično opisanih kao "**proboji nesvesnih sadržaja u govorni jezik**".

Ovi sadržaji su, zbog toga što predstavljaju traumu za samu ličnost, mehanizmima potiskivanja prevedeni u nesvesnu psihi.

Psihoterapijski postupci različitih psihijatrijskih škola, u suštini teže da stvore uslove za oslobađanje potisnutih traumatskih sadržaja nesvesne psihe i njihovu obradu, uz adekvatno emocionalno pražnjenje i sledstveni gubitak psihijatrijske simptomatologije.

Kao što izgovaranje istine može biti svesno i nesvesno tako **i laž može biti izgovarana svesno ili nesvesno.**

Najčešće je ovakvo ponašanje rezultat svesnog ili nesvesnog straha ili osećanja inferiornosti, ili svesne ili nesvesne želje da se uspostavi lažna nadmoć u relacijama (kod osoba koje suštinski gaje kompleks niže vrednosti, a opisano ponašanje razvijaju po tipu reaktivne formacije, u neuspelom pokušaju da natkompenzuju osećanje inferiornosti i straha u socijalnim relacijama).

Analiza tuđeg rutinskog govora ili rutinskih pisanih sadržaja, odvija se automatizovano u centrima koji su smešteni u dominantnoj hemisferi (Wernikeov i Centar za leksiju).

Nerutinski sadržaji, aktiviraju potrebu za intenzivnijom analizom govornih ili pisanih poruka, što angažuje nedominantnu hemisferu.

Kad se sadržaj razume (tačno ili pogrešno), sledi njegovo emocionalno bojenje i smeštaj u svesnu ili nesvesnu hemisferu (zavisno od toga hoće li osoba uključiti nehanizam potiskivanja ili ne).

NEVERBALNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA

Neverbalna komunikacija odvija se jezikom gestova, pokreta i vegetativnih reakcija. Ona je prevashodno "jezik nesvesnog" i sastoji se iz aktivnosti glatke muskulature, kao i poprečno prugastih mišića. Pod kontrolom je vegetativnog nervnog sistema, kao i delova CNS-a, uz, po pravilu, izostajanje aktivnosti kore nedominantne („svesne“) hemisfere.

Činjenica da se neverbalna komunikacija po pravilu otima kontroli svesti obilato je korišćena razvijanjem različitih metoda detekcije laži u kriminalistici. (Dok svesno lažu ljudi su aktivnom pažnjom usmereni na verbalni sadržaj laganja, a to ih ometa da iskontrolišu pojave „pokreta napetosti“. Tako čovek koji svesno laže na verbalnom planu, po pravilu grimasama i pokretima tela upućuje sagovornika u činjenicu da ga laže. Tome se po pravilu pridružuju i znaci koji potiču iz Vegetativnog nervnog sistema, a koji se detektuju poznatim Detektorom laži (koji beleži ritam rada srca, skokove krvnog pritiska, znojenje, širenje zenica...).

Praćenje neverbalne komunikacije je izuzetno važan elemenat i u psihijatrijskim procenama, kako u delu dijagnostike tako i u procenama sadržaja koji se odvijaju tokom psihoterapijskih postupaka.

Prepoznavanje karakterističnog **jezika gestova, pokreta i vegetativnih reakcija** pomaže nam da pravilno prepoznamo ljudske emocije ("Pusti tela neka govore"- kaže indijanka svom vatrenom udvaraču u jednom popularnom filmu, ukazujući na neverbalnu komunikaciju kao autentični način ispoljavanja ljubavnog odnosa muškarca i žene.).

Dobro poznavanje neverbalne komunikacije jako nam je korisno i da bi na vreme uočili trenutke kada među ljudima normalna verbalna komunikacija prelazi u grubu i povređujuću, a potom i kada preta da pređe u fizičko nasilje.

SLAGANJE VERBALNE I NEVERBALNE MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE

Neverbalna komunikacija može biti u skladu sa sadržajima govornog jezika ili može više ili manje odudarati od njega, te tako govorimo o slaganju ili neslaganju verbalne i neverbalne komunikacije.

Procenjivanje pravog značenja sadržaja komunikacije dosta lako se postiže kada postoji

slaganje između verbalnih i neverbalnih sadržaja. Ovakvom komunikacijom ljudi razvijaju međusobno poverenje i jasno regulišu nivoe bliskosti (ljubav, simpatiju, antipatiju, mržnju...).

U slučajevima kada postoji bitna razlika između sadržaja na verbalnom i neverbalnom nivou to može značajno remetiti komunikaciju tj. mogućnost davaoca i primaoca informacije da na pravi način razumeju prenete sadržaje, pa tako i da jasno definišu svoj međusobni odnos.

Shizofrena komunikacija je karakterističan primer ovakve situacije.

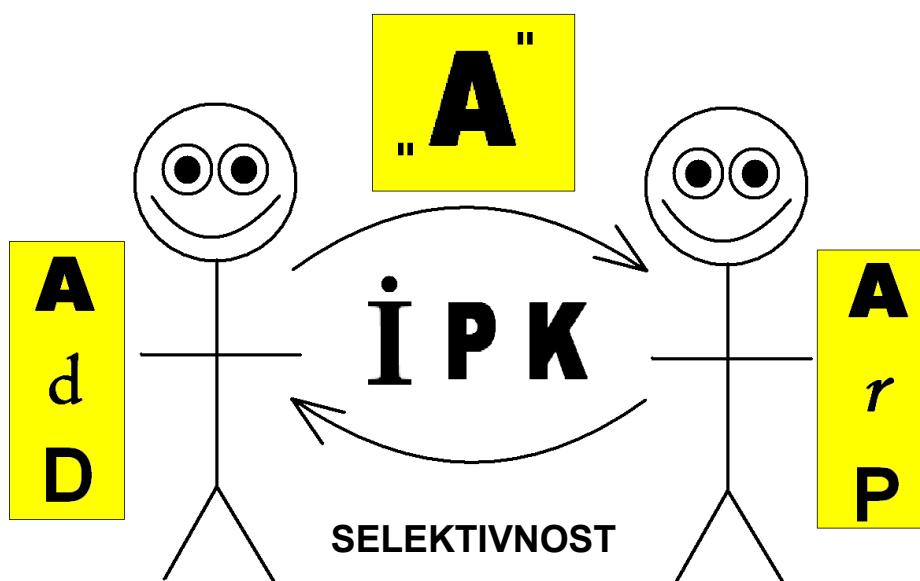
Pojam "ideoafektivna disocijacija" upravo upućuje na neodgovarajući emocionalni ton (neverbalnu komunikaciju) koji prati verbalne iskaze shizofrenih osoba.

Shizofrena komunikacija praktično predstavlja nesvesno odustajanje od adekvatnog komuniciranja i prelazak na specifičan patološki tip komunikacije koji (takođe nesvesno) za osnovnu funkciju ima održavanje nepoverenja i emocionalne distance.(1.)

PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA (PRAVILAN INDIRECTNI PRIJEM INFORMACIJA) /Slika 8./

Pravilna međuljudska komunikacija tj. pravilan indirektni prijem informacija, je **AKTIVAN** i **SELEKTIVAN** proces razmene informacija između osoba u kojoj iste naizmenično menjaju poziciju davaoca i primaoca informacija.

Slika 8. (IPK – interpersonalna komunikacija)



Kao što slika pokazuje, u ovom procesu oba učesnika su **aktivna(A)**, što znači da aktivno tragaju za novim informacijama, s jedne strane, tj. aktivno istražuju nedostatke u svom i informacionom sistemu sagovornika, s druge strane.

Pritom je onaj koji poseduje informaciju **dominantan(d)** u odluci da li će je preneti drugoj osobi (Idealna pozicija nije skrivanje, već dalji prenos važnih informacija!!!).

Primalac važne informacije definitivno je **recesivan(r)** i u situaciji je da direktno zavisi od odluke davaoca informacija da mu iste prenese!

Pritom se osobe zavisno od aktuelne pozicije u postupku prenosa informacija označavaju kao "**davaoci**" (**D**) ili "**primaoci**" (**P**) informacija.

Pravilna međuljudska komunikacija se svesno ili nesvesno pretvara u nepravilnu komunikaciju, u momentu kad, iz svesnih ili nesvesnih razloga, dođe do elementarnog gubitka poverenja među učesnicima u komunikaciji, tj. kad jedna ili obe strane drugu stranu dožive kao neprijateljsku ili nedovoljno sposobnu da pravilno prati sadržaj komunikacije ili isti pravilno upotrebljava u praktičnom životu!.

U kritičnim momentima komunikacija se, zbog gubitka poverenja u sagovornika, ili prekida ili se nastavlja sa elementima nepoverenja, manipulacijom i uz stvaranje uslova za verovatno produbljenje nepoverenja među učesnicima (paranoični komunikacioni okvir), što međuljudske odnose suštinski dovodi u krizu.

U patološkim okvirima jedna od strana ili postaje hiperaktivna nudeći neadekvatne informacije (laži), ili se povlači i postaje upadljivo pasivna (prećutkuje autentične sadržaje).

Ozbiljan i karakterističan problem u međuljudskoj komunikaciji je i situacija u kojoj ona poprima obeležje verbalne agresije, često praćene pretnjama i uvredama.

Smatra se da pravilna komunikacija može da suoči partnere sa vidnim razlikama u informacijama koje iznose, ali da se ove rezlike mogu prihvatiti i dalje obrađivati na način da ne ugrožavaju dalji pozitivan tok komunikacije.

Međutim, u momentu kada se u komunikaciji pokrene lanac uvreda ("prejake reči") ona postaje okvir u kojem se svakog momenta može preći i na fizičku agresivnost. S razlogom ističem kako je od trenutka kad otpočne verbalni sukob (svađa), pa do momenta kad isti preraste u fizički sukob (tuču), po pravilu potrebno vrlo malo vremena!!!

Životne veštine svake osobe morale bi obavezno da uključuju i sposobnost prepoznavanja momenta kada međuljudski razgovor poprimi oblike verbalnog nasilja (svađe).

U tom trenutku je obaveza učesnika da prekinu dalju verbalnu komunikaciju i da razgovor nastave tek kad se nivo afekta i neadekvatnih sadržaja (uvreda i pretnji) korenito izmeni.

Ovo elementarno uputstvo za međuljudsku komunikaciju univerzalno važi, kako u relacijama uslovno zdravih, tako (i još više) i u relacijama sa psihijatrijski obolelim osobama!!!

Takođe je neophodan savet da se uvek autentično komunicira (bez manipulacija komunikacijom) jer se time zadržava humani okvir i pruža šansa sebi i sagovorniku da se međuljudski odnos kreira i održava na poziciji dobronamernosti i poverenja!!!

Kad govorimo o karakteristikama dobre međuljudske komunikacije neophodno je i da posebno ukažemo na **vanredan značaj SELEKTIVNOSTI u postupku pravilnog pružanja, prijema i obrade informacija.**

Selektivnost je rezultat kako spoljašnje realnosti (koja uvek nudi više ili manje ograničeni broj sadržaja), tako i konkretnih sposobnosti primaoca informacija koji je na specifične načine predodređen da uoči ili ne uoči određene informacije, a potom i da adekvatno ili manje adekvatno proceni njihov značaj i uključi ih u svoj lični vrednosni sistem.

Nove informacije predstavljaju često priliku za dalje sazrevanje i razvoj ličnosti, ali mogu biti i šansa da se ista ne pokaže dovoljno sposobnom da adekvatno obradi nove sadržaje(!), što u adaptivnom smislu može da bude kritična tačka za dalje prilagođavanje i opstanak.

Novo doba čoveku donosi prevelik dotok novih informacija u jedinici vremena, kao i brzu promenljivost strukture i elemenata suprasistema u kojem čovek živi, što iz korena menja uslove ljudskog opstanka, postavljajući pred modernog urbanog čoveka neočekivane, nove i teže zadatke prilagođavanja.

Skloni smo da verujemo da je upravo iscrpljenje u borbi za opstanak onaj ključni faktor zbog kojeg savremeni čovek bitno učestalije ispoljava zamor, depresiju i psihosomatska stanja koja se šire u vidu svetske pandemije.

Podaci jasno govore da tehnološki visoko razvijena društva aktuelno beleže niz karakterističnih problema: porast broja samaca, pad nataliteta, epidemiju depresije i depresivnih ekvivalenata, kao i psihosomatskih bolesti.

Nije onda nikakvo čudo što ćemo vam ozbiljno savetovati da u ličnom životu pokušate da ograničite promenljivost sadržaja kao i prekomeran dotok informacija.

(Za početak, ozbiljan savet: Kad god TV program ne nudi nešto zaista bitno - gasite televizor!)

Uslov da ostanete živi i zdravi u budućnosti sigurno će biti i da se dovoljno odmarate, kao i da bitan deo dana utrošite u doživljavanju dovoljne količine istinskih zadovoljstava.

PARADOKS POTPUNE PREDODREĐENOSTI U RAZVOJU SISTEMA

Na kraju ovog rezimea sadržaja knjige koja je pred Vama neophodno je istaći i činjenicu da je čitav Makrosistem, čiji smo i mi deo, potpuno predodređen u svom razvoju.

Ili, što bi naši stari rekli:

"Sve što se sa nama i oko nas dešava je – SUDBINA..."

Jesmo li, krećući se i sami u potpuno predodređenom razvojnom hodu, došli do neke posebne tačke?

Možda smo došli do tačke postizanja višeg nivoa svesti o "svesnom" i "nesvesnom" u nama?

Hoće li nam bolje razumevanje svesnog i nesvesnog, kao i ljudske komunikacije sa okolinom, pomoći da prepoznamo i bolje rešavamo vekovne probleme zdravlja, bolesti i našeg opstanka uopšte?

Hoćemo li već danas biti mudriji i srećniji?

Ili će sva ova pitanja i dalje podjednako mučiti i mnoge što dolaze posle nas?

Literatura :

1. Gačić B.: Porodična terapija alkoholizma. Rad, Beograd, 1978.
2. Goldner-Vukov M., Baba-Milkić N.: Osećajni život savremenog čoveka i droge. Prosveta, Niš, 1992.
3. Kecmanović D.: Psihijatrija. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.
4. Lilić V.: Adekvatna interpersonalna komunikacija i mentalno zdravlje, "Majski susreti zdravstvenih radnika Srbije", 2008.
5. Lilić V.: Informaciono-komunikacioni model u psihijatriji. Knjiga. (Četvrto izdanje, u elektronskoj formi), Niš, 2009.
6. Luria A.R.: Osnovi neuropsihologije. Nolit, Beograd, 1983.

2. PSIHOLOGIJA ČOVEKA I OPŠTA PREDODREĐENOST

Veliki broj ljudi (najverovatnije upadljiva većina!?) ima utisak da poseduje **slobodu izbora** pri donošenju svojih odluka i upravljanju svojim ponašanjem.

Potom oni zaključuju da, kad već postoji sloboda izbora, realno postoji i **odgovornost čoveka** za njegove odluke i ponašanje.

U realnosti, međutim, svi naši sadržaji, kao uostalom i sve drugo što se u stvarnosti dešava, samo teče tokovima strogo predodređenog razvoja.

Naše prethodno iskustvo i kontakt sa elementima aktuelnog trenutka, nepogrešivo rezultiraju donošenjem jedinstvenih (strogo određenih) odluka koje su direktni rezultat ova dva osnovna faktora.

Predodređenost u tokovima života pojedinaca najčešće nazivamo **ljudskom sudbinom**.

Činjenica je da postoji i značajan procenat osoba koje imaju jasan uvid u opisanu predodređenost u razvoju svega postojećeg.

Šta je razlog da velika većina ljudi ipak podleže iluziji da ima "Slobodu izbora"?

U realnosti procesa odličivanja postoji različito širok okvir u kojem vršimo naš strogo predodređeni izbor: Nekad se on obavlja tako što uzmemo to jedno jedino što nam se nudi, a nekad nepogrešivo izaberemo među sijaset ponuda onu za koju smo predodređeni ("onu za koju procenimo da nam najviše odgovara").

Upravo postojanje užeg ili šireg okvira (dve ili više različitih ponuđenih mogućnosti) su podstrek za održanje ove zablude.

Velikom broju ljudi se naprosto učini da su "za malo" mogli da načine i drugačiji izbor od onog kojeg su načinili.

Kako iluzija o postojanju "Slobode izbora" utiče na ljudsku psihu i ljudsko ponašanje?

U vezi s ovim pitanjem oslikaću Vam doživljavanja i ponašanje čoveka koji veruje u iluziju "Slobode izbora", a potom i doživljavanje i ponašanje nekog ko realno posmatra ove sadržaje.

Obećavam Vam da ćete biti suočeni sa najvećom mogućom razlikom koja može da postoji među ljudima, naspram koje su sve ostale rasne i kulturološke razlike minimalne.

Ljudi koji veruju u "Iluziju slobode izbora" često vrše pojačani pritisak na druge da takode prihvate da je postojanje "Slobode izbora" realnost.

Uporedo sa prihvatanjem ideje da ljudi imaju slobodu izbora sledi i ideja da "oni svojom voljom donose odluke u vezi sa svojim ponašanjem", a iz toga dalje sledi da su i " odgovorni za kontrolisanje svog ponašanja i posledice koje iz tog ponašanja proizilaze".

Nadalje, oni zaključuju da, ukoliko neko načini pogrešan potez (potez nakon kojeg dolazi do loših rezultata), treba ga prozvati na odgovornost, tj. suditi mu za pogrešno načinjen korak.

Prihvativši stav o sopstvenoj odgovornosti, osobe koje su pod uticajem "Iluzije slobode izbora", svoje poteze nakon kojih dolazi do loših ishoda ozbiljno tretiraju kao sopstvene greške i sa njima se teško nose (često razvijaju **otvoreno depresivno ponašanje**), a kaznu, bilo da je sami sebi izriču ili to čini neko drugi, gotovo da dožive uz dozu olakšanja.

Nije teško pretpostaviti da će ovakvi ljudi, u situacijama kada osećaju "ogromnu krivicu" koju sebi ne mogu da oprostite (niti osećaju da su "dovoljno kažnjeni"), često biti skloni i da ovu svoju "veliku grešku" pokušaju da obrade na poznate načine tj. poznatim **MEHANIZMIMA ODBRANE**:

Tako će neki "neoprostivu grešku" **u celosti potisnuti u nesvesno (negacija)** (gde će ona biti izvor "maskirane depresije", sa mogućnošću spoljašnjeg ispoljavanja preko psihosomatskih ili psihičkih pojava), ili će **mehanizmom delimičnog potiskivanja (minimiziranjem)** podeliti depresiju na delom svesnu i delom nesvesnu (delom je "zamaskirati", a delom ispoljiti).

Neki ljudi će, pak, primeniti mehanizam "**racionalizacije**", pri čemu će više ili manje **iskrivljavati svoju predstavu o stvarnosti**, kako bi izbegli da se suoče sa svojom "neoprostivom greškom".

(Termin "racionalizacija" potpuno je neprimeren stvarnim sadržajima ovog mehanizma odbrane, koji su suštinski iracionalni. Stoga se **zalažem da se ovaj mehanizam odbrane nazove "iracionalizacija"**).

Drugi će svoju "grešku" pred sobom i drugima prikazivati kao "uspeh" (poznatim mehanizmom **Reaktivne formacije**), što predstavlja **još dublje iskrivljavanje sopstvene predstave o realnosti**.

Neki će "grešnost" **projektovati** na okolinu "koja je u stvari pravi nosioc grešaka i koja ih ne razume i ponaša se neprijateljski prema njima".

Ali "Iluzija slobode izbora" nije samo okvir za analizu greha i krivice, već i ozbiljno polje koje održava u funkciji i pojam "zasluženog uspeha".

"Iluzija slobode izbora" je tako "majka" i drugih dveju ključnih čovekovih iluzija:
 -"Iluzije odgovornosti za grešku"
 i -"Iluzije zasluge za uspeh".

"Iluzija zasluge za uspeh" čini ljude, svesno ili nesvesno, oholim i zahtevnim.

S jedne strane se, svesno ili nesvesno, osećaju nadmeno, kao da su vanredno vredni nekakvom svojom zaslugom (**Imaju svesni ili nesvesni kompleks više vrednosti**). Manifestuju i očekivanje povećanog poštovanja od okoline, ali i povećavaju očekivanja od sebe samih (da u budućnosti sami sebe nadmaše).

Jasno je da ove osobe nerealno intenzivnije doživljavaju i tugu zbog "svoje greške" i sreću zbog "svog uspeha", a takođe i druge oko sebe strogo dele na "krivce" i "zaslužne" (često mrzeći i kritikujući ove prve i hvaleći one druge).

Kako izgleda suprotnost opisanom ponašanju tj. kako misli i funkcioniše osoba koja je prevazišla "Iluziju slobode izbora" i ima realan pogled na stvarnost?

Osnova onoga što se s pravom zove "duševni mir" često je u činjenica da su ljudi koji ga poseduju istovremeno i oni koji ističu svoje verovanje u sudbinu /tj. potpunu predodređenost svih događanja/.

(Slični duševni mir imaju i istinski religiozne osobe koje sva dešavanja u sebi i oko sebe vide kao "**božju volju**", što je, po efektu oslobađanja čoveka od neadekvatnog doživljaja moći i odgovornosti, u suštini veoma sličan način mišljenja.)

Činjenica je da se mnogi ljudi okreću religiji ili verovanju u sudbinu u poznijim godinama svog života ili nakon što prežive teške životne traume.

Mučno životno iskustvo i njegova psihološka obrada izgleda da doprinose da osoba konačno stekne uvid u realost pune predodređenosti svega postojećeg.

Osobe koje uspešno sagledavaju realnost imaju svest o tome da i njihove odluke i ponašanje nisu ništa drugo do proizvod tokova materije i energije i imaju uvid u njihovu potpunu predodređenost.

Otuda su jako srećni kad vide da im je sudbina dala da obave neke dobre uloge, a nesrećni kad im je dato da pogreše, ali se u prvom slučaju ne ponašaju oholo, a u drugom slučaju ne trpe grubi osećaj krivice, jer oba fenomena ne tretiraju kao "ličnu zaslugu" već kao sadržaj sudbine.

Iz ovih razloga funkcionisanje ovih osoba prati daleko veći stepen emocionalnog mira ("**duševnog mira**").

One niti ulaze u ekstremno zadovoljstvo samim sobom ili drugima, niti imaju epizode ekstremnog osećaja svoje ili tuđe krivice.

Njihov duševni mir nije rezultat potiskivanja emocija, kako je to slučaj kod psihosomatskih ili nekih psihijatrijskih pacijenata, već **je rezultat istinske životne mudrosti.**

Dokle će istorija da se ponavlja?

Ovo pitanje smo postavili imajući u vidu činjenicu da je spoznaja postojanja fenomena opšte predodređenosti (sudbine) u više navrata bila prihvatana od strane onog dela ljudske teorije i prakse koji nazivamo "naukom".

Utisak je da svaka osoba i svaka generacija za sebe otpočinje i više ili manje uspešno dovršava proces spoznaje realnosti.

Obzirom da je za realno sagledavanje ovog procesa ipak potrebna određena količina pronicljivosti i zrelosti (što podrazumeva uspešnost u razrešavanju sopstvenih psiholoških konflikata) verovatno i nije nikakvo čudo što, u svakoj generaciji, samo deo ljudi dosegne uvid u potpunu predodređenost tokova stvarnosti.

Da li su osobe koje dosegnu uvid u ukupnu predodređenost svega postojećeg u ikakvoj prednosti nad drugim ljudima?

Osobe koje veruju u "slobodu izbora" neminovno emocionalno intenzivnije funkcionišu.

Kod ovih osoba, intenzivna emocionalna stanja, kada se ne koriguju ranije pomenutim psihološkim mehanizmima odbrane, isuviše često i bitno remete procese pravilnog opažanja, rasuđivanja i odlučivanja.

Takođe, ispoljavanje intenzivnih emocionalnih stanja praćeno je i burnim telesnim zbivanjima sa visokom energetsom potrošnjom, što, u slučaju ovakvih učestalih ispoljavanja, postaje bitan faktor koji će voditi organizam iscrpljivanju energetskih rezervi.

U krajnjem ovakve će osobe imati sve šanse ili za razvoj manifestne (otvorene) depresije, kao reakcije na svoje i tuđe neuspehe ili pak mogu biti ushićene svojim i tuđim uspesima.

Mnoge ovakve osobe će aktivirati ranije opisane Psihološke mehanizme odbrane, što će biti pracoeno neuspješnim fenomenima adaptacije.

Ovi će mehanizmi potisnuti emocionalno reagovanje i dovesti do gomilanja maskirane depresivnosti, a ova će potom nalaziti ishodište u razvoju psihijatrijskih ili psihosomatskih fenomena.

Može se pretpostaviti da je moguća prednosti osoba koje veruju u sudbinu (ili u "božju volju") u odnosu na druge ljude, to što sva događanja daleko mirnije analiziraju, te su tako zaštićene od svih napred pomenutih fenomena koji se dešavaju osobama koje veruju u postojanje "slobodne volje".

Da li robovanje "iluziji slobodne volje" ima i elemente svojevrsne prednosti osoba u borbi za opstanak?

Moguće je pretpostaviti i da osobe koje svoje pobeđe i poraze doživljavaju kao svoje lične uspehe ili neuspehe (a ne kao tok sudbine), imaju jače motivacione mehanizme u odnosu na osobe koje veruju u sudbinu ili božiju volju.

Otuda je moguće pretpostaviti da su ove osobe, paradoksalno, borbenije i upornije u dostizanju zamišljenih ciljeva(?!).

Široka anketa koja bi se ticala analize ovih stavova na velikoj statističkoj masi, imala bi mogućnost da iznedri i pretpostavku o tome šta je funkcionalnije: dobar uvid u realnost ili njeno iskrivljavanje.

Polazna pretpostavka ovog autora je ipak takva da osobe sa svesnim poimanjem opšte predodređenosti i osobe sa istinski religijskim poimanjem sveta vidi kao one koje su adaptibilnije i spremnije za procese razvoja, preživljavanja i reprodukcije...

Pitanje ipak ostaje, do daljeg, otvoreno...

B - INFORMACIONO-KOMUNIKACIONI PRISTUP U PSIHIJATRIJI

I UVOD

INFORMACIJA je specifičan oblik:

- 1) **energije** (1- elektromagnetne - kod čula vida,
2- mehaničke - kod čula sluha i dodira) i
- 2) **materije** (u oblasti čula mirisa i ukusa) .

Prijemom informacija osobe izgrađuju svoju predstavu o stvarnosti, gradeći **LIČNI INFORMACIONI SISTEM**.

Ovo je složena forma sastavljena od niza povezanih informacija sa različitim stepenom verovatnoće u njihovu istinitost.

Svaki pojedinačni sadržaj Ličnog informacionog sistema praćen je više ili manje intenzivnim, prijatnim ili neprijatnim, emocionalnim nabojem, a ovo dopunski selektuje informacije u zavisnosti od toga kakva je i kolika vrednost pojedinačnih sadržaja Ličnog informacionog sistema u postupku prilagođavanja i uspešnog opstanka individue.

Ovi prateći elementi grade paralelan sistem označen kao **LIČNI EMOCIONALNI SISTEM**.

Lični informacioni sistem i Lični emocionalni sistem u svojoj povezanosti čine specifičnu informaciono-emocionalnu strukturu koju označavamo imenom **LIČNI VREDNOSNI SISTEM** individue.

Lični vrednosni sistem se nadograđuje i menja tokom života jedne osobe i predstavlja više ili manje adekvatan odraz postojeće realnosti.

ANATOMO-FIZIOLOŠKA OSNOVA ovih sadržaja leži u uzajamnom sadejstvu:

1. **retikularne supstance**, koja prevashodno utiče na nivo budnosti (što je osnovni preduslov za prijem informacija),
2. **ekstrapiramidnog sistema**, odgovornog za Lični emocionalni sistem, tj.za emocionalni nivo i
3. **kore velikog mozga (tj. kore parjetalnog, okcipitalnog i temporalnog režnja)**, u čijim se primarnim, sekundarnim i tercijarnim zonama grupišu elementi Ličnog informacionog sistema (počev od elementarnih informacija, koje se skladište u primarnim zonama, pa sve do potpunih engrama, koji se formiraju u tercijarnim, parjeto-temporo-okcipitalnim, zonama moždane kore!). (15)

Podaci koje navodi Lurija ("Osnovi neuropsihologije")(15) upućuju na zaključak da je CENTAR SVESNOG dela Ličnog informacionog sistema u kori nedominantne hemisfere velikog mozga.

(U prilog tome govori pojava Antonovog sindroma, tj. Sindroma anozognozije, koji prati lezije ovih zona moždane kore!).

Ovde su locirani **CENTRI NEUVEŽBANIH AKTIVNOSTI**: 1.centri za aktuelno učene **motoričke veštine**, 2. centri prepoznavanja složenih vizuelnih sadržaja / likova, ideograma, slovnih grešaka, likovnih dela.../, 3. centri za prepoznavanje složenih i neuvežbanih slušnih

sadržaja / npr. prepoznavanje muzičkih dela, prepoznavanje stihova?/, 4. **centar za prepoznavanje složenih predmeta opipavanjem**, 5. **centri za analizu složenih ukusa i mirisa** /kod degustatora/.

Analogno prethodnom sledi i zaključak da je **CENTAR NESVESNOG dela Ličnog informacionog sistema u kori dominantne hemisfere**.

Ovde su lokalizovani **CENTRI UVEŽBANIH AKTIVNOSTI /AUTOMATIZAMA/**: 1. **centri dobro uvežbanih motoričkih automatizama** / emocionalna motorika, hodanje, plivanje, ples, sviranje na instrumentu, vožnja automobila, vožnja bicikla, pilotiranje, govor(Brokin centar), pisanje, pletenje.../, 2. **optički automatizmi** / čitanje slova i uvežbanih reči, čitanje brojki i uvežbano računanje, uvežbano igranje šaha, mice i sličnih vizuelnih igara, uvežbano prepoznavanje najbližijih osoba.../, 3. **slušni automatizmi** / uvežbano razumevanje govora(Wernikeov centar), uvežbano prepoznavanje muzike kod muzičara,.../, 4. **taktilni automatizmi** / osećanje "taktilnih melodija" uvežbanih radnji, prepoznavanje poznatih predmeta opipavanjem /, 5. **automatizmi u oblasti čula mirisa i ukusa** / kod degustatora! /.

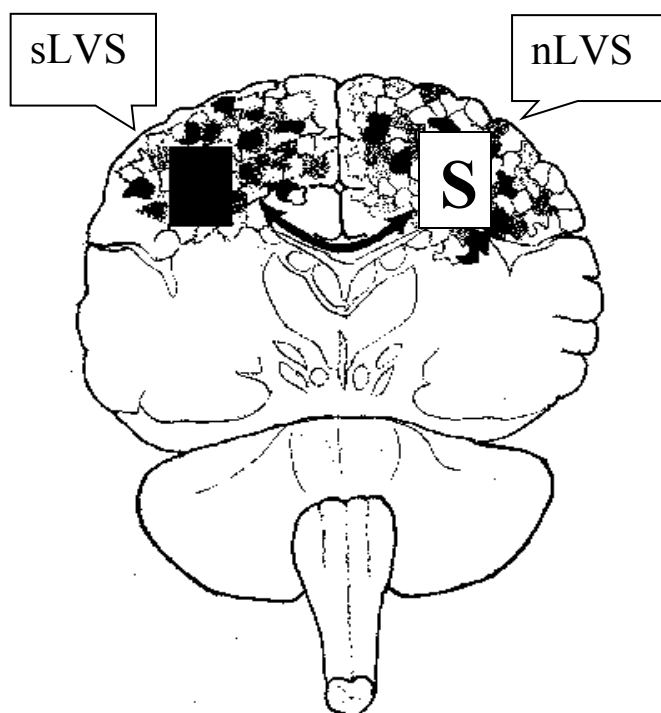
Dominantna hemisfera je tako "Hemisfera nesvesnog" ("Hemisfera automatizama", tj."Hemisfera održavanja homeostaze"), dok je **Nedominantna hemisfera "Hemisfera svesnog"** ("Hemisfera kreativnosti i improvizacije", tj. "Hemisfera promene").

Uporedo s tim pretpostavljamo i da **komisura velikog mozga verovatno igraju ulogu u postupku potiskivanja ili "osveščavanja" sadržaja Ličnog informacionog sistema**, a **komisura diencefalona odgovarajuću ulogu u potiskivanju ili "osveščavanju" sadržaja Ličnog emocionalnog sistema** (što bi potpuno odgovaralo klinički poznatim oblicima potiskivanja: samo afekta, samo "ideje" ili oba sadržaja zajedno tj. "ideoafektivnog kompleksa").

BIOHEMIJSKA OSNOVA za koju vezujemo ovde izloženi koncept, bazira na hipotezi da je Lični emocionalni sistem direktno povezan sa **funkcionisanjem endogenog opijatnog sistema** (5) (otkrivenog sedamdesetih godina 20-og veka).

Postojanje ovog sistema **omogućava "emocionalno bojenje" svake informacije** u dijapazonu neprijatno-neutralno-prijatno ("crno-sivo-belo").

Celinu navedenog koncepta najbolje ilustruje šematski prikaz na Slici 1.



Slika 1: Šematski prikaz sadržaja LVS-a u dešnjaka.

Legenda :

- 1) **S**- simptom (u "dominantnoj" hemisferi) u nesvesnom delu Ličnog informacionog sistema (nLVS). (Njegov svesni pandan uokviren je kao crni pravougaonik u desnoj hemisferi.)
- 2) **sLVS** - svesni deo Ličnog informacionog sistema (u "nedominantnoj hemisferi").
- 3) Intenzitet senki ukazuje na stepen prijatnosti, tj. neprijatnosti informacija (tamno = neprijatno, sivo = neutralno, svetlo = prijatno).
- 4) Intenzitet linija ukazuje na stepen uverljivosti informacija (debela linija = informacija u koju se mnogo veruje) (tanka linija = manje verovatno istinita informacija).
- 5) Oblici i linije predstavljaju Lični informacioni sistem, a senke predstavljaju Lični emocionalni sistem.

II PRAVILAN PRIJEM INFORMACIJA, PRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA I PRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA

1. PRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA

Osnovni načini prijema informacija su:

- 1) **Direktan prijem informacija**
(Odvija se neposrednim kontaktom naših čula sa sadržajem o kome se informišemo.)
- 2) **Indirektan prijem informacija**
(Odvija se preko posrednika, kroz postupak interpersonalne komunikacije.)

1.1. PRAVILAN DIREKTAN PRIJEM INFORMACIJA

Uključuje :

- 1) **Dobru očuvanost anatomskih struktura za prijem, prenos i obradu informacija.**
- 2) **Zadovoljavajući nivo budnosti.**
(Odsustvo prevelikog mentalnog zamora ili dejstva psihoaktivnih supstanci i sl. Ovo predstavlja "donju granicu" za dobar prijem informacija!)
- 3) **Zadovoljavajući nivo afektiviteta. (Dovoljna afektivna smirenost.)**
(Granično povišen afekt predstavlja "gornju granicu" za dobar prijem informacija!)
- 4) **Dobra razvijenost Ličnog informacionog i Ličnog emocionalnog sistema (tj. Ličnog vrednosnog sistema).**
(Ovaj element obezbeđuje preduslove za adekvatnu ugradnju novih informacija i emocija u Lični vrednosni sistem!)
- 5) **Zadovoljavajuća sposobnost osobe da kreativno razvija svoj Lični informacioni i Lični emocionalni sistem (tj. Lični vrednosni sistem).**
(Ova sposobnost se zasniva na odgovarajućoj selektivnosti i kritičnosti primaoca, kako prema novoprimalim, tako i prema starim sadržajima svog Ličnog vrednosnog sistema.)

1.2. PRAVILAN INDIREKTNI PRIJEM INFORMACIJA (PRAVILNA MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA)

Uključuje:

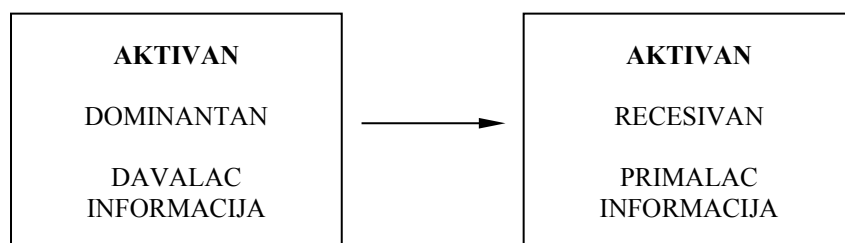
1) *Dobrog davaoca informacija* :

- 1- To je osoba koja ima pravilan direktan prijem informacija koje će potom dalje prenositi (Ima karakteristike navedene pod tačkom **II 1.1.**, strana 24.), i
- 2- to je osoba koja aktivno (i ne čekajući na traženja primaoca), uz adekvatnu selektivnost, istinito, jasno i pravovremeno pruža važne informacije.

i 2) *Dobrog primaoca informacija* :

- 1 - To je takođe osoba koja pravilno direktno prima informacije (kao pod **II 1.1.**, strana 24.) jer se i indirektno primljene informacije primaju na isti način kao i direktno primljene informacije, i
- 2 - koja aktivno (i bez nuđenja od strane davaoca) traži važne informacije, pravilno analizira njihovu istinitost i značaj, traži pojašnjavanje kada su informacije nejasne i trudi se da se pravovremeno informiše.

ŠEMA PRAVILNE MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE



"**Aktivan**" - aktivno stupa u komunikaciju tražeći ili nudeći važnu informaciju.

"**Dominantan**" - Davalac informacije je apsolutno dominantan u odluci da li će informaciju proslediti primaocu.

2. PRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA

- Lični informacioni i Lični emocionalni sistem čine Lični vrednosni sistem i delom su sastavljeni od sadržaja koji dosta realno odražavaju stvarnost, a delom od više ili manje neadekvatnih informacionih i emocionalnih elemenata.
- Razvoj Ličnog vrednosnog sistema počinje još dok je plod u materici, razvojem procesa aferencije (pristizanja informacija preko čula u CNS) i traje tokom celog života.

Dinamika razvoja Ličnog vrednosnog sistema je u ranom uzrastu deteta najbrža, a kasnije po pravilu sporija, ali i mnogo kompleksnija, u smislu ugrađivanja novih sadržaja i korekcija starih sadržaja Ličnog vrednosnog sistema.

- Činjenica je da se i stvarnost, kao osnovni izvor informacija, menja u prostoru i vremenu, te se Lični vrednosni sistem i zbog toga izgrađuje uz stalnu potrebu za "restauracijom" svojih delova, kako bi se održao ritam sa pomenutim promenama stvarnosti.
Adekvatan prijem novih informacija praćenih odgovarajućim emocijama, uz adekvatnu korekciju starih informacionih i emocionalnih sadržaja, obezbeđuje **kreativni razvoj Ličnog vrednosnog sistema**.
- Lični vrednosni sistem predstavlja i motivaciono jezgro koje usmerava čovekovu aktivnost u pravcu daljeg menjanja stvarnosti.
- U uzajamnom odnosu STVARNOST \longleftrightarrow LIČNI VREDNOSNI SISTEM prisutan je fenomen povratnog uticaja.

ELEMENTI PRAVILNOG RAZVOJA LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA su sledeći:

- 1) *Pravilan prijem informacija* (kao pod II 1., strana 24.), *uz uključenje njima odgovarajućeg pratećeg afektiviteta*.
- 2) *Pravilan postupak formiranja svesnog i nesvesnog dela Ličnog vrednosnog sistema* (lociranih u različitim hemisferama velikog mozga).
- 3) *Pravilan postupak korigovanja iskrivljenih i brisanja nepotrebnih (neadekvatnih) informacionih i emocionalnih sadržaja Ličnog vrednosnog sistema*.
- 4) *Pravilan povratni uticaj individue i njene okoline* jedno na drugo, što potstiče obostrani rast i razvoj.

Sadržaji Ličnog vrednosnog sistema su delom svesne, a delom nesvesne formacije i one su locirane u različitim hemisferama velikog mozga (Vidi sliku 1!).

- *Nesvesni sadržaji Ličnog vrednosnog sistema nastaju najvećim delom adekvatnim procesom FORMIRANJA AUTOMATIZAMA, kojim se dobro uvežbani sadržaji iz nedominantne, svesne hemisfere, premeštaju u dominantnu, nesvesnu hemisferu.*
- *Daleko manje, ali od ključnog značaja za čovekovo funkcionisanje, deo nesvesnih sadržaja Ličnog vrednosnog sistema nastaje patološkim procesom POTISKIVANJA* (lažnim "brisanjem") informacije ("ideje"), emocionalog sadržaja ("afekta") ili informaciono-emocionalnog ("ideo-afektivnog") kompleksa.
Potiskivanje iz svesti se obavlja *pod dejstvom povišenog nivoa afektiviteta u momentima ličnih i porodičnih kritičnih životnih događaja* /Vidi sadržaj pod III 1.1.3),strana 28./.

Upravo ovaj mehanizam ima presudnu ulogu u FORMIRANJU PSIHIJATRIJSKOG SIMPTOMA(Psihijatrijske bolesti) kao teme čiji sadržaj, preplavljujući ponašanje pacijenta

(a često i aktivnost cele porodice i šireg miljea), dodatno **"obezbeđuje sigurnost" da će traumatski delovi Ličnog vrednosnog sistema ostati u nesvesnom.**

S druge strane, formiran Psihijatrijski simptom omogućava osobi da, u sklopu svojih nesvesnih

aktivnosti, zadovolji ili izbegne zadovoljenje svojih nesvesnih pobuda.

- Iz prethodno navedenog sledi i **OPŠTEPRIHVAĆENI PSIHOTERAPIJSKI KONCEPT** koji pretpostavlja da se postupkom "osveščavanja" traumatskih nesvesnih sadržaja Ličnog vrednosnog sistema može, na mala vrata, ukloniti i sam psihijatrijski simptom. Ovakav koncept uključuje i logiku Frojdove psihoanalize, ali se jednako odnosi na metode iz arsenala sistemičara komunikacionista koji uvođenjem modela adekvatne interpersonalne komunikacije krče put do nesvesnih sadržaja.
- Koristim priliku da, na ovom mestu, pomenem i **DRUGI PSIHOTERAPIJSKI KONCEPT**, takođe iz domena komunikacionog pristupa, koji ukazuje na mogućnost da se psihijatrijski simptom eliminiše i kroz aktuelne interpersonalne porodične komunikacije i razmene koje će, svojim intenzivnim afektivitetom (značajem), uspostaviti adekvatnu porodičnu lojalnost i lične i porodične vrednosne sisteme, čime će obesmisлити i eliminisati psihijatrijski simptom.

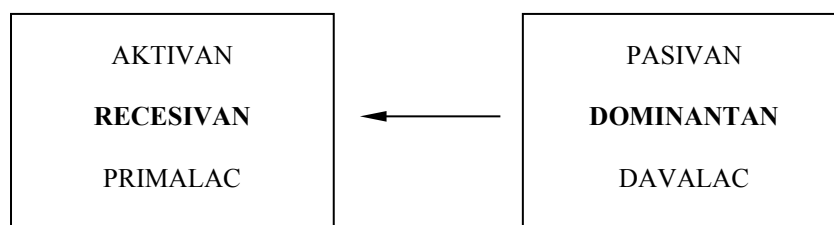
Na taj način, dok je Frojdova psihoanaliza isključivo "istorijska", jer interveniše koristeći informacije iz prošlosti, komunikaciona sistemska psihoterapija je i "istorijska" i "sadašnja" i trebalo bi da pokaže da može ili "da razveže Gordijev čvor" ili da isti "preseče mačem".

3. PRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA

Pravilna međuljudska razmena na nivou odraslih osoba se uspostavlja između DAVAOCA i PRIMAOCA koji imaju specifične karakteristike:

- DOBAR PRIMALAC je AKTIVAN
 - 1/ Aktivno analizira svoje potrebe.
 - 2/ Aktivno analizira načine kako je moguće da svoje potrebe zadovolji.
 - 3/ Aktivno, prvi, stupa u komunikaciju sa davaocem na kojeg je usmeren u postupku zadovoljavanja svojih aktuelnih potreba.
- DOBAR DAVALAC je PASIVAN
 - 1/ Okrenut je analizi sopstvenih potreba i načina da ih zadovolji.
 - 2/ Stupa u komunikaciju tek po pozivu primaoca.
- DOBAR DAVALAC je DOMINANTAN
 - Nakon analize svojih mogućnosti i potreba suvereno odlučuje hoće li dati ono što je od njega traženo.
- DOBAR PRIMALAC je RECESIVAN
 - 1/ Prihvata odluku davaoca
 - 2/ U slučaju da je njegovo traženje odbijeno ima mogućnost da ga odloži ili da se usmeri na nekog drugog davaoca.

ŠEMA PRAVILNE MEĐULJUDSKE RAZMENE



Obavljanjem pravilne međuljudske razmene jača odnos bliskosti, samopoštovanja i uzajamnog poštovanja i poverenja partnera u dijadi, uz šanse za rast i razvoj (morfogenezu), kako individua ponaosob tako i dijade, a i šire sredine.

Ovo je realan okvir i za pravilnu emocionalnu razmenu.

III NEPRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA, NEPRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA I NEPRAVILNA MEĐULJUDSKA RAZMENA

1. NEPRAVILNI NAČINI PRIJEMA INFORMACIJA

1.1. NEPRAVILNI NAČINI DIREKTOG PRIJEMA INFORMACIJA

1) *Narušenost anatomskih struktura za prijem, prenos i obradu informacija.*

2) *Loša budnost.*

(Mentalni zamor, dejstvo psihoaktivnih supstanci i sl. utiče da se informacije pri prijemu iskrivljuju ili da uopšte i ne budu primljene.)

3) *Povišen nivo afektiviteta:*

1 – *Svesni ili nesvesni pojačani strah od gubitka* (realnog ili umišljenog).

2 – *Svesni ili nesvesni pojačani poriv da se pridobije korist* (realna ili umišljena) za sebe ili za nekog drugog.

3 – *Svesna ili nesvesna pojačana simpatija ili ljubav usmerena prema sebi ili prema nekom drugom.*

i 4 - *Svesna ili nesvesna pojačana agresivnost (mržnja) prema sebi i/ili drugima.*

Ovi elementi utiču da se informacije pri prijemu iskrivljuju ili potiskuju u nesvesni deo Ličnog informacionog sistema ili im se pridodaje iskrivljen emocionalni sadržaj (u okviru Ličnog

emocionalnog sistema) ili se i ovaj emocionalni sadržaj potiskuje u nesvesno (bilo zajedno sa samom informacijom, u obliku ideoafektivnog kompleksa, ili samostalno).

4) **Nepravilna razvijenost Ličnog vrednosnog sistema** ispoljava se kao:

- 1 - **Nerazvijen Lični vrednosni sistem** (zastupljen kod dece i kod oligofrenih osoba) često vodi nemogućnosti odgovarajućeg uključivanja novih informacija u Lični vrednosni sistem. Sledi neadekvatno uključivanje uz neadekvatan emocionalni ton ili neuključivanje važnih informacionih i emocionalnih sadržaja.
- 2 - **Iskrivljen Lični vrednosni sistem** dovodi do sličnih efekata. Pretpostavljamo da najveći broj ljudi ima više ili manje iskrivljen Lični vrednosni sistem, što više ili manje ometa njihovu adekvatnu adaptaciju u kontekstu realnosti.
- 3 - **Psihotičan Lični vrednosni sistem** takođe ometa prijem novih informacija i grubo narušava adaptaciju, što često prati distanciranje od okoline i zatvaranje ovih osoba u "svoj svet"(autizam).
- i 4 - **Naknadno osiromašen Lični vrednosni sistem**, karakterističan za različite tipove hroničnih psihoorganskih sindroma (demenci), ima slične efekte.

5) **Loša kritičnost primaoca informacija** ispoljava se kao:

- 1 - Loša kritičnost primaoca informacija u odnosu na sadržaj njegovog Ličnog vrednosnog sistema:
 - α) **Ispoljavanje nerealno pojačane sumnje u svoj Lični vrednosni sistem** može nerealno pojačati verovanje u novopristiglu informaciju iako je ista netačna, sa efektom sledstvenog iskrivljavanja Ličnog vrednosnog sistema.
 - β) **Nerealno smanjena ili odsutna sumnja u ispravnost svog Ličnog vrednosnog sistema** vodiće tome da će osoba negovati svoj iskrivljeni Lični vrednosni sistem iskrivljavajući i novopristigle informacije.
- 2 - Loša kritičnost primaoca informacija u odnosu na novopristigle informacije:
 - a) **Nerealno pojačana sumnja u novoprimljene informacije**, kao i
 - b) **Nerealno smanjena sumnja u iste** po pravilu vodi iskrivljavanju Ličnog vrednosnog sistema.

Napomena :

**Sposobnost za kreativni razvoj Ličnog vrednosnog sistema je najviša funkcija CNS-a i uključuje visoke analitičko-sintetičke mehanizme.
Ova sposobnost ima najviši adaptivni potencijal.**

- 6) **Kombinacija dva ili više prethodno navedena modela** neadekvatnog direktnog prijema informacija praktično onemogućava jasnu ocenu stepena udela pojedinačnih od ovih modela u ukupnom efektu (koji je po pravilu mnogo veći od efekta prostog zbira pomenutih neadekvatnih modela).

1.2. NEPRAVILNI NAČINI INDIREKTOG PRIJEMA INFORMACIJA (NEPRAVILNI OBLICI MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE)

1) *Neprevilnosti koje potiču od davaoca inormacija :*

- 1- Ako je davalac informacija, **u postupku** svog direktnog **prijema** određene **informacije** (ili kasnije), doživeo iskrivljavanje, neadekvatno brisanje ili potiskivanje (lažno "brisanje") same informacije, njenog pratećeg emocionalnog sadržaja ili i jednog i drugog (tj. ideoafektivnog kompleksa), takav davalac će nesvesno prećutati važnu informaciju ili će je preneti u iskrivljenoj formi.
- 2- Neki efekti mogu nastati **u samom momentu davanja ranije adekvatno primljene informacije:**
 - a) Davalac tada može, svesno ili nesvesno, upitan ili ne, da prećuti ili izmeni sadržaj i/ili emotivni ton važne informacije (koja je do tada bila pravilno postavljena u njegovom Ličnom vrednosnom sistemu);
 - b) U momentu davanja informacija davalac može da bude, svesno ili nesvesno, neprimereno aktivan (slabo aktivan ili preterano aktivan) ili neprimereno selektivan (neselektivan ili pogrešno selektivan);
 - c) Takođe može, svesno ili nesvesno, koristiti nejasnu komunikaciju kao način da izbegne prenos važne informacije;
 - d) Ili može, svesno ili nesvesno, odlagati pružanje važne informacije i istu pružiti onda kada ona delom ili u potpunosti izgubi praktičan značaj.

2) *Neprevilnosti koje potiču od primaoca informacija :*

- 1 – Primalac u okvirima indirektnog prijema informacija može ispoljiti iste probleme kao i pri nepravilnom direktnom prijemu informacija (Vidi opis pod **III 1.1.** na strani 28.).
- 2 - On, takođe, može biti neprimereno aktivan (slabo aktivan ili preterano aktivan) ili neprimereno selektivan (neselektivan ili pogrešno selektivan) u traganju za važnim informacijama, što može biti svesno ili nesvesno ponašanje.
- 3 - Primalac može i da, svesno ili nesvesno, izbegava da traži pojašnjenje za sumnjive, nejasne i nepravovremene (ili prećutane) informacije.

2. NEPRAVILAN RAZVOJ LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA

Oblici nepravilnog razvoja Ličnog informacionog sistema i Ličnog emocionalnog sistema, tj. Ličnog vrednosnog sistema, nastaju delovanjem jednog ili više nepravilnih načina prijema informacija (Opisano u odeljku III 1., na strani 28.)

2.1. NEDOVOLJNO RAZVIJEN LIČNI VREDNOSNI SISTEM (kod oligofrenih)

- Nedovoljno razvijeni Lični vrednosni sistem je očekivano zastupljen u dece određenog uzrasta, a patološki karakteriše oligofrene osobe, kod kojih jasno postoji pojava manjeg broja informacija u Ličnom vrednosnom sistemu, što je praćeno često oskudnim i neprimerenim emocijama (tj. razvojem neprimerenog Ličnog emocionalnog sistema).
- Ovo je osnov nepravilnog testiranja realnosti kad su u pitanju oligofrene osobe, iz čega sledi i njihova manje uspešna funkcionalnost.
- Ovaj oblik Ličnog vrednosnog sistema nekada poprima i elemente Iskrivljenog ili Psihoteičnog Ličnog vrednosnog sistema.

2.2. ISKRIVLJEN LIČNI VREDNOSNI SISTEM

- Modeli iskrivljenog Ličnog vrednosnog sistema su više ili manje prisutni u većine ljudi.
- Svest o konkretnim delovima koji su iskrivljeni nije prisutna, već je u svesti prisutna više ili manje jasna pretpostavka da ovi postoje.
(Osvešćenje ovih sadržaja daje šansu za korekciju i razvoj Ličnog vrednosnog sistema!!!)
- Osobe ove grupe su relativno funkcionalne, ali uz razvoj psihičkih ili psihosomatskih fenomena koji će biti opisani u daljem tekstu.
- Duboko iskrivljenje Ličnog vrednosnog sistema vodi kvalitativnom skoku u psihoteični Lični vrednosni sistem.

2.2.1. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD ZAVISNIKA

Opšte karakteristike:

- U početnim fazama razvoja zavisnosti zavisnik u potpunosti potiskuje u nesvesno sopstveni uvid u postojeću zavisnost.
Negacija je nesvesan akt odbacivanja neprijatne realnosti, tj. akt lažnog "brisanja" dela Ličnog informacionog sistema i ona pokušava da "zaštiti" zavisnika od traume sučeljavanja sa svojim neadekvatnim funkcionisanjem.
- U kasnijoj fazi, negacija postaje neefikasna i deo uvida probija u svest, ali uz prisutno **minimiziranje** problema.
Minimiziranje je rezultat i dalje prisutnog potiskivanja u nesvesno, ali sada manjeg dela Ličnog informacionog sistema.

Negacija i minimiziranje su pojave vezane za ranije faze zavisnosti.

- **Svesno laganje** (za razliku od nesvesnog laganja po tipu minimiziranja ili negacije) karakteriše kasnije faze, kad već postoji potpuna svest o sopstvenoj zavisnosti.

- **Neophodno je istaći da je, u nekim slučajevima, veoma teško razlučiti da li pacijent svesno laže ili je pod uticajem negacije problema zavisnosti.**
(Predlažemo Vam da, u početku rada sa pacijentom, uvek najpre pretpostavite da on nesvesno negira problem, a ne da svesno laže(!).)
- **Projekcija** ("Drugi to čine više od mene.") može da podržava negaciju, minimiziranje ili svesno laganje, kao i
- **Racionalizacija** (Nalaženje opravdanja za formiranje i održavanje zavisnosti ili recidiv.).
- **Kod alkoholičara, u fazi apstinencije, beležimo znake nesvesne ("maskirane") depresivnosti, što se, u fazi pijenja, smenjuje otvorenim ispoljavanjem depresivnosti i agresivnosti.**
Preteranu dobrotu prema drugima u fazi nepijenja, u fazi pijenja smenjuje preterana zahtevnost ili agresivnost.
(Supruga alkoholičara često Vam iznose klasičnu rečenicu: "Mnogo je dobar kad je trezan.")
- **Zavisnici i njihove porodice glorifikuju ljubav i vernost i ispoljavaju izraženu incestuoznost.**
Nesposobni su da osveste i prihvate svoje realne emocije pa i da uspešno osveste i obrade incestuozne pulzije.
(Nesvesno ili svesno postavljaju pred sebe i partnera zahtev za srećnom ljubavlju, ne uvažavajući realni sadržaj oskudnih i pomešanih emocija koje u ovom odnosu postoje.).
Agresivna ljubomora proističe iz paradoksa glorifikacije ljubavi i vernosti, u kombinaciji sa objektivnim emocionalnoseksualnim zahlađenjem između partnera.
Ova se često razvija i do psihotičnog nivoa, kako je to kod alkoholne ljubomore.
- **Nedovoljno poštovanje vrednosti života i zdravlja, a visoko vrednovanje novca i "društvene moći"** (na nesvesnom ili na svesnom nivou), takođe karakterišu Lični vrednosni sistem zavisnika i osoba iz njihovog okruženja.

Važne napomene :

- Napred navedeni sadržaji se odnose na niz poznatih formi bolesti zavisnosti: alkoholizam, narkomaniju, zavisnost na rad, zavisnost od kockanja, kartanja, igara na sreću, TV-a, kompjutera, video igara, pasija, telefonskih razgovora, rizičnih ili manje rizičnih sportova (auto ili moto trke, skijanje, alpinizam...), zavisnost od hrane (mentalna anoreksija, bulimija, gojaznost), zavisnost od seksa (nimfomanija, satirijaza, egzibicionizam, voajerizam, preljubništvo...).

2.2.2. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD FOBičNIH

- **Simptom (fobija) je izraz nesvesne hetero i autoagresivnosti koja ima u osnovi maskiranu depresivnost.**
- **Fobična osoba se, na svesnom nivou, ne miri sa svojom fobijom kao sa jakim sadržajem čiji je osnov u nesvesnim (potisnutim iz svesti) traumatskim sadržajima.**

Ona uporno pokušava da svesnim naporima odagna simptom ili izbegne njegovu pojavu. Pritom oseća neadekvatnu ličnu odgovornost za održavanje simptoma.

- **Fobični pacijent, vremenom intenzivira nesvesnu i/ili svesnu depresivnost** (zbog : 1/ osećanja sopstvene neadekvatnosti, 2/ lične bezuspešne borbe sa simptomom i 3/ osećanja da ga i okolina smatra neadekvatnim i nedovoljno borbenim).
- Uz depresivnost **paralelno se održava i nesvesna ili svesna agresivnost prema sebi i drugima** (članovima porodice, lekarima).
- Fobična tema potiskuje sve ostale sadržaje Ličnog vrednosnog sistema.
- **Fobični nesvesno gaje kompleks niže vrednosti.**
- Oni su pojačano aktivni zbog nesvesne ili svesne nesigurnosti u sebe (Otuda često proističu i **obimni rituali proveravanja i izbegavanja.**).

2.2.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD NEUROTICARA

- U osnovi je svesno potcenjivanje sopstvene ličnosti tj. **svesni kompleks niže vrednosti.**
- Zbog povišene napetosti, koja postoji **kao rezultat nedovoljne samouverenosti**, relativno **češće čine greške**, što im još više jača kompleks niže vrednosti.
Kako bi izbegli greške razvijaju ponašanje preteranog proveravanja sebe i drugih ili čitave **rituale izbegavanja** situacija, koje, po njihovoj proceni, za njih nisu savladive.
- **I malu konfrontaciju ili kritiku primaju sa velikom žalošću**, ali **ne manifestuju agresivnost prema onome ko ih kritikuje, čak i ako je kritika nerealna.**
I malu pohvalu (čak i manju nego što su je realno zaslužili) **doživljavaju sa velikom radošću i zahvalnošću** prema onom ko ih hvali.
- **Kad postignu i veliki uspeh** (uz, po pravilu, preveliko ulaganje) **ponašaju se više nego skromno** i ne očekuju adekvatnu nagradu.
Svesno, (a u biti neosnovano) **zavide "uspešnim" psihosomatičarima** na njihovim "položajima, sposobnostima i titulama", te i tako ojačavaju lični kompleks niže vrednosti.
- Zbog sopstvene nesigurnosti **nisu dovoljno borbeni i relativno lako se povlače** pred problemima koji se pred njih postavljaju i pred osobama koje su adekvatno ili pojačano borbene (kao što je to slučaj sa psihosomatičarima).
- Ovo su, po pravilu, **funkcionalno mlada deca iz porodice porekla** koja su rasla u prezaštićujućem miljeu u kojem nisu uspela da razviju dovoljno svoje postojeće sposobnosti.
- **Okolnosti ponavljanih neuspeha** na ličnom planu **takođe su faktor koji doprinosi razvoju ovakve psihičke strukture.**
- Ove osobe, pokušavajući da poboljšaju utisak o sebi pred drugima, **posvećuju adekvatnu pažnju svom spoljnom izgledu** i to rade nepretenciozno.
Čak i kad su prelepi ne gorde se.

- **Mogu razvijati** fobije, zavisnost, svesnu ili nesvesnu (larviranu) depresivnost, psihopatiformno ponašanje (kada njihova depresivnost prelazi u autoagresivnost, praćenu, po pravilu, samopovređivanjem).
- **Moguće je spontano ili psihoterapijskim postupkom inicirano sazrevanje** osobe. **Lako prihvataju psihoterapiju** u fazi razvoja sopstvenih ili porodičnih simptoma. **Kada se javljaju lekaru** sa nesrazmerno malim povodima ne **čine to** zbog podsvesne agresivnosti ili velikog samoljublja, već **iz autentično pojačanog straha i potrebe da se provere**.

2.2.4. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD NEPSIHOTIČNO DEPRESIVNIH

- **Depresivnost koja se pojavljuje kao adekvatno osećanje**, ovde narasta i postaje način ispoljavanja i nesvesne agresivnosti prema drugima i sebi.
- **I pacijent i njegova okolina po pravilu dugo potiskuju ispoljavanje depresivnosti** te se, po principu "poslednje kapi u čaši", dogodi da aktuelni veliki ili mali povod pokrene izliv naoko neadekvatne depresivnosti.
- Depresivni svoja osećanja ne vezuje (ili ih neadekvatno vezuje) za realne sadržaje svog životnog iskustva (svog Ličnog informacionog sistema). Depresivni sadržaji Ličnog emocionalnog sistema se odvajaju od delova Ličnog informacionog sistema te **depresivni svoje osećanje depresivnosti doživljava kao nerealno**. Zbog toga ima osećanje lične neadekvatnosti, a potom nastavlja i **neadekvatnu borbu da svesnim naporom odagna depresivnost**, što ga još više iscrpljuje.
- I sama okolina procenjuje depresivnost pacijenta kao nerealnu i podvrgava ga čas zahtevima da se izbori sa svojom depresijom, čas neadekvatnim pokušajima da ga oraspoloži ili ubedi kako nema razloga za depresiju. Osobe iz okoline i same imaju previsok prag za sopstvenu depresivnost i velike teškoće u ispoljavanju iste.
- **Što se pacijent i njegova okolina više bore protiv depresije** (na pomenute načine) **to više tonu u nju kao u živo blato**.
- Depresija kao tema potiskuje sve druge sadržaje Ličnog vrednosnog sistema.
- U predepresivnom periodu ove osobe karakteriše: stoičarski model ponašanja i preveliki zahtevi prema sebi i drugima.

2.2.5. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOSOMATIČARA

- U osnovi je nesvesno precenjivanje sopstvene ličnosti, tj. **nesvesni kompleks više vrednosti (kao tipična reaktivna formacija na bazični kompleks niže vrednosti), uz nesvesno smanjeno samoljublje**.
- **Razvoju ovakvih ličnosti doprinosi** pozicija funkcionalno starijih među svojom braćom i sestrama u porodici porekla, kao i čitav sistem podržavanja ovakvog ponašanja, kako zbog podrške porodice, tako i zbog njihovih ličnih socijalno priznatih stvarnih ili nazoviuspeha.
- Svoje funkcionisanje i poziciju nesvesno ili svesno zaodevaju u **ruho mistifikacije** formirajući karakterističan **imidž nadprosečnosti** (akt koji ih izdiže u sopstvenim očima i očima drugih

ljudi). To su "visoki stručnjaci", "veliki naučnici", "sposobni menadžeri", "umetnici", "mudraci", "teolozi"...

Posebno im pogoduju granične oblasti (umetnost, nauka, filozofija, teologija, magija...) jer je u njima utvrđivanje objektivne realnosti veoma teško.

- Gradeći precenjenu sliku o sebi stvaraju **minijaturno (ili veće) iracionalno (psihotično) jezgro**, koje podržava njihov kompleks više vrednosti.
- **Direktna konfrontacija** sa nerealnošću sadržaja pomenutog iracionalnog jezgra jako ih uznemirava i može ih pokrenuti na ekspanziju psihotičnosti (zato je KONTRAINDIKOVANA!!!).
Preporučuje se korišćenje isključivo INDIREKTNE KONFRONTACIJE, **nudjenjem realnih sadržaja u vezi sa određenom temom**.
- Ovo su relativno visoko sposobne osobe relativno visokog socijalnog postignuća, ali ne i genijalne kako o sebi nesvesno grade sliku pred sobom i drugima.
- Kompleks više vrednosti pomaže donekle ovim osobama da snize nivo lične napetosti, što poboljšava njihovu efikasnost (**Verom u sebe oni zaista i postižu više.**).
- Previsoki zahtevi koje sebi postavljaju, **previsok stav o svojoj moći i ulozi**, previsoka odgovornost za sebe i druge, prihvatanje preteškog životnog tereta, pojačana frustracija na neuspeh, sve ih to izlaže stresu i razvoju psihosomatskih bolesti, depresije, zavisnosti, psihotičnosti...
- **Žestoko reaguju na kritike, a bez adekvatne radosti primaju pohvale i nagrade** (Drugo mesto ili manja nagrada mogu i da ih povrede!).
- Često su skromne spoljašnjosti (Zbog niskog samoljublja.).
- Zbog sklonosti trpljenju po pravilu se kasno (ili nikad) javljaju lekaru, a terapiju po pravilu izbegavaju.
- **Zbog njihove uverenosti u svoju potpunu adekvatnost veoma je otežano da dođe do njihovog spontanog ili psihoterapijom pomognutog sazrevanja.**
Na psihoterapiju dolaze po pravilu prateći nekog drugog člana porodice čiji simptom dovodi porodicu terapeutu, a tada mogu postići promene i sazrevanje kroz postupak za kojeg smatraju da je upućen isključivo pomenutom članu zbog kojeg porodica dolazi na tretman (**indirektno sazrevanje "preko drugog"**).

2.2.6. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOPATA

- U osnovi kod ovih osoba je prisutna **kombinacija svesnog kompleksa više vrednosti i svesnog pojačanog samoljublja**.
- Njihove lične potrebe i njihovo zadovoljenje su primarni i neodložni.
Pojačani su i izmenjeni njihovi bazalni nagoni, a sniženi pa i ugašeni viši.
Oni "zaslužuju da dobiju sve po svaku cenu" i pritom lako "prelaze preko leševa".

- **Lične potrebe zadovoljavaju preteranim sredstvima:** njihov nakit su predebeli lanci, narukvice, prstenje; kola su im preskupa i svetske marke, preterano raskošna i robusna; odeća takođe...
- **Svoje telo posebno neguju i ukrašavaju** kitnjastim (ali ne i bizarno ružnim) tetovažama i **uglavnom se ne samopovređuju** čak ni u slučajevima depresivno-agresivnih ispada (Tada, **po pravilu, fizički povređuju okolinu.**)
- **Neadekvatni su partneri.** Osobu sa kojom su tretiraju kao "lutku" - čak joj se tako i obraćaju, jer je ona za njih samo predmet za njihovo dominantno seksualno zadovoljavanje ili pravljenje mačo-imidža. Nikakvi dublji emocionalni partnerski nivoi nisu im dostupni.
- **Neadekvatni su roditelji. Bez dovoljno emocija za svoju decu.** Od njih traže da budu u funkciji zadovoljenja potreba roditelja psihopate. **Prenose lako model ponašanja kojem su bili izloženi u svojoj porodici porekla** (gde su i sami bili grubo zapostavljani i nevoljeni, bilo da im je otvoreno uskraćivana ljubav i ispunjenje realnih potreba, ili da su bili izloženi automatskom ispunjavanju njihovih želja bez obzira na realan okvir).
- **Od malena nesvesno učeni da samo o sebi (i sami o sebi) vode brigu oni docnije uspostavljaju neadekvatnu međuljudsku komunikaciju i međuljudsku razmenu sa okolinom,** što im nagomilava nesvesnu depresivnost uz šanse za usmeravanje na izbor riskantnih poziva ili pasija i različitih oblika bolesti zavisnosti.(9)
- **Zbog njihove uverenosti u svoju adekvatnost veoma je otežano spontano ili psihoterapijom praćeno zrenje.** Teško se uključuju u psihoterapijski postupak i onda kada je to potrebno da učine zbog drugog člana porodice (To znatno umanjuje šanse za "zrenje preko drugoga" - vidi 6.2.5., završni pasus.).

2.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNIH OSOBA

- Psihотиčni Lični vrednosni sistem praćen je upadljivo bizarnom (čudnom, nerazumljivom) funkcionalnošću osobe.
Granica između iskrivljenog i psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema je upravo ta mera shvatljivosti ili neshvatljivosti pacijentovog ponašanja u odnosu na okvire realnosti.
- Mala psihotična jezgra tipa patološke ljubomore, paranoičnog jezgra ili minijaturnih psihotičnih nukleusa pod okvirom socijalno prihvaćene mistifikacije (kako je to slučaj kod psihosomatičara) su pokazatelj da je **dijagnostika psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** prvenstveno kvalitativna kategorija, ali da je **za dijagnozu veoma važna činjenica i kolika je kvantitativna zastupljenost psihotičnih sadržaja kao i koliki je njihov praktični uticaj na život osobe i njene neposredne okoline.**
- U ovakvim dijagnostičkim okvirima jasno je da je i sama pozicija dijagnostičara kao nekog ko "dovoljno realno sagledava stvarnost" nešto što sa razlogom možemo posmatrati sa dosta opreza.

Poseban problem u oceni da li je neki sadržaj psihotičan ili nije čine one granične oblasti (religija, umetnost, nauka) u kojima je testiranje realnosti veoma složen proces

koji istovremeno uvek nosi izazov za onog ko se ovim oblastima bavi da neosetno "pređe granicu realiteta".

2.3.1 LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA

1) PSIHOZE SA DOMINANTNIM "NEGATIVNIM" ZNACIMA :

Psihoze sa dominantnim "negativnim" znacima *nastaju potiskivanjem* u nesvesno (lažnim "brisanjem") dela (ili delova) Ličnog vrednosnog sistema (*prevashodno Ličnog emocionalnog sistema*).

Ovde beležimo:

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1 - Apatične forme | } | najčešće kod SCH simpleks i |
| 2 - Abulične forme | | |
| 3 - Katatone forme - najčešće kod SCH katatonika. | | |

2) PSIHOZE SA DOMINANTNIM FORMALNIM POREMEĆAJIMA MIŠLJENJA :

Psihoze sa dominantnim formalnim poremećajima mišljenja *nastaju psihotičnom dezorganizacijom, iskrivljavanjem i/ili potiskivanjem* delova Ličnog vrednosnog sistema (*prevashodno Ličnog informacionog sistema*) u nesvesno.

- | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 1 - sa neologizmima, | } | najčešće kod
SCH hebefrenika |
| 2 - sa blokovima misaonog toka, | | |
| 3 - sa epizodama disociranosti, | | |
| 4 - sa "salatom od reči". | | |

3) PSIHOZE SA DOMINANTNIM SADRŽAJNIM POREMEĆAJIMA MIŠLJENJA :

Psihoze sa dominantnim sadržajnim poremećajima mišljenja *nastaju iskrivljavanjem delova Ličnog vrednosnog sistema* (Ličnog informacionog i Ličnog emocionalnog sistema), *uz* takođe prisutno *potiskivanje* u nesvesno.

- 1 Paranoične forme - PARANOJA
- 2 Paraniodne forme - SCH paranoides, parafrenija...

2.3.2. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PARANOIČNIH I PARANOIDNIH 1/ LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PARANOIČNIH

a) Karakteristike paranoika :

- Paranoik svesno beleži svesne i/ili nesvesne neprihvatljive sadržaje u ponašanju partnera pogrešno im (i onim nesvesnim sadržajima!) dajući značenje svesnih sadržaja. Ovo se dešava

pod dejstvom povišenog nivoa afektiviteta paranoika, u smislu opisanom pod **III 1.1.3**), na strani 28.

- **Detaljno, jasno i dosta ubedljivo izražava svoje paranoične ideje**, uz visok stepen napetosti (ideo-afektivni blok).

Primer : Patološki ljubomorna osoba beleži svesno i/ili nesvesno koketno ponašanje partnera isključivo kao svesno, a to izražava otvorenim, detaljnim, dosta ubedljivim sumnjama, uz ličnu intenzivnu napetost i uznemirenost.

- Potom paranoik reaguje još većom agresijom i razvijanjem još intenzivnije paranoičnosti ili grubim verbalnim ili fizičkim napadom.
- **Sebe svesno ne beleži kao bolesnog**. (Što predstavlja pravilo sa izuzecima: npr. kada se neki pacijenti, zbog svoje ljubomore, javljaju na tretman.) Nesvesno ipak oseća da "nešto s njim nije u redu" i izbegava da se lako otvara na tu temu, posebno ako ga dočekuje gruba konfrontacija okoline.
- **Paranoično jezgro je usko, koherentno i jasno ograničeno**. Otuda relativno adekvatna funkcionalnost pacijenta u veoma širokom okviru njegovog ličnog funkcionisanja.

b) Karakteristike partnera paranoika :

- Partner paranoika veoma retko svesno manipuliše, a mnogo češće nije svestan važnih sadržaja svog ponašanja usmerenih na pacijenta. Njegovo ponašanje je svesno ili nesvesno motivisano faktorima koji utiču na stvaranje povišenog nivoa afektiviteta /Vidi **III 1.1.3**), na strani 28./.
- **U početku on se izuzetno malo ili upadljivo previše brani od optužbi paranoičnog partnera**. Kasnije, pod pritiskom, u stanju povišenog afekta, može da izgubi takt i "prizna greške" (nesvesno time kažnjavajući i sebe i partnera), što povećava **mogućnost daljih komplikacija (sve do homicidalnosti pacijenta!)**.
- **Dugo ne tretira paranoika kao bolesnika** verovatno i sam osećajući nesvesno svu složenost njihovog međusobnog odnosa.

Važne napomene :

- **Relativno otvorena partnerska komunikacija je dosta dugo prisutna**. **Smanjenje sumanutosti je znak ili stvarnog poboljšanja** (stvarne redukcije sumanutosti) **ili pogoršanja u smislu disimulacije** (prikriivanja stvarnih sadržaja) nakon koje sledi etapa razbuktavanja simptoma i bujanje psihotičnog jezgra u LVS-u.
- **Paranoja sa idejama veličine i odnosa** se lako razvija na malom psihotičnom jezgru psihosomatičara (Vidi **III 2.2.5.**, na strani 34.). Okolina dodatno pomaže razvoj ovog tipa paranoje time što prihvata autoritarnost pacijenta koju ne razume ili je se plaši, tj. trpi delovanje po tipu afektivnih uticaja opisanih pod **III 1.1.3**) na strani 28., čime podržava paranoičnog u njegovoj psihotičnosti.

- **Paranoja sa idejama veličine i odnosa može biti dopunjena idejama proganjanja** koje mogu imati uporište u mogućim svesnim ili nesvesnim neprijateljstvima okoline.

2/ LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PARANOIDNIH

a) Karakteristike paranoidnog pacijenta :

- **Paranoidna osoba nesvesno beleži svesne i/ili nesvesne neprihvatljive sadržaje u ponašanju partnera pogrešno im dajući (i onim nesvesnim sadržajima) značenje svesnih sadržaja.**
I ovde su od presudnog značaja faktori povišenog nivoa afektiviteta opisani pod III 1.1.3), na strani 28.
- **Nepotpuno, nejasno i bizarno izražava paranoidne ideje**, uz neadekvatne afektivne reakcije (prejake ili preslabe).
- **Sebe ne beleži kao bolesnog.**
- **Paranoidno jezgro je široko, difuzno i promenljivih granica.** (Otuda grubo narušena funkcionalnost pacijenta u relativno širokom okviru njegovog ličnog funkcionisanja.)

b) Karakteristike partnera paranoidnog pacijenta :

- **Partner paranoidne osobe retko svesno manipuliše, a mnogo češće nije svestan punih sadržaja svog ponašanja.**
(I sam potiskuje u nesvesno najveći deo svojih agresivnih poriva koje gaji prema pacijentu.)
- **Dugo pacijenta ne tretira kao bolesnog** (ili bar ne ozbiljno) i nedovoljno intenzivno ga konfrontira (**što je, verovatno, rezultat svesnog ili nesvesnog poimanja da sadržaji ponašanja pacijenta nisu baš potpuno besmisleni**).
- **Docnije se konfrontira sa pacijentom uz čestu grubu verbalnu i fizičku agresivnost.**
(I ova reakcija sugerira postojanje svesnog ili nesvesnog poimanja smisla paranoidnosti.).
- Paranoidna međuljudska komunikacija vremenom sve više oštećuje poverenje među partnerima. **Zatvaranje komunikacije**, po tipu ćutanja među partnerima, vodi još težem efektu. Porast agresivnosti partnera rezultira čestim ubistvima.



a) Reaktivno paranoidna osoba :

- Po pravilu je paranoična.
- U početku svesno beleži svesne laži i prevare.

- Ne izlazi iz ovakve IPK, već je održava, čime se povećava napetost. /Reaguje iz povišenog afektivnog nivoa reakcijama po tipu **III 1.1.3**), na strani 28./
- Ulazi u okvire pogrešnog prijema informacija i iskrivljavanja LVS-a do psihotičnih razmera, što potom utiče na njeno ponašanje i čini ga grubo poremećenim (čak do toga da počini ubistvo iz straha da će biti ubijena).

b) Partner (ili partneri) reaktivno paranoidne osobe :

- Svesno lažu i manipulišu, stimulisani povišenim nivoom afektiviteta / kao pod **III 1.1.3**), na strani 28./
- Manje ili više prepoznaju u kom se stanju nalazi suprotna strana.
- Mogu i sami, po istom mehanizmu, upasti u reaktivnu paranoidnost (sa grubim poremećajima ponašanja, čak do činjenja ubistva!).

TERAPIJSKE INTERVENCIJE KOD REAKTIVNE PARANOIDNOSTI:

- Hitno izdvajanje osobe iz miljea opisane međuljudske komunikacije.
- Davanje podrške od strane osobe sa kojom pacijent ima odnos punog poverenja (a i ona u njega, pod uslovom da, u strahu od psihotičnosti pacijenta, nije i ona ušla u gradnju patološke međuljudske komunikacije, u kojoj nema uzajamnog poverenja).
- Stvaranje uvida u realnu veličinu percepiranih opasnosti, uz razvijanje realnih taktika odbrane od istih.

2.3.3. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD PSIHOTIČNO DEPRESIVNIH

- Razvojem emocionalnih uticaja opisanih pod **III 1.1.3**) /na strani 28./ a u okvirima već postojeće nepsihotične depresije (Vidi **III 2.2.4.** na strani 34.), razvijaju se ***depresivne sumanutе ideje*** kao ***i ideje (i pokušaji) samoubistva***, što depresiji daje kvalitet psihotičnosti.

2.3.4. LIČNI VREDNOSNI SISTEM KOD MANIČNIH

- Pod dejstvom emocionalnih uticaja opisanih pod **III 1.1.3**) na strani 28., dolazi i do mogućnosti razvoja manične slike sa euforičnim raspoloženjem, logorejom i ekspanzivnim sumanutostima.
- Po svojoj dubljoj suštini radi se zapravo o maničnoj formi bazično depresivnog poremećaja, nastaloj tipičnim mehanizmom Reaktivne formacije ("izvrtanja" depresivnih u manične sadržaje).

2.4. NAKNADNO OSIROMAŠEN LIČNI VREDNOSNI SISTEM (kod dementnih)

- Naknadno osiromašeni LVS je karakteristika organskih hroničnih psihosindroma tj. demenci.
- Ovde svrstavamo različite forme presenilnih i senilnih demenci (opisanih u važećoj

Međunarodnoj klasifikaciji bolesti).

3. NEPRAVILNI NAČINI MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE I MEĐULJUDSKE RAZMENE

- Opšte karakteristike *nepravilne međuljudske komunikacije* su opisane u odeljku III 1.2.(strana 30.).
- *Nepravilna međuljudska razmena* se uspostavlja između *neodgovarajućeg primaoca* i *neodgovarajućeg davaoca*.

- **NEODGOVARAJUĆI PRIMALAC** je :

ili 1/ *Pasivan ili nedovoljno aktivan*

- 1 - Ne analizira ili samo naznačeno analizira svoje potrebe.
- 2 - Ne analizira ili samo naznačeno analizira načine zadovoljavanja istih.
- 3 - Ne stupa prvi u komunikaciju sa davaocem.

ili 2/ *Pojačano, ali ograničeno aktivan* (npr. zavisnik)

- 1 - Analizira uzan krug ili samo jednu svoju potrebu (po pravilu patološku).
- 2 - Analizira intenzivno samo načine da zadovolji patološke potrebe.
- 3 - Stupa prvi u kontakt sa davaocem (opet isključivo vezano za patološke potrebe).

- **NEODGOVARAJUĆI DAVALAC** je **POJAČANO AKTIVAN**

- 1 - Okrenut je neadekvatnom primaocu i proceni njegovih potreba.
- 2 - Prvi stupa u kontakt sa primaocem nutkajući ga ili stalno ispitujući njegove potrebe, čime paradoksalno blokira primaoca da sam preispita svoje potrebe.

- **NEODGOVARAJUĆI DAVALAC** je **RECESIVAN**

- 1 - Ili automatski sve zatraženo daje, ili
- 2 - dozvoljava da se od njega sve bukvalno otima.

- **NEODGOVARAJUĆI PRIMALAC** je **DOMINANTAN**

- 1 - Ili on određuje da li će primiti ponuđeno, ili
- 2 - bukvalno otima od davaoca ono što hoće.

Važne napomene i digresije :

- ***Neppravilna međuljudska komunikacija i nepravilna međuljudska razmena narušavaju samopoštovanje kao i poštovanje partnera, remete zadovoljavanje uzajamnih potreba i održavaju se paralelno sa održavanjem porodičnog simptoma*** (nekog od psihijatrijskih entiteta).
- ***Sekvence nepravilne međuljudske komunikacije i nepravilne međuljudske razmene*** uspostavljaju se po pravilu između osoba sa visokim stepenom emocionalne vezanosti (roditelj - dete, emocionalni partneri...) dovodeći do ispoljavanja naizmenične ljubavi i mržnje, ***sa karakteristikama poznatog fenomena duple veze (double bind)***. Pritom se uvek radi o procesu u kojem ***obe strane*** (primalac i davalac) ***učestvuju delimično svesne ili potpuno nesvesne sadržaja svoje interakcije***.
- Ponavljane nepravilne međuljudske komunikacije i nepravilne međuljudske razmene često usporavaju rast i razvoj individue i sistema (što uvodi porodicu u Morfofostazu, tj. u period tokom kojeg se ne menja porodična struktura). Ovo u izvesnoj meri i u određenom periodu može da bude i adaptivni mehanizam kojim se štedi energija sistema i izbegava biološki rast i razvoj.
- Paradoksalno, ali isto tako često prisutno u praksi, uvođenje nepravilne međuljudske komunikacije i razmene i instaliranje psihijatrijskog problema u porodicu može da predstavlja biološki razvojni fenomen.
Često se, po instaliranju psihijatrijskog simptoma (psihijatrijske bolesti) u porodici, dešavaju smrti, rađanja novih članova ili druge promene porodične strukture (razvodi, odvajanja).
Simptom tako prethodi uvođenju porodice u fazu Morfogeneze.

Navedena pojava da uključenje Psihijatrijske bolesti može u porodici dovesti do Morfofostaze ili prethoditi Morfogenezi, je paradoks po sebi!!!

3.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD ZAVISNIKA

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlje **III 2.2.** "Iskrivljeni Lični vrednosni sistem"/strana 31./ i **III.2.2.1.** "Lični vrednosni sistem kod zavisnika"/strana 31.)

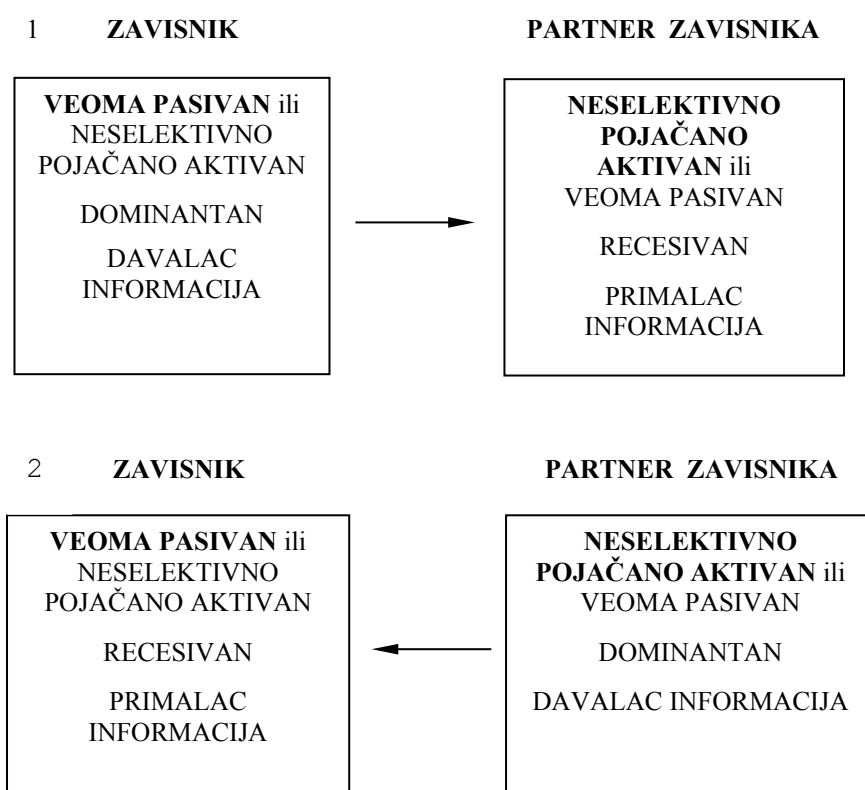
3.1.1 MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD ZAVISNIKA

- ***TOKOM ODRŽAVANJA ZAVISNOSTI ni zavisnik ni njegov partner ne poštuju osnovna pravila dobre komunikacije:*** komuniciraju i kada je zavisnik u stanju izmenjene svesti (pod dejstvom psihoaktivne supstance, npr.), kao i onda kada zbog visokog nivoa afektiviteta nisu u stanju da adekvatno čuju jedan drugog niti da adekvatno "mere reči".
Tipične "svađe" su uobičajena praksa ovakvih porodica, sa visokim rizikom da verbalna agresija pređe u neverbalnu, uz moguće teške posledice po život i zdravlje!
I u situacijama visokog rizika trezni članovi porodice ne uzmiču pred zavisnikom koji je agresivan i koji pod dejstvom PAS-a ima izmenjeno stanje svesti, te predpostavljamo da su i oni u posebnom psihičkom stanju i sa visokim nivoom maskirane depresivnosti, uz veliki rizik da postanu žrtve ili vinovnici u ovakvim porodičnom događanjima.

(Članove porodice alkoholičara često upućujemo na narodnu izreku: "Od pijanog i lud beži". Savetujemo ih da se, u fazi agresije alkoholičara, sklone i pozovu službu HMP i uz njihovu pomoć realizuju prisilno privođenje na bolničko lečenje, te da tako spreče agresivne ispade u porodici kao jedan od najopasnijih sadržaja alkoholizma.)

- Nasuprot tome, kada apstinira, ***zavisnik je po pravilu veoma pasivan u okvirima međuljudske komunikacije.*** ("Mnogo je dobar kad je trezan." - čest je komentar supruga alkoholičara.)
U tim uslovima varijanta neselektivne pojačane aktivnosti tokom međuljudske komunikacije po pravilu je zastupljena kod partnera zavisnika, a retko kod samog zavisnika.

ŠEMA NEPRAVILNE MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE KOD ZAVISNIKA
 (1 - kad je zavisnik u ulozi davaoca i 2 - kad je u ulozi primaoca informacija)



Važna napomena :

U našoj praksi (u uslovima kada apstiniraju) većina zavisnika funkcioniše mnogo češće iz pozicije primaoca informacija (po modelu "2").

3.1.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD ZAVISNIKA

Nepravilna međuljudska razmena kod zavisnika praktično se ispoljava u **4 karakteristične forme** :

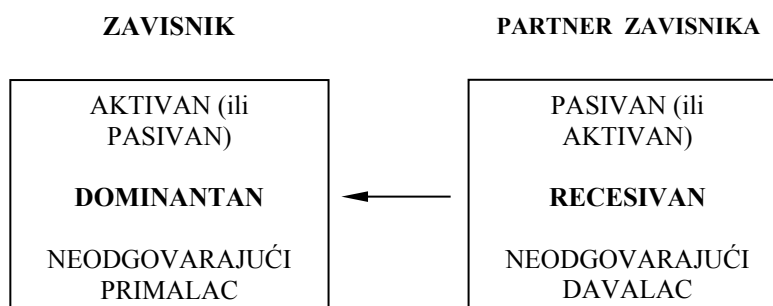
- 1) Forma koja se odvija u fazi kada zavisnik, u ulozi dominantnog primaoca, uzima sadržaj svoje zavisnosti.

- 2) Forma koja se odvija u fazi kada zavisnik, u ulozi dominantnog primaoca, zadovoljava svoje druge potrebe (nevezane za sadržaj zavisnosti).
- 3) Forma koja se odvija u fazi kada je zavisnik u ulozi recesivnog aktivnog davaoca.
- 4) Forma koja se odvija u fazi kada je zavisnik u ulozi recesivnog pasivnog davaoca.

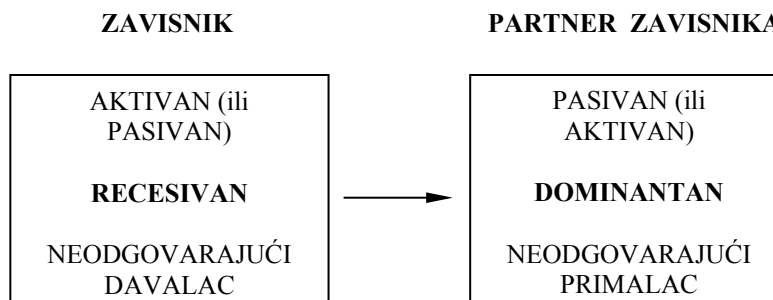
Prve dve forme se tiču zavisnika kao neodgovarajućeg primaoca (šema 1), a druge dve ilustruju njegovu ulogu neodgovarajućeg davaoca (šema 2).

SCHEME NEPRAVILNE
MEĐULJUDSKE RAZMENE
KOD ZAVISNIKA

Šema 1:



Šema 2:



Važne napomene :

- **Zavisnik kao neadekvatan primalac** (šema 1), na svoju (kao aktivan) ili na tuđu inicijativu (kao pasivan), ulazi u razmenu u kojoj je dominantan, ali suštinski gubitnik.

To je slučaj sa alkoholičarem kada pije kradom ili uz pritisak na druge članove svog okruženja da mu obezbede piće, ili kad to čini "ne mogavši da odbije" alkohol u prilici kada mu je nuđen. (Potpuno identični okvir nalazimo i kod drugih zavisnosti.)

- **Zavisnik kao neadekvatan davalac** (šema 2) je po pravilu, "previše dobar" i čini za druge i više nego što mu zaista odgovara. Ovo je, delom, i "reakcija pokajnika". ("Mnogo je dobar kad je trezan." - je karakteristična izjava supruge alkoholičara i jasno oslikava ovakvo ponašanje.)

Okolina u ovoj fazi, beleži preterivanje zavisnika, ali i prihvata njegovu "preveliku dobrotu", a sam zavisnik postepeno ulazi u "negativan bilans" jer više daje no što prima, a to ga, nesvesno ili svesno, čini nezadovoljnim i agresivnim prema sebi i drugima (Češće je ovo slika maskirane, a ređe otvorene depresivnosti.).

Iz ovakvog stanja se lako ulazi u fazu ponovnog uzimanja sadržaja zavisnosti, čime se "zatvara krug zavisničkog ponašanja".(1)

- **Zavisnik tako prolazi kroz dve etape:** u prvoj, funkcionišući kao neadekvatan primalac, ne poštuje druge (otima od drugih), a u drugoj, kao neadekvatni davalac, ne poštuje sebe.(11)
- **Partner zavisnika**, u prvoj fazi, biva potpuno ignorisan ili grubo maltretiran od strane zavisnika, a u drugoj fazi doživljava da bude izložen gotovo neverovatnoj predusretljivosti i potčinjavanju.
- Ovakav **"toplo-hladno" odnos kome je u osnovi double bind komunikacija iscrpljuje obe strane**, te partner zavisnika često razvija psihosomatske poremećaje ili obolenja (hipertireozu, šećernu bolest, hipertenziju, gojaznost, koronarnu bolest, karcinom...) ili otvorenu depresivnost, zavisnost, fobiju ili pojačanu sklonost akcidentima.(4,19)

3.2. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD FOBIČNIH

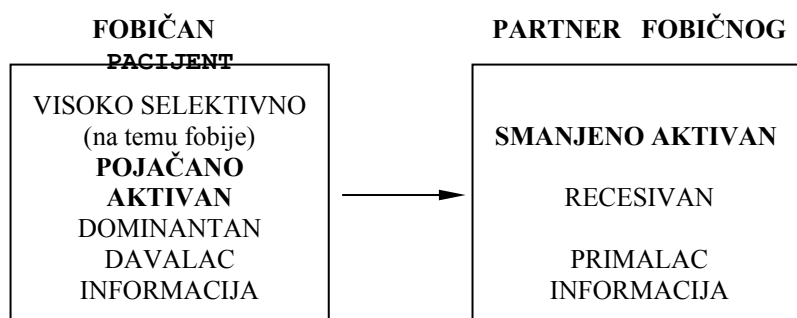
(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlje III 2.2. "Iskrivljeni Lični vrednosni sistem ", na strani 31. i III 2.2.2." Lični vrednosni sistem kod fobičnih", na strani 32.!)

3.2.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD FOBIČNIH

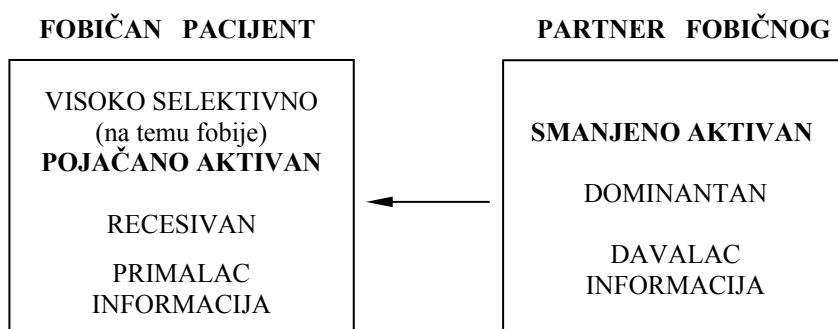
- **Fobični pacijent koji pojavu svoje fobije ne može ni na koji način da kontroliše, dominira aktivnošću tokom međuljudske komunikacije i preopterećuje ovu temom svoje fobije, potiskujući tako ostale sadržaje** (Pojačano je, ali izrazito tematski ograničeno aktivan.). Tako na primer, agorafobičar vanredno često vapi za pomoć, kako svojim najbližim (partneru ili drugim članovima porodice), tako i okolini (često i uporno traži pomoć lekara).
- **Potpuno drugačije se ponašaju pacijenti čije fobije se ispoljavaju napadima koje pacijent može da kontroliše aktivno izbegavajući situacije u kojima se isti javljaju.** Ove osobe veoma dugo i uspešno kriju svoje smetnje pred širom okolinom, ali neizbežno uključe u problem sebi najbliže osobe, po pravilu partnere. (Posebno je to slučaj sa fobijama u okvirima seksualne sfere.)

ŠEMA MEĐULJDSKE KOMUNIKACIJE KOD AGORAFABIČNOG PACIJENTA
 (1/ kad je pacijent u ulozi davaoca i 2/ kad je u ulozi primaoca informacija):

1/



2/



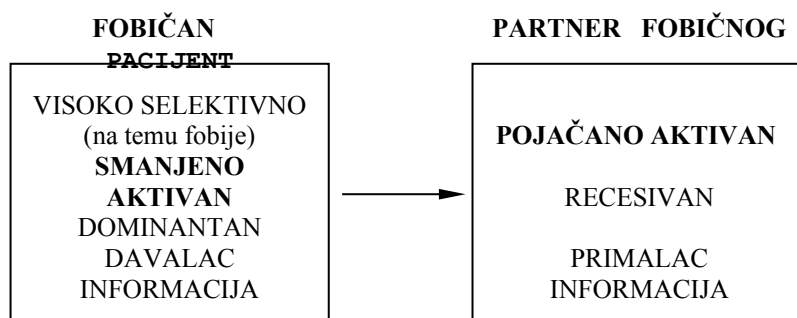
Važna napomena :

U praktičnom životu agorafobičnog pacijenta dominira međuljudska komunikacija po tipu "1/!"

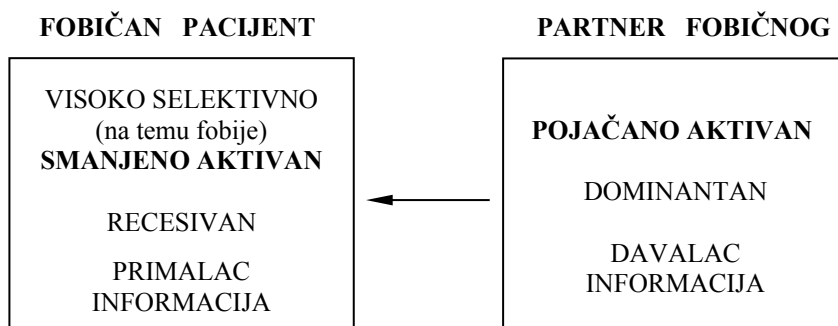
**ŠEMA MEĐULJDSKE KOMUNIKACIJE KOD FOBIČNOG PACIJENTA KOJI
 PRIKRIVA SVOJU FOBIJU**

(1/ kad je pacijent u ulozi davaoca i 2/ kad je u ulozi primaoca informacija):

1/



2/

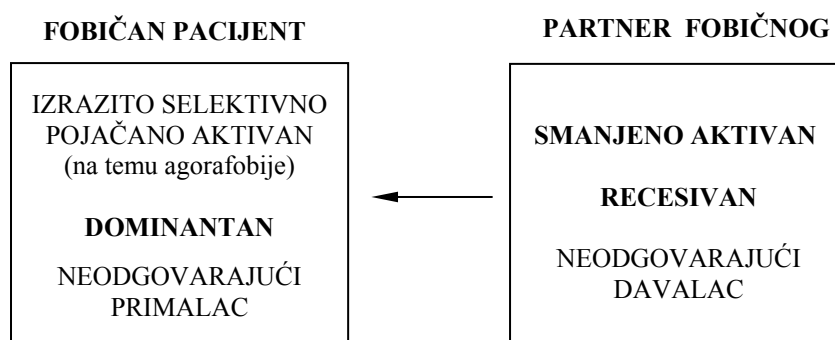


3.2.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD FOBIČNIH

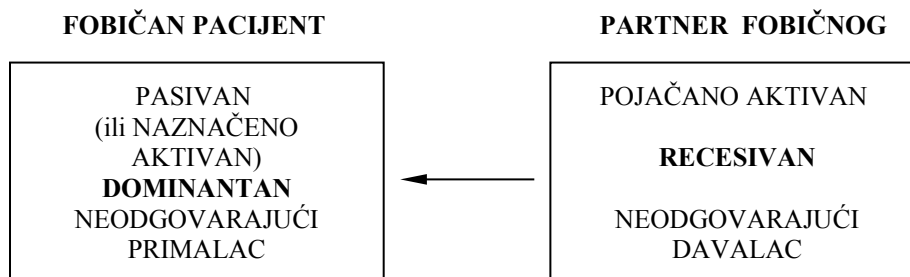
Nepravilna međuljudska razmena kod fobičnog pacijenta se ispoljava najčešće kroz **dve karakteristične forme** koje oslikavaju fobičnog kao Primaoca, što je po pravilu njegova standardna uloga.

Ulogu davaoca fobični gotovo da nema.

- 1) Forma koja se odvija u fazi kada pacijent, u ulozi primaoca, a pod uticajem sadržaja svoje fobije, po pravilu angažuje partnera. Npr. kada agorafobični pacijent zove supružnika da izađe sa posla jer ne može da se samostalno vrati iz šetnje po gradu. (Ovo je u dijadi sa fobičnim pacijentom najčešći oblik partnerskog funkcionisanja.):



- 2) Forma koja se odvija u fazi kada fobični pacijent zadovoljava druge svoje potrebe (Ovo je, takođe, veoma čest oblik funkcionisanja partnera!):



Važne napomene :

- **Fobičan pacijent je neadekvatno škrt davalac, a neadekvatan i prekomeran primalac.** Veoma teško definiše svoje stvarne potrebe, ali mu u tome obilato "pomaže" partner (koji je oskudni primalac, a prekomerni davalac). Sledi neadekvatno zadovoljenje potreba učesnika u dijadi, sa narastanjem njihove svesne ili nesvesne napetosti i depresivnosti.
- Fobična osoba, kada funkcioniše kao pod "1)" (a ovaj oblik je najčešće zastupljen u praksi međuljudske razmene fobičnog pacijenta), najjasnije ispoljava svoju nesvesnu agresivnost prema partneru i prema sebi.
- **Moguće su komplikacije kod oba partnera :** razvoj zavisnosti, otvorene depresije, psihosomatskih poremećaja ili oboljenja.

3.3. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlje III 2.3. "Lični vrednosni sistem kod psihotične osobe", na strani 36. i III 2.3.1. "Lični vrednosni sistem kod psihotičnih sa shizofrenim karakteristikama", na strani 37.!)

3.3.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA

- Komunikacija psihotičnog je, po pravilu, saopštavanje nesvesnih sadržaja "nerazumljivim jezikom" (ili, najmanje, jezikom nerazumljivim našoj svesti!).
- Jasni su nagoveštaji da se, ni iz daleka, ne radi o besmislenoj komunikaciji, već da se radi o sadržaju koji je duboko provokativan u praktičnoj aktivnosti koju obavlja u smislu uticaja na međuljudsku komunikaciju i međuljudsku razmenu.
- Prenos duboko nesvesnih sadržaja nalazi svoje puteve ne samo kroz sadržaje psihotičnih osoba, već i kroz veoma slične sadržaje umetnika, koji su nam, takođe, u trenutku prijema, velikim delom nejasni (neosvešćeni), ali nam intenzitet prijatnih ili neprijatnih osećanja koje pritom doživljavamo jasno ukazuje na prisustvo našoj svesti nedohvatljivog, ali intenzivnog smisla.

Nekada u životu, tek posle mnogo složenog životnog iskustva, uspete da svesno spoznate značenje i značaj izvesnih ranije vašoj svesti zaista neshvatljivih sadržaja (kao kad sklapate mozaik pa dođete do određenog momenta kada shvatite značaj komadića koga već odavno imate u rukama).

- Komunikacija sa psihotičnim je izazov posebne vrste. Niko kao psihotična osoba ne testira tako oštro autentičnost u međuljudskoj komunikaciji nas "normalnih", stavljajući nas na teška iskušenja da u strahu odustanemo, ili se oholo "uzvisimo" (zaključujući da su oni, psihotični, niža ljudska vrsta, koja je "prolupala" pa ne zna šta priča). Puno je i onih što, negirajući sopstveni strah pred "neshvatljivim", razvijaju nesvesnu agresivnost prema pacijentu, a onda i prema sebi samim.
- Niko kao psihotična osoba ne vraća nam tako efikasno loptu našeg "krhkog znanja". Ništa nas tako snažno ne suočava sa činjenicom da ljudsko "Znanje" (Biblijski greh nastao "jedenjem ploda sa drveta poznanja dobra i zla".) valjda zato i jeste najveći čovekov greh jer prečesto nije svesno svog iskrivljenog i nedovršenog lika.
- Koliko ste samo puta čuli i videli psihijatre kako "puni znanja i razumevanja" za shizofreniju "objašnjavaju bolest" porodici i pacijentu, ili drže predavanja drugima, ispustivši (zbog sopstvenog straha ili oholosti) da priznaju koliko toga ne shvataju ni sami.
Lično se divim našim učiteljima: *profesoru Davidoviću*, koji je, posle višedecenijskog bavljenja psihijatrijom, govorio kako samo plitki umovi mogu tvrditi da znaju psihijatriju i da on, u svojim godinama, shvata koliko je ne zna; i *profesoru Vlajinu*, koji je, isprovociran shizofrenom komunikacijom, pokušavao da pacijentu koji mu govori nerazumljivim shizofrenim jezikom odgovori nerazumljivim jezikom svojih slobodnih asocijacija. (Kada analiziramo sadržaj takvog

načina međuljudske komunikacije sa SCH pacijentom uočavamo da je to u suštini autentičan vid komunikacije pacijentovog nesvesnog sa terapeutovim nesvesnim!).

Koji su karakteristični sadržaji nepravilne međuljudske komunikacije kod psihotičnih osoba shizofrenih karakteristika?

- Psihotični sadržaji (verbalni i neverbalni) proizvod su pacijentovog nesvesnog i predstavljaju proboj iz nesvesnog dela Ličnog informacionog i Ličnog emocionalnog sistema.
- Vodeći "duplo knjigovodstvo" (percepcijom sopstvenih sadržaja na svesnom i nesvesnom nivou) i sam pacijent na momente svesno uočava da svoje ponašanje ne može da razume (Ovaj fenomen ide do klasičnog opisa **Sindroma mentalnog automatizma**: Tada pacijent delove ili sveukupno svoje ponašanje doživljava kao automatsko i potpuno izolovano od njegove volje, tj. njegove odluke, tj. njegovog svesnog uticaja.).
- Pred opisanim sadržajima narasta nivo nesigurnosti i napetosti kako kod samog pacijenta (kojeg ovi sadržaji na svesnom nivou jako uznemiruju) tako i kod njegovog partnera u međuljudskoj komunikaciji (člana porodice, pa i samog psihijatra koji je uključen u terapijski proces).
- **Psihotični pacijent, članovi njegove porodice ili terapeut bivaju izloženi bizarnim (čudnim, neshvatljivim) sadržajima pacijenatovog ponašanja. Pod takvim okolnostima jako je teško održati autentičnost u komunikaciji** i mnogo češće (gotovo po pravilu) pomenute osobe nastavljaju komunikaciju gubeći autentičnost.
Umesto da vodi međuljudsku komunikaciju "putevima koji su mu jasni" partner psihotičnog nastavlja komunikaciju sa psihotičnim "kao da mu je sve jasno", prividno negirajući njegovu psihotičnost, "savetujući" ga i odgovarajući od njegovih bizarnih sadržaja i prihvatajući model ophođenja prema pacijentu kojim u osnovi diskvalifikuje suštinu međuljudske komunikacije kao takve (a suština međuljudske komunikacije je **izvorni** prenos informacija!).
U drugom momentu, kada se iscrpe u prethodno opisanom "glumljenju komunikacije", partner po pravilu naglo "prekida igru" i ispoljava autentičnu zahtevnost i agresivnost prema SCH pacijentu, kao da je ovaj zdrava ličnost koja može da kontroliše svoje ponašanje.
- Ovakav "toplo-hladni" (double bind) odnos od strane partnera psihotične osobe mnogi autori opisuju kao bitan mehanizam održavanja shizofrenog ponašanja.
- Kompletne istine radi neophodno je istaći da i ponašanje shizofrene osobe, sa svoje strane, ima praktično iste faze "toplo-hladnog" (double bind) funkcionisanja. U jednoj fazi pacijent je zaista grubo psihotičan, a već u drugoj ume da se postavi u komunikaciji začuđujuće adekvatno, te ovom svojom nesvesnom "igrom" vraća partneru "loptu zaludivanja".
- I kao i svaka motka tako i ova "psihotična" ima dva kraja, te se partneri, vezani nesvesnim "toplo-hladno" odnosom "tuku", sa više ili manje milosti, u dužem ili kraćem periodu života.

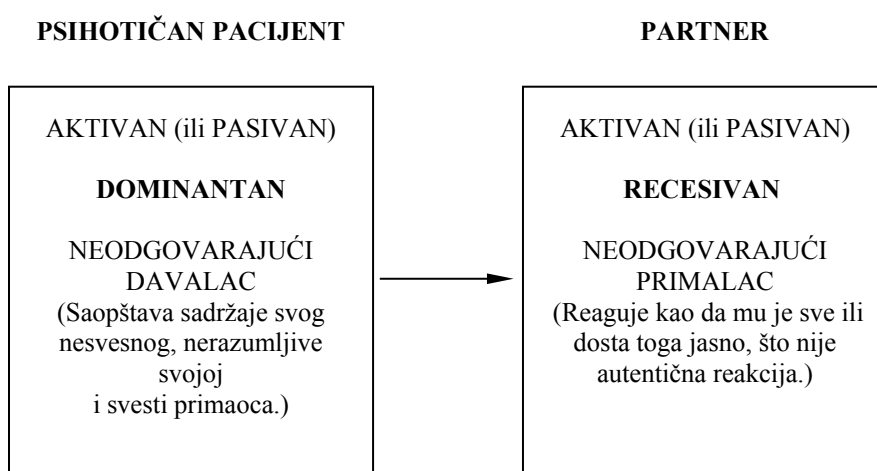
Šta dobijaju u ovakvoj "igri"?

- 1 - Ponajpre gotovo stoprocentnu **sigurnost da će ostati zajedno** do kraja života, ili bar do momenta dok neko u surovoj "igri" bukvalno ne strada (suicidalnost i homicidalnost, zavisnosti, depresija, teška psihosomatska oboljenja, surova su stvarnost ovakve porodice).
- 2 - **Šansu da se doživotno separišu.**

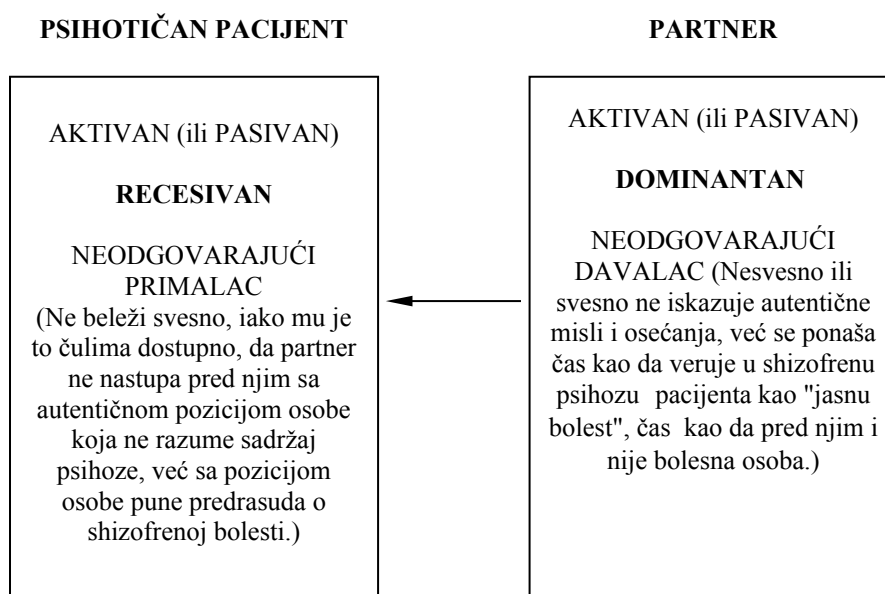
- 3 - **Mogućnost da se realizuju**, nesvesno ili bez potpunog prodora u svest, mnogi, najčešće **incestuozni, homo ili heteroseksualni sadržaji** na relaciji psihotični pacijent - partner.
- 4 - **Mogućnost da se partnerski odnos sačuva od otvorenog incesta** (biološkog ili socijalnog).
- 5 - **Mogućnost da se maskira i kontinuirano realizuje nedostatak ljubavi ili čak otvorena mržnja** jednog ili oba partnera.

Šematski prikaz navedenih faza shizofrene komunikacije moguće je predstaviti na sledeći način:

- 1) U fazi kada je pacijent davalac informacija međuljudska komunikacija se odvija ovako:



- 2) U fazi kad je pacijent primalac informacija međuljudska komunikacija se odvija ovako:



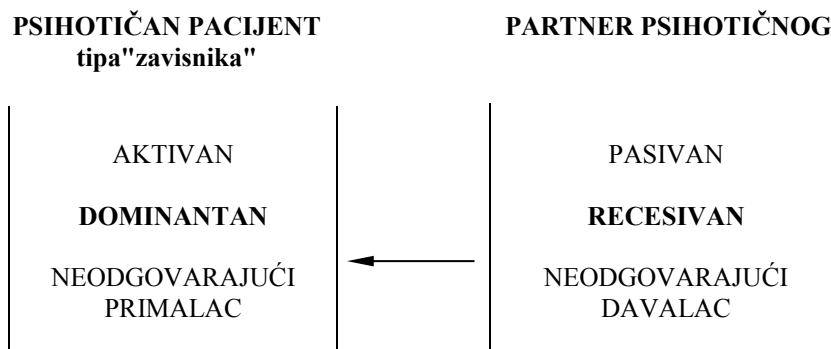
3.3.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PSIHOTIČNIH SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA

U praksi funkcionisanja ovih osoba uočavamo nekoliko karakterističnih tipova sa specifičnim oblicima nepravilne međuljudske razmene:

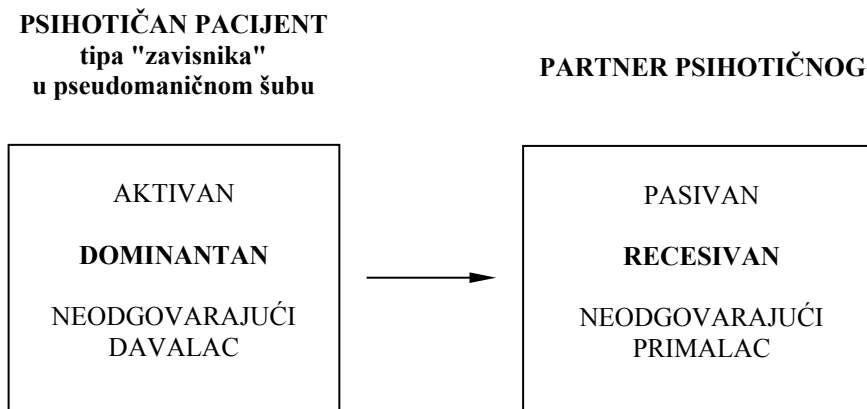
1) **TIP "ZAVISNIKA"**

- U ponašanju ovako psihotičnog dominira "uzimanje po svaku cenu", tj. "otimanje od partnera", što je znak nesvesne agresivnosti prema partneru (a potom i prema sebi).
- Ovako psihotična osoba često razvija prateću zavisnost (kao simptomatsku).
- Njegov partner takođe može da razvija svesnu ili nesvesnu depresivnost, zavisnost ili psihosomatske poremećaje.

1– **Uobičajena varijanta** ovog tipa izgleda ovako:

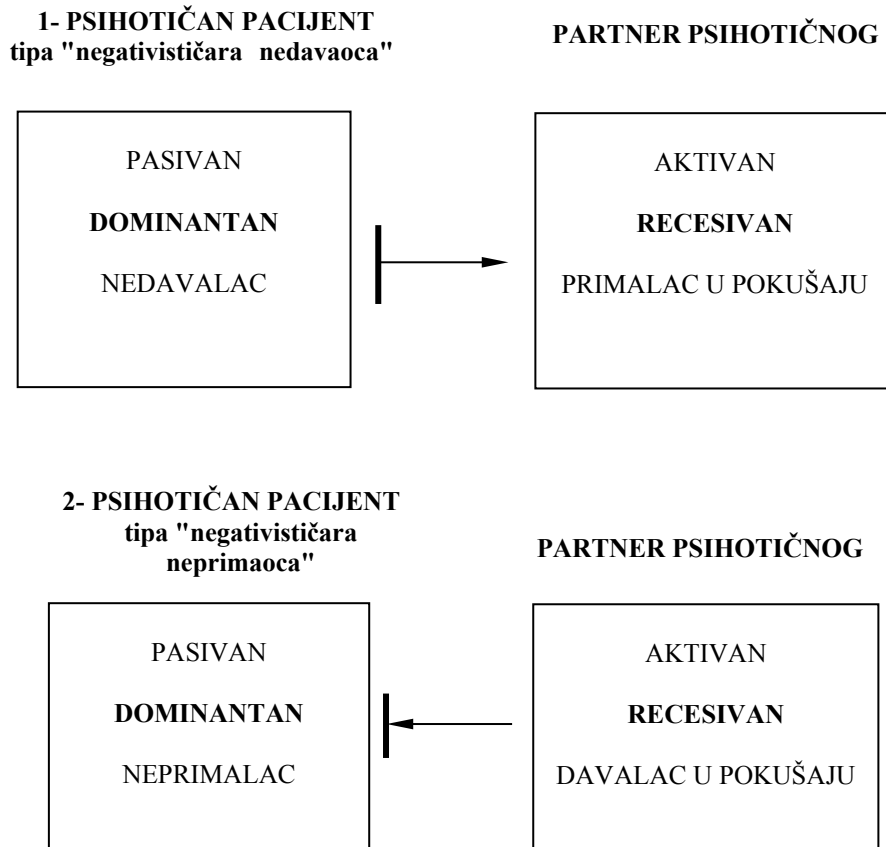


2– **Retka varijanta** kada je psihotični tipa "zavisnika" u ulozi dominantnog davaoca sreće se kod pseudomaničnih šubova:



2) TIP "NEGATIVISTIČARA"

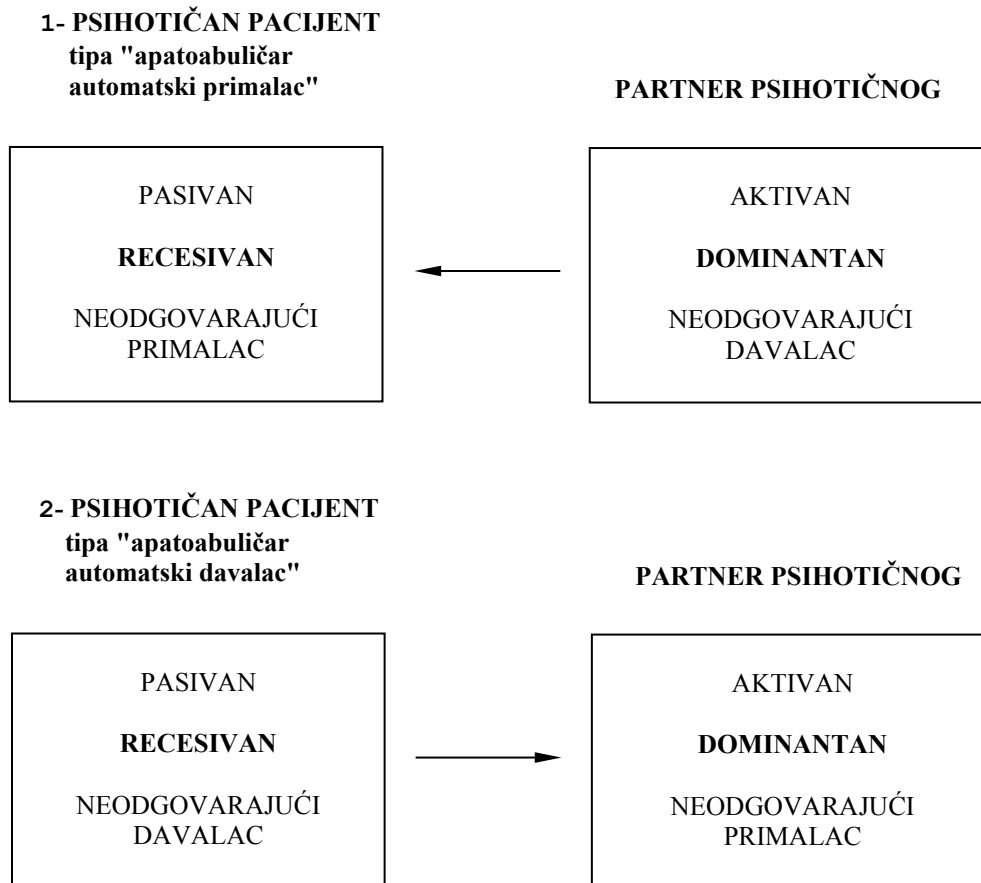
- U ponašanju ovako psihotičnog dominira "odbijanje po svaku cenu".
- I ovde su prisutne dve preovlađujuće varijante:



- Klinički je utisak da pojačanje aktivnosti partnera pojačava i negativizam psihotičnog, uz porast napetosti u dijadi.
- Negativizam je oblik nesvesne agresivnosti prema partneru, ali i prema sebi (što je oblik suštinske depresivnosti).
- Dalje generisanje negativizma može da dovede do katatonog sindroma (stupora).
- Partner negativističara može da razvije svesnu ili nesvesnu depresivnost, zavisnost ili psihosomatske poremećaje.

3) TIP "APATOABULIČARA"

- U ponašanju ovako psihotičnog dominira "automatsko primanje ili davanje". (Kao da mu je svejedno.)



3.4. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIČNIH I PARANOIDNIH OSOBA

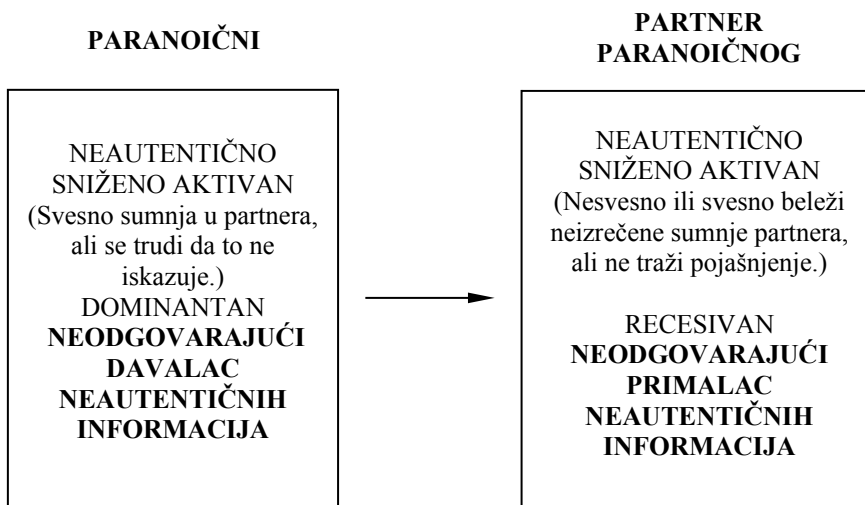
(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlje III 2.3. na strani 36."Lični vrednosni sistem kod psihotične osobe" na strani 36. i III 2.3.2." Lični vrednosni sistem kod paranoičnih i paranoidnih osoba" na strani 37.)

3.4.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIČNIH

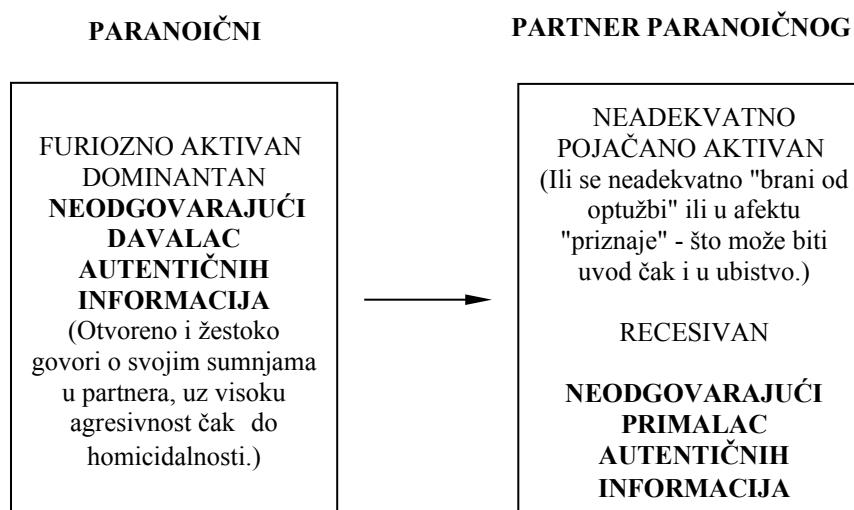
1/ MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD PARANOIČNIH

- a) Kad je *paranoična osoba u ulozi davaoca informacija* međuljudska komunikacija se odvija dvofazno:

I FAZA (faza prikrivanja autentičnih sumnji u partnera):

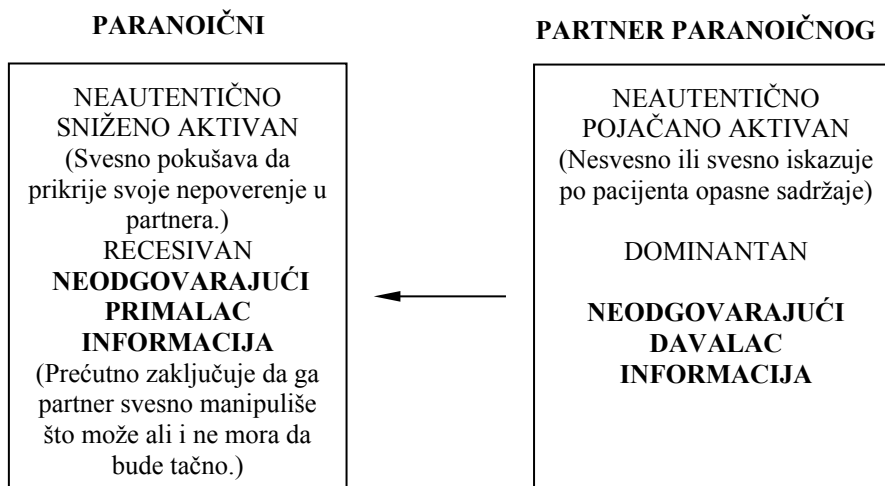


II FAZA (faza otvorenog izražavanja autentičnih sumnji u partnera):

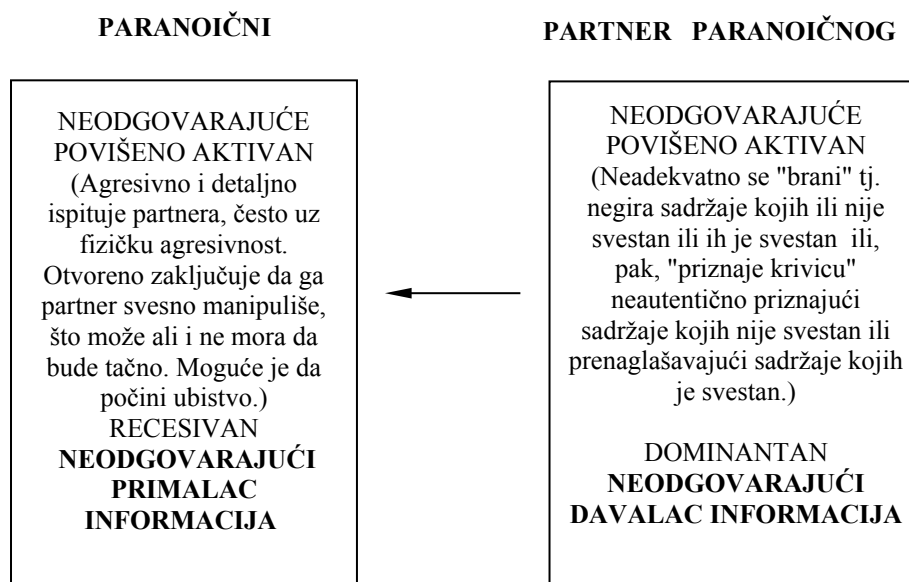


b) Kad je *paranoična osoba u ulozi primaoca informacija* međuljudska komunikacija se, takođe, odvija dvofazno:

I FAZA (faza prikrivanja nepoverenja u partnera):



II FAZA (faza otvorenog izražavanja nepoverenja u partnera):



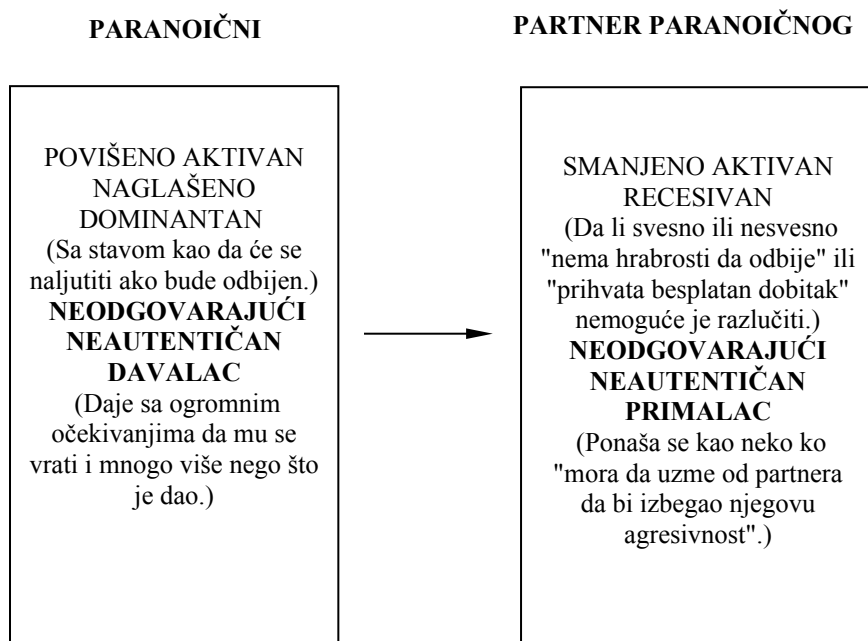
Važne napomene :

- Dok analizirate **međuljudsku komunikaciju kod paranoje** prisjetite se koliko ste puta i sami, u kraćem ili dužem trajanju, "pliće ili dublje", upadali u "zamke" ovog modela nepravilne međuljudske komunikacije.
- Utisak je autora da je ovo **praktično najčešće zastupljen model nepravilne međuljudske komunikacije u našem svakodnevnom životu.**
- Kao **faktor "razgrađivanja" (ili "izazov za građenje") poverenja** paranoični model međuljudske komunikacije je ona **kritična tačka nakon koje sledi:**
 - 1) **slom međuljudske komunikacije** sa separacijom partnera (odvajanjem ili ubistvom) **ili**
 - 2) **otvaranje novih okvira** za razvoj međuljudske komunikacije.

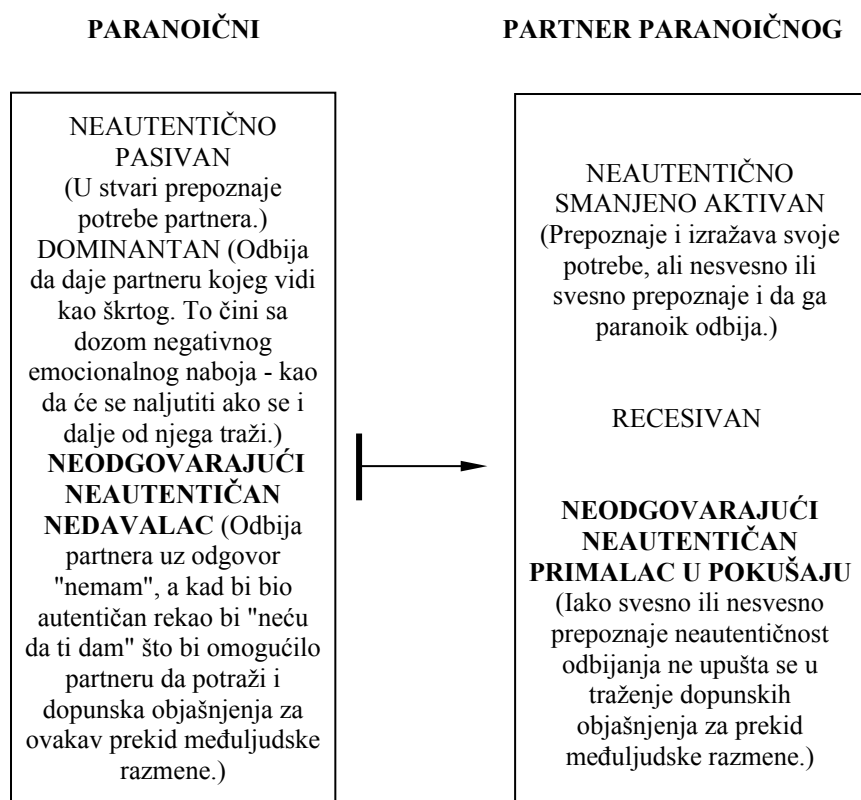
2 - MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIČNIH

- a)** Kada je **paranoik u ulozi davaoca** međuljudska razmena se odvija dvofazno:

I FAZA (faza u kojoj je paranoik neautentičan davalac):

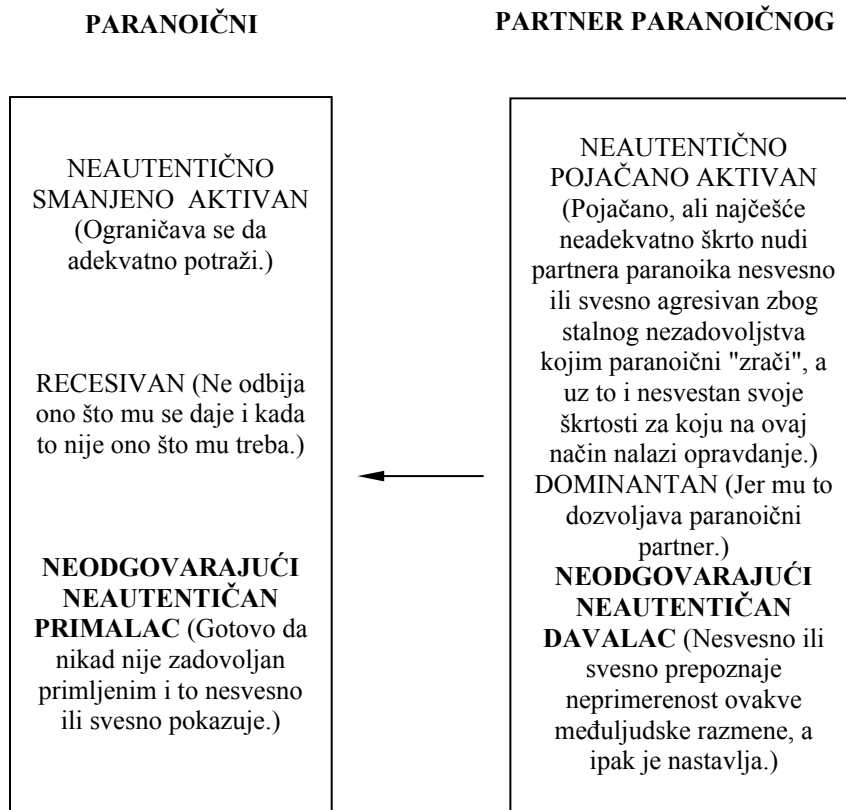


II FAZA (faza u kojoj se paranoik povlači iz uloge davaoca):

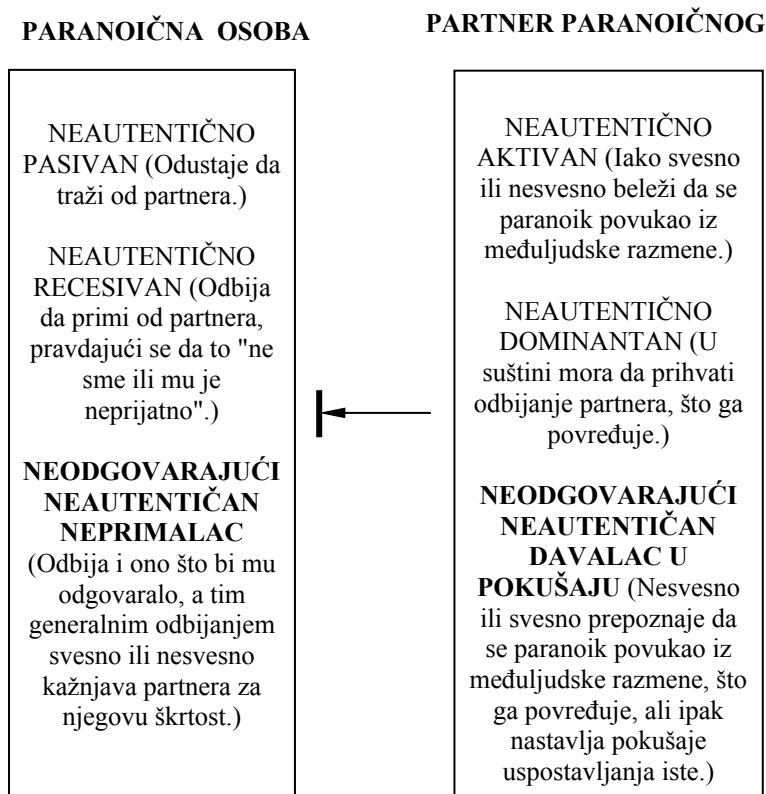


b) Kada je *paranoik u ulozi primaoca* međuljudska razmena se, takođe, odvija dvofazno:

I FAZA (faza u kojoj je paranoik neautentični primalac) :



II FAZA (faza u kojoj se paranoik povlači iz uloge primaoca) :



Važna napomena :

- Opisani modeli nepravilne međuljudske razmene kod paranoične dijade obezbeđuju funkcionisanje sa bitno smanjenom razmenom, što može, do izvesne mere, da bude i adaptabilan morfofostatski faktor (Ovaj faktor, smanjujući razmenu materije i energije u dijadi, usporava njen razvoj.).

3.4.2. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIDNIH

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlja **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem psihotične osobe " na strani 36. i **III 2.3.2.** " Lični vrednosni sistem kod paranoičnih i paranoidnih" na strani 37.)

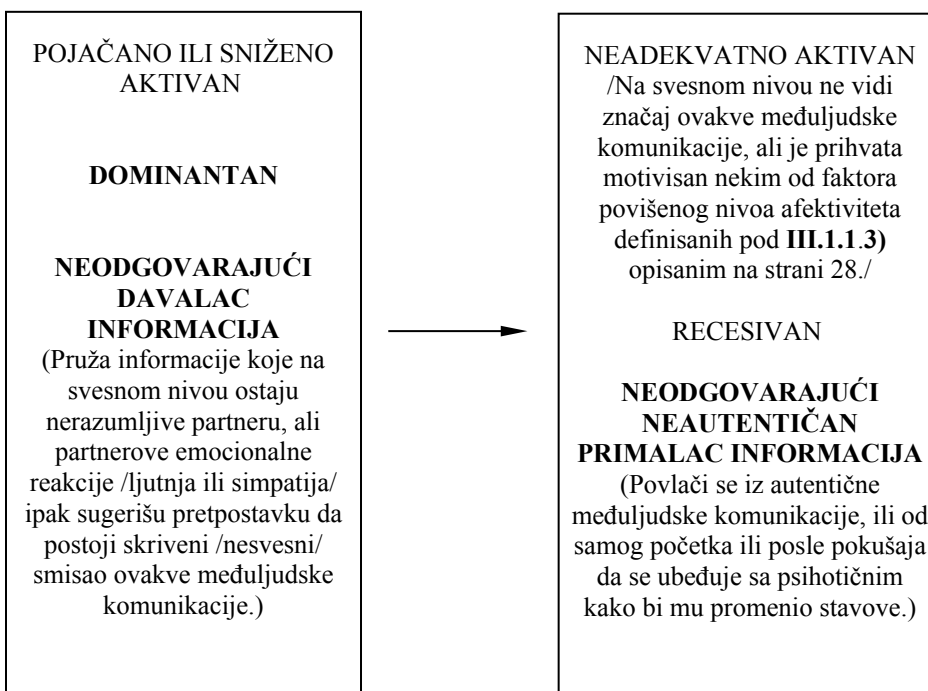
1 - MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD PARANOIDNIH OSOBA

- a) Kada je *paranoidna osoba u ulozi davaoca informacija* međuljudska komunikacija se odvija dvofazno:

I FAZA (*faza u kojoj je paranoidni upadljivo nerazumljiv partneru /na svesnom nivou/*) :

PARANOIDNA OSOBA

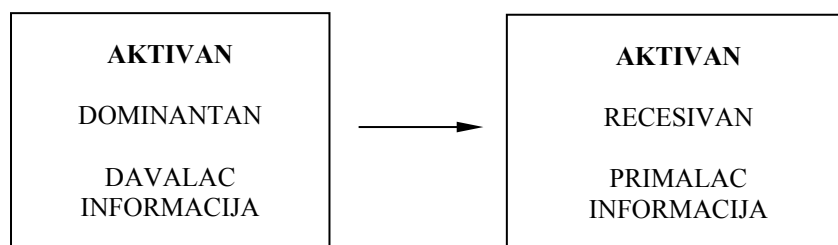
PARTNER PARANOIDNOG



II FAZA (*faza u kojoj je paranoidni funkcioniše istupajući na način razumljiv partneru / na svesnom nivou/*) :

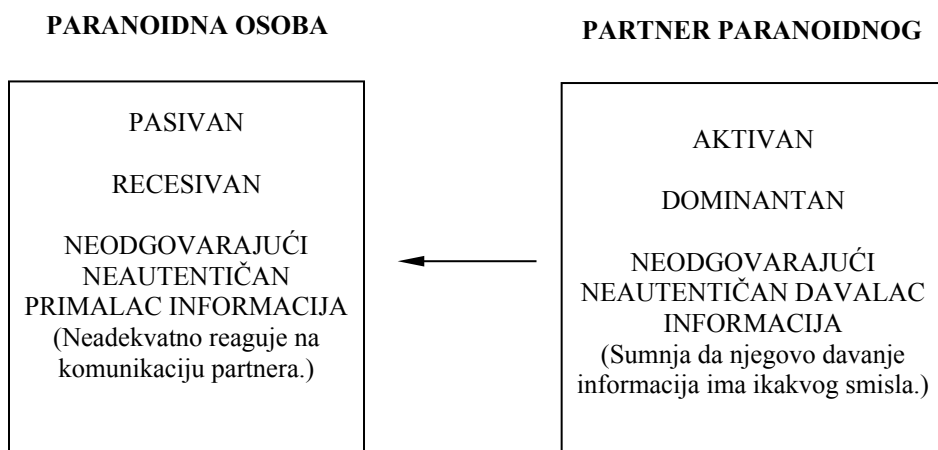
PARANOIDNA OSOBA

PARTNER PARANOIDNOG

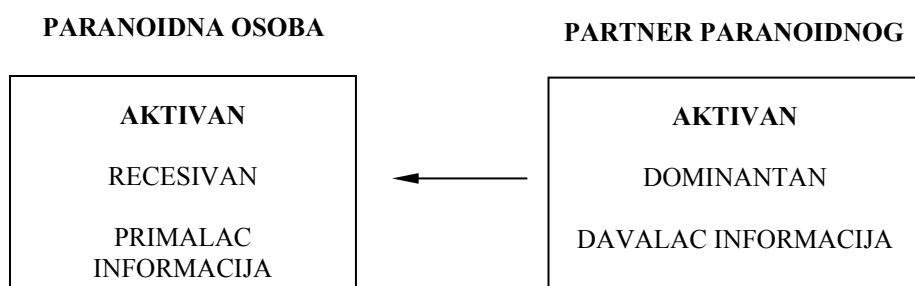


b) Kada je *paranoidna osoba u ulozi primaoca informacija* međuljudska komunikacija se, takođe, odvija dvofazno:

I FAZA (faza kada paranoidni neadekvatno reaguje na informacije koje mu partner daje) :



II FAZA (faza kada paranoidni dosta adekvatno reaguje na informacije koje mu partner upućuje) :



Važna napomena :

- Paranoidni i njegov partner se kreću u međuljudskoj komunikaciji između dve krajnosti: razumevanja i nerazumevanja, a i njihove emocije se kreću od simpatije do straha i agresivnosti.
- Ovakva međuljudska komunikacija čas pojača bliskost čas izazove mržnju, što čini sadržaj *double bind* fenomena kao osnovnog mehanizma održavanja psihoze.

2 - MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD PARANOIDNIH OSOBA

Međuljudska razmena kod paranoidnih osoba se odvija u širokom spektru oblika. Najčešće je to po tipu "zavisnika" ili "negativističara", a daleko ređe po tipu "apatoabuličara".

Važne napomene :

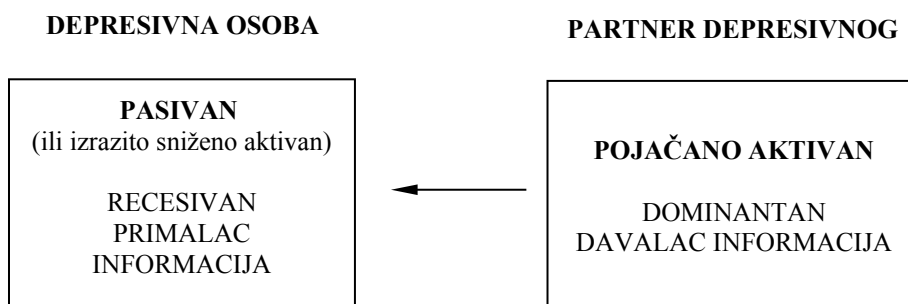
- Međuljudska komunikacija i međuljudska razmena kod paranoidnih i paranoičnih osoba su potpuno neadekvatni i predstavljaju osnov za dalje održavanje ili širenje paranoidnog jezgra (u okviru LVS-a), prevashodno zbog narastajućeg nepoverenja i straha.
- Ovakvo funkcionisanje umesto bliskosti rađa nepoverenje i strah sa mogućim komplikacijama u vidu izbijanja verbalne i fizičke agresivnosti (u fazama "jasnog komuniciranja") kada može doći i do ubistva.
- U ovako formiranim odnosima i partner paranoičnog (ili paranoidnog) je izložen mogućnosti da razvije paranoičnost sa svim mogućim komplikacijama (psihotičnošću i homicidalnošću).

3.5. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD DEPRESIVNIH

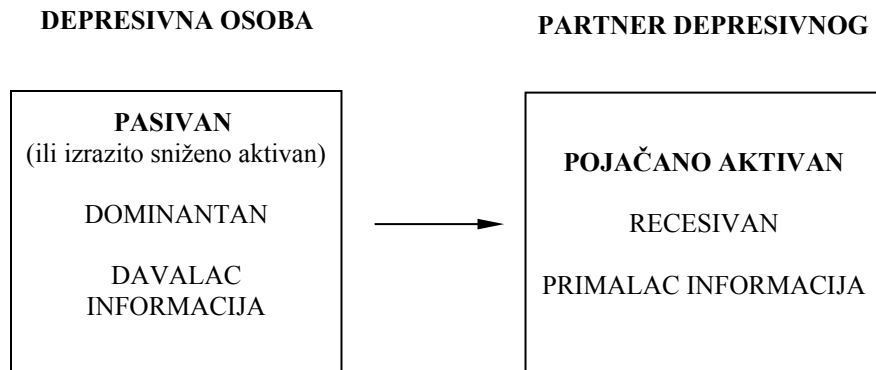
(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlja: **III 2.2.** "Iskrivljeni Lični vrednosni sistem", na strani 31., **III 2.2.4.** " Lični vrednosni sistem kod nepsihotično depresivnih", na strani 34., **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotične osobe", na strani 36. i **III 2.3.3.** " Lični vrednosni sistem kod psihotično depresivnih", na strani 40.)

3.5.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD DEPRESIVNIH

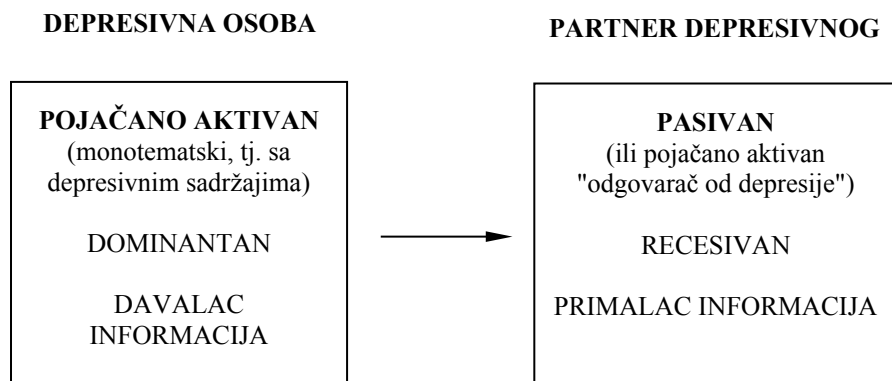
1) U međuljudskoj komunikaciji *depresivni pacijent, po pravilu, zauzima poziciju Pasivnog primaoca informacija :*



- 2) *U ulozi davaoca informacija, takođe* po pravilu, manifestuje sličnu pasivnost ili izrazito sniženu aktivnost:

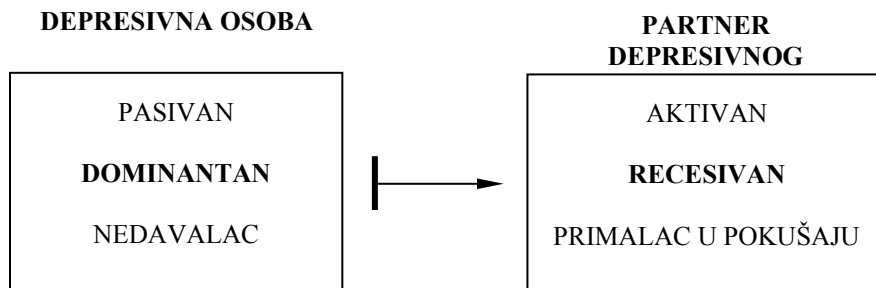


- 3) *Drugačiji principi važe kod agitovane depresije* gde preovladava sledeći model međuljudske komunikacije:

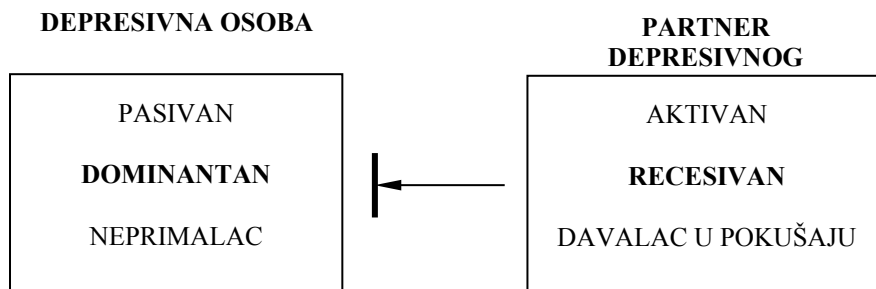


3.5.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD DEPRESIVNIH

- 1) **Kada je depresivna osoba u ulozi davaoca** međuljudska razmena se, po pravilu, odvija na sledeći način :



- 2) **Kada je depresivna osoba u ulozi primaoca** međuljudska razmena se odvija na sledeći način :



Važne napomene :

- **Oblici nepravilne međuljudske komunikacije** kao i **nepravilne međuljudske razmene** kod depresije gotovo su **identični formama** opisanim u vezi sa funkcionisanjem **psihotičnih osoba shizofrenih karakteristika po tipu "negativističara"**.
- I ovde postoji isti klinički utisak da **pojačana aktivnost partnera pojačava znake obolenja** pacijenta (u ovom slučaju njegovu depresivnost) i obrnuto, pojačanjem depresivnosti pacijenta sekundarno **dolazi i do pojave depresivnosti** (nesvesne ili svesne) i samog **partnera**.
- **Depresija obeju strana poprima funkciju** nesvesne ili svesne **agresivnosti**, ispoljavane istovremeno **prema partneru i prema sebi samom**.
- Ovakav proces može dovesti do depresivnog stupora, depresivnih sumanutosti, pokušaja samoubistva ili samoubistva.
- Partner depresivnog može razviti nesvesnu depresivnost (sa psihosomatskim oboljenjem, pojavom zavisnosti ili sklonosti zadesima) kao i svesnu depresivnost.

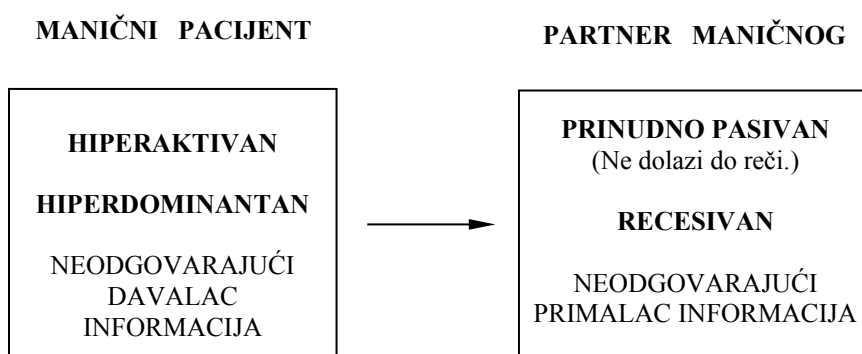
3.6. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA I MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD MANIČNIH

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlja **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem psihotične osobe", na strani 36. i **III 2.3.4.** "Lični vrednosni sistem kod maničnih", na strani 40.)

3.6.1. MEĐULJUDSKA KOMUNIKACIJA KOD MANIČNIH

- Da li naša stvarnost više ni psihijatrijskim bolesnicima nije smešna ili se nešto drugo dešava što bitno menja nozološki profil pacijenata, teško je reći. Tek, **iz prakse se nameće konstatacija da je, odavno već, retka pojava pravog maničnog sindroma** kakvog smo kao studenti imali prilike da vidimo na predavanju **profesora Stoiljkovića**, sada već daleke 1981. godine. ("Zarazna" euforija, beskrajna lucidnost i logoroičnost manične pacijentkinje, prikazana je potpuno nenadano, od strane pre svega vrsnog neurologa, čoveka ne manje lucidnog i spremnog da na najbolji način prihvati "dar sudbine" i masi studenata užarenih očiju ponudi ono što se, ulaskom pacijentkinje u salu za predavanje, samo po sebi nametnulo - prikaz manije. "Ovo ćete upamtiti..." I, upamtili smo...Hiperaktivna, euforično selektivna, nesposobna da čuti "ni 5 minuta", bila je za pamćenje...)

ŠEMA MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE KOD MANIČNIH

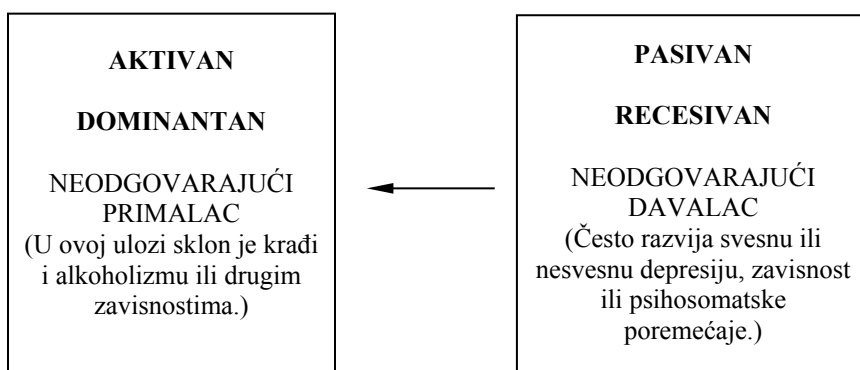


3.6.2. MEĐULJUDSKA RAZMENA KOD MANIČNIH

U slučaju nepravilne međuljudske razmene kod manije *dominira aktivnost i dominantnost maničnog pacijenta.*

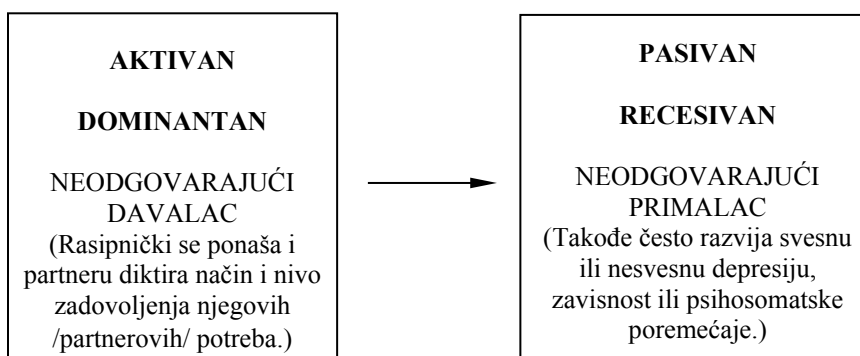
1 MANIČNI PACIJENT

PARTNER MANIČNOG



2 MANIČNI PACIJENT

PARTNER MANIČNOG

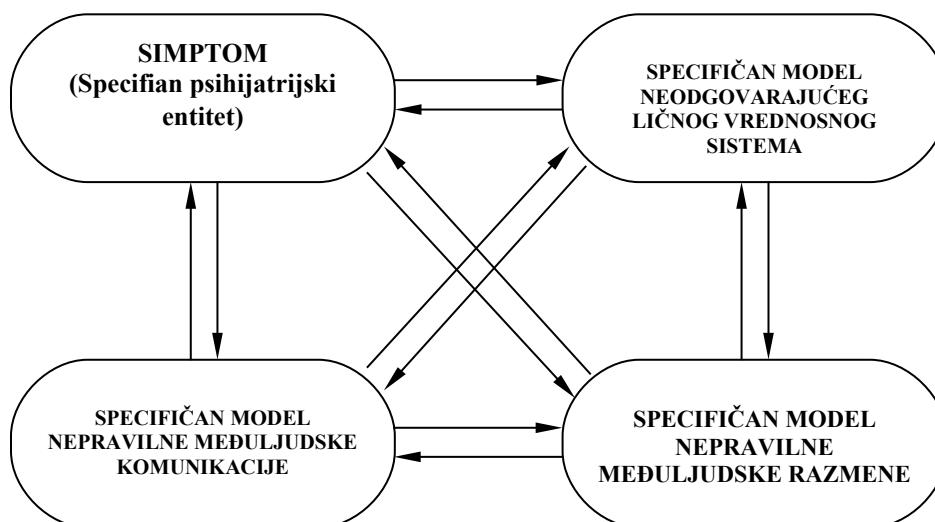


IV INFORMACIONO-KOMUNIKACIONA HIPOTEZA O NASTANKU I ULOZI PSIHIJATRIJSKIH ENTITETA U PORODIČNOM MILJEU

– **Pojedini (specifični) psihijatrijski entiteti se održavaju u porodičnim okvirima uz istovremeno održavanje:**

- 1) Specifičnih modela neodgovarajućeg (iskrivljenog ili psihotičnog) Ličnog vrednosnog sistema članova porodice,
- 2) Specifičnih modela nepravilne međuljudske komunikacije i
- 3) Specifičnih modela nepravilne međuljudske razmene.

Ovo istovremeno održavanje navedenih sadržaja u porodičnim okvirima jedan je od osnova za pretpostavku o njihovoj uzajamnoj povezanosti, na principima uzajamne uzročnosti (*feedback-a*), kao na šemi:



– Pretpostavljamo da se **sistem prikazan na šemi formira tokom jedne ili više nepravilno obavljenih međuljudskih komunikacija i međuljudskih razmena** koje se dogode **u situacijama povišenog nivoa afektiviteta /vidi III 1.1.3)** na strani 28./, što je, po pravilu, karakteristično za trenutke **individualnih ili porodičnih kritičnih životnih događaja**.

– U praksi se susrećemo sa:

- 1) **očekivanim kritičnim životnim događajima** (sklapanje braka, rađanje deteta, polazak u školu, završavanje škole, odvajanje odraslog od primarne porodice, zapošljavanje, sklapanje partnerstva momak-devojka, stvaranje bračne ili vanbračne zajednice dece koja su odrasla, rađanje unuka, smrt deda i baba) i
- 2) **neočekivanim kritičnim životnim događajima** (razvod ili prekid vanbračne veze, pobačaji, prevremena smrt člana porodice, zades sa većim ili manjim invaliditetom...).

- Očekivani kritični životni događaji po pravilu su sadržaj prelaza iz jedne u drugu fazu individualnog, tj. porodičnog životnog ciklusa i predstavljaju gotovo nerazdvojne elemente života svake porodice. Otuda nimalo slučajno najveći broj psihijatrijskih entiteta upravo otpočinje vremenski vezano za neki od očekivanih kritičnih životnih događaja.
- Neočekivani kritični životni događaji nisu pravilo i nisu očekivan sadržaj života individue i porodice; ređe se javljaju, ali tim više, zbog neočekivanosti, nose još intenzivniji nivo afektiviteta, čime se pojačava šansa za obavljanje specifičnih interpersonalnih komunikacija i interpersonalnih razmena koje će pratiti pojava i fiksiranje simptoma (psihijatrijskog entiteta) u porodičnom sistemu.

O kakvim se to nepravilnim međuljudskim komunikacijama i međuljudskim razmenama zapravo radi?

Pretpostavljamo da se, ***u opisanim situacijama povišenog stepena afektiviteta***, u toku jedne ili više obavljenih međuljudskih komunikacija i međuljudskih razmena između članova porodice ***ispolji*** jedan od sledećih sadržaja:

- 1) ***nedostatak ljubavi ili čak otvorena pojava mržnje*** ili
- 2) ***neadekvatno velika doza ljubavi ili čak otvorena "incestuoznost"*** (Pod ovim pojmom podrazumevamo pojavu manifestacija ljubavi do erotičnosti, bilo prema krvnom srodniku, što bismo nazvali "***biološkom incestuoznošću***", bilo prema "socijalnom srodniku" /kumu, zetu, snaji.../, što bismo nazvali "***socijalnom incestuoznošću***". Ovakav fenom može biti ***hetero ali i homoseksualan, u okviru*** odnosa partnera ***iste ili različitih generacija.***)

Pomenuti fenomeni dovode partnere (jednog ili više njih) u poziciju dopunskog povišenja nivoa afektiviteta ***uz intenzivno potiskivanje*** sadržaja u nesvesni deo Ličnog vrednosnog sistema.

- U okviru opisanih interpersonalnih zbivanja ***aktiviraju se pojave Specifičnog psihijatrijskog entiteta, Specifičnog modela nepravilne međuljudske komunikacije, Specifičnog modela neodgovarajućeg ličnog vrednosnog sistema i Specifičnog modela nepravilne međuljudske razmene.***
- ***Sva četiri navedena elementa deluju u međusobnom sadejstvu :***
 - 1) Održavaju međusobnu patološku ravnotežu.
 - 2) Uspostavljanjem psihijatrijskog entiteta kod jednog od članova porodice preplavljaju ovom temom celokupni život porodice.
 - 3) Obezbeđuju da ostala tri elementa (Specifični model nepravilne međuljudske komunikacije, Specifični model neodgovarajućeg Ličnog vrednosnog sistema i Specifični model nepravilne međuljudske razmene) ostaju sve vreme aktivni, a da se to ne privodi svesti.

- 4) Na ovaj način se uspeva da raniji, sadašnji i budući sadržaji nepravilne međuljudske komunikacije i nepravilne međuljudske razmene budu prisutni i dodatno stvarani, uz njihovo stalno potiskivanje i držanje u nesvesnom delu Ličnog vrednosnog sistema.

– Na gore navedeni način *postiču se sledeći praktični efekti* :

- 1) ***Koči se moguća biološka reprodukcija*** porodice.
(U ovom slučaju simptom će omogućiti nesvesno odmicanje i dovoljnu distancu između partnera.).
- 2) Moguć je i obrnuti efekat: zbližavanje nesvesno bliskih partnera i ***dolaženje do trudnoće*** tj. rađanja.
- 3) ***Omogućava se i razdvajanje partnera*** bez obzira da li imaju ili nemaju dovoljno uzajamne ljubavi.
- 4) ***Moguće je i održavanje partnerstva*** bez obzira da li partneri imaju ili nemaju dovoljno ljubavi.
- 5) ***Koči se moguća svesna ili nesvesna poligamna orijentacija*** partnera.
- 6) ***Omogućava se svesna ili nesvesna poligamna orijentacija*** partnera.
- 7) ***Koči se svesna ili nesvesna "biološka incestuoznost"***.
- 8) ***Omogućava se svesna ili nesvesna "biološka incestuoznost"***.
- 9) ***Koči se svesna ili nesvesna "socijalna incestuoznost"***.
- 10) ***Omogućava se svesna ili nesvesna "socijalna incestuoznost"***.
- 11) ***Omogućava se da odrastao ostane*** uz roditelje ili brata ili sestru (i sl.), tj. ***nesepariran***.
- 12) ***Omogućava se separacija*** odraslog iz primarne porodice.
- 13) ***Omogućava se da se neko osami*** (autizuje).
- 14) ***Omogućava se da neko stupi u međuljudsku komunikaciju i međuljudsku razmenu sa okolinom*** (Pridruživanje).

V INFORMACIONO - KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE

- Iz prethodno razmotrene hipoteze (sadržaj pod tačkom IV) proizilazi uvođenje u psihoterapijski rad specifičnih informaciono - komunikacionih psihoterapijskih intervencija.

1. OSNOVNE INFORMACIONO – KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE

1) UVOĐENJE PRAVILNE MEĐULJUDSKE KOMUNIKACIJE

Pravilna međuljudska komunikacija se koristi :

- 1 – kao princip funkcionisanja sistema terapeut-porodica (*tokom seansi*) i
- 2 – kao na porodicu prenesen način komunikacije koji ona (porodica) koristi i *mimo terapeutovog prisustva*.

1 - *Svaka seansa se vodi uz primenu pravilne međuljudske komunikacije*. Ovo podrazumeva nezagovaranje nikakvog klišea redosleda komunikacije između učesnika seanse, već se ovaj redosled utvrđuje u konkretnoj situaciji i prema konkretnom angažovanju članova porodice i terapeuta, *uz podržavanje* (na ovaj način i neverbalno) *aktivne pozicije* kao neophodnosti za dobru interpersonalnu komunikaciju!

Terapeut komunicira tokom seanse po jasnim pravilima dobre međuljudske komunikacije, smenjujući se u ulogama dobrog davaoca informacija i dobrog primaoca informacija (Vidi stranu 9.!).

On podstiče članove porodice, ali ih ne gura u dobru komunikaciju već im istu nudi i to ponavlja svestan njenog značaja, ali i spreman da sačeka pojedine članove da se postupno uključe.

Pravilo je da je u početnoj fazi terapeut najaktivniji, a da se, daljim tokom tretmana, prelazi u fazu kada se i ostali članovi porodice postepeno sve više i sve adekvatnije uključuju.

Ukoliko kod nekog od članova porodice tokom seanse dođe do pojave upornog ćutanja i pored normalnog podsticanja terapeut to prihvata i nastavlja razgovor sa drugim članovima porodice koji su aktivni. Ako neko ispolji pritisak na člana koji uporno ćuti (iz straha ili nesvesne agresivnosti) *terapeut tada nastupa direktivno i daje uputstvo porodici o tome da treba podsticati komunikaciju, ali ne i prelaziti granicu u tome*, kako bi se ostavila mogućnost da svako uzme učešća u komunikaciji prema svojim stvarnim mogućnostima i potrebama.

Porodica na seansi može spontano da prihvati pravilnu međuljudsku komunikaciju, a da toga nije ni svesna, ili može, što je malo verovatno, sopstvenom percepcijom da osvesti ovaj sadržaj.

Obaveza je terapeuta da obavi kratku edukaciju porodice i osvesti joj sve elemente pravilne međuljudske komunikacije, čime joj, na ovu temu, maksimalno daje šansu da ovlada neophodnim veštinama.

2 –*Pravilnu međuljudsku komunikaciju porodica može da prihvati na nesvesnom ili svesnom nivou (što je daleko bolja varijanta)* te da je koristi i mimo seansi dobivši tako "moćno oružje" za uspešnu adaptaciju u budućnosti.

Osveščivanje ovog sadržaja daje porodici dopunski kvalitet da u slučaju pojave istog ili novih porodičnih simptoma i sama zna da se bori koristeći "terapijsku taktiku dobre komunikacije".

Ovako se stvara i **moгуćnost da se tehnika dobre međuljudske komunikacije uključi kao veoma važan svesni sadržaj porodičnog vrednosnog sistema sa mogućnošću svesnog transgeneracijskog prenosa.**

Opisana terapijska tehnika podrazumeva i **aktivne intervencije terapeuta u momentima kada treba prekidati komunikaciju**, što se čini u sledećim situacijama:

- 1 - Kada je neko od članova (ili sam terapeut) u mentalnom zamoru ili pod dejstvom psihoaktivne supstance.
 - 2 - Kada je previsok afektivni nivo seanse (Tada se, **najpre, pokuša manevar usporenja** komunikacije kako bi se dalo vreme za laganije prажnjenje emocija, čime se izbegavaju raptusi i iskrivljavanje komunikacije.).
 - 3 - Kada su prisutni i drugi fenomeni karakteristični za različite primere nepravilnog direktnog prijema informacija (vidi III 1.1., na strani 28.).
(Takav je primer organski poremećaj čula sluha. Pritom savetujemo oprez, jer smo u praksi suočeni sa **fenomenom "dopunske psihološke nesvesne nagluposti"**, a kod osoba koje realno imaju određen nivo oštećenja sluha, ali zbog dopunskih nesvesnih emocionalnih razloga, funkcionišu kao da im je poremećaj mnogo dublji!)
- 2) IZRADA GENOGRAMA (7,17), (MAPE PORODIČNOG STABLA), PO PRINCIPIMA McGOLDRICK M., GERSON R., 1985.(18)
Najbolje iskustvo imamo sa sadržajima dobijenim izradom trogeneracijskog genograma koji obuhvata: decu, njihove roditelje i generaciju baba i deda. Ovo je **direktan i najbolji način za upoznavanje Ličnog i Porodičnog vrednosnog sistema.**
- 3) TEHNIKA KORIGOVANJA SADRŽAJA ISKRIVLJENOG LIČNOG VREDNOSNOG SISTEMA pacijenta i porodice (a, češće ili ređe, i sadržaja iskrivljenog Ličnog vrednosnog sistema samog terapeuta!).

Održavanje simptoma u porodičnom sistemu u korelaciji je i sa prisustvom niza iskrivljenih informacija, tj. stavova koji nisu u skladu sa realnošću (ako govorimo rečnikom Olportove psihologije).

Osnovna pretpostavka sistemskih porodičnih psihoterapeuta je da je uspešnost čovekovog funkcionisanja usko u vezi sa kvalitetom njegovog Ličnog vrednosnog sistema.

Dobro formiran Individualni vrednosni sistem odražava realne ljudske potrebe i realne životne vrednosti.

Individualna životna veština mogla bi se na taj način definisati kao: **Kombinacija pravilno formiranog Individualnog vrednosnog sistema sa odgovarajućim naporom (borbom) za ostvarenje realnih životnih vrednosti.**

Pritom je ozbiljno pitanje: Koliko će neka osoba u svom životu uspeti da realizuje čak i idealno uspostavljen niz realnih vrednosti? To će svakako zavistiti ne samo od **veštine** kojom se bori već i od faktora **sreće**.

I zaista, u realnom okruženju imamo niz različitih "ljudskih sudbina", praćenih različitim nivoima individualnog postignuća.

Dostizanje određenog starosnog uzrasta prosto nije uvek u skladu sa onim za šta se

osoba u dotadašnjem životu izborila.

Neostvarivanje osnovnih(najvažnijih) životnih sadržaja sigurno predstavlja realan osnov za formiranje svesne ili nesvesne(maskirane) depresivne pozicije, a ovo je baza za formiranje i razvoj niza usko psihijatrijskih, ali i psihosomatskih fenomena.

Posebnu temu predstavlja i **fenomen "naknadnih gubitaka ranije dosegnutih vrednosti"**. **I ovaj fenomen rezultira jasnim razvojem fenomena svesne ili nesvesne (maskirane) depresivnosti, tj. psihijatrijskih(i psihosomatskih) obolenja .**

Takođe nezaobilaznu temu čini **fenomen realizacije neadekvatnih životnih vrednosti !** (Npr.: realizacija incestuoznog odnosa, neadekvatnog partnerskog odnosa, realizacija homoseksualnosti, workholismus-a... ..)

Ovakvo stanje pacijenta je najčešće **praćeno formiranjem i održavanjem rigidnog i iskrivljenog Individualnog vrednosnog sistema, kao i gomilanjem nezadovoljstva, tj. svesne ili nesvesne depresivnosti , koju, kako je to već i prethodno isticano, prati pojava psihijatrijskih (i psihosomatskih) fenomena.**

Ako dosledno pratimo navedene ideje, možemo jasno da **uočimo univerzalni mehanizam razvoja(patogeneze) psihijatrijskih (i psihosomatskih) fenomena, a u vezi sa neostvarivanjem ili gubitkom adekvatnih, ili realizacijom neadekvatnih sadržaja iz okvira Individualnog vrednosnog sistema.(!!!)**

Članovi jedne porodice, u okvirima sadašnjosti, a veoma često i kroz višegeneracija istorijskog razvoja, grade veći ili manji stepen uzajamne saglasnosti u tumačenju i prihvatanju najvažnijih životnih vrednosti.

Ovaj, **od strane jedne porodice prihvaćen vrednosni sistem, nazivamo Porodični vrednosni sistem u užem smislu reči** (ne gubeći iz vida i njegov nesvesni deo!).

Lako je uočiti da su neki stavovi u sklopu Porodičnog vrednosnog sistema prihvaćeni gotovo od strane svih članova porodice, dok neke druge stavove prihvata samo određeni broj porodičnih članova (kao i da, u vezi sa nekim sadržajima vrednosnog sistema, može postojati dijametralna razlika među članovima porodice).

U situacijama karakteristično iskrivljenih Vrednosnih sistema najčešće se srećemo sa veoma krutim i neadekvatnim stavovima koji su duboko i autarhično ukorenjeni u porodici.

Kod Psihosomatske porodice, koja je u tehnološki razvijenim zemljama postala gotovo etalon porodice savremenog doba, srešćemo se tako sa sledećim stavovima:

1. **Visoko postavljanje na skali vrednosti rada, uspeha, moći i novca,** što rezultuje prihvatanjem "radoholizma" (workholisma) kao normalnog i poželjnog načina funkcionisanja.
2. **Glorifikovanje lične odgovornosti za uspeh tj. neuspeh** ("Sve se može kad se hoće." "Svako je kovač svoje sreće.").
3. **Glorifikovanje ljubavi i braka.** ("Kad se ljubav i brak dobro neguju sigurno neće propasti."). I od sebe i od drugih zahtevaju da se "emocijama upravlja" i u sferi njihove pojave, jačanja ili gašenja!!!
Apriori ne prihvataju ideju o "Dobrom razvodu". (Otuda tendencija da čuvaju brak, i svoj i tuđ, po svaku cenu.)
4. **Otvoreno zapostavljanje vrednosti života i zdravlja.** (Prelaze lako preko svojih tegoba, ne javljaju se lekaru, ne uzimaju uredno lekove. /"Oni

ne vole da piju tablete"./ Prihvataju da se bave poslovima koji su otvoreno rizični po život i zdravlje...)

U osnovi ovakvog ponašanja je bazična nesigurnost (kompleks niže vrednosti reaktivnom formacijom konvertovan u kompleks više vrednosti, ali i potisnut u nesvesno!). Sledi formiranje "jake ličnosti" koja će, kroz iscrpljujuću aktivnost, pojačati osećaj lične sigurnosti i vrednosti.

Pritom ove porodice ne uočavaju visoku cenu ovakvog funkcionisanja koja se ogleda u vanrednoj frekvenci pojave psihosomatskih obolenja.

/Svaki 10 godina broj obolelih od karcinoma se udvostručuje!!!/

Ovo su i porodice sa velikim brojem alkoholičara, narkomana kao i psihotičnih pacijenata, koji predstavljaju **"crne ovce porodice"**.

Tako, jedni članovi psihosomatske porodice dožive slom funkcionisanja ispoljivši različite psihosomatske bolesti, a drugi ispoljivši sliku psihijatrijskog problema.!!!)

Zbog svega navedenog niz sistemskih psihoterapijskih intervencija se bazira na korekciji pogrešnih i razmeni do tada neprenetih važnih porodičnih sadržaja.

Ovo se čini uz korišćenje više klasičnih metoda: Metodom izrade genograma (porodičnog stabla) (npr. na način kako to čine Monika Mc Goldrick i Randy Gerson, 1985.) (18), Metodom analize kritičnih životnih događaja (kako to rade Norman i Beti Paul, 1975.) (20), ili Metodom indirektno konfrontacije (nuđenjem "drugačijeg viđenja" ili, još blaže, "drugačije pretpostavke o nečemu").

Tokom upotrebe ovih tehnika **sistemski psihoterapeut neminovno uključuje svoje stavove**, projektujući sadržaje iz svog ličnog vrednosnog sistema.

Neutralnost terapeuta (na kojoj se često i mnogo insistira) se ne ogleda u njegovom naporu da, po svaku cenu, ne iznese na videlo svoj vrednosni sistem (To je **"pseudoneutralnost"**). Ovakav svesni pokušaj bi bio vezan za gotovo neprirodnu i neadekvatnu, a možda u okvirima svesne kontrole i nesprovodivu, potpunu blokadu ispoljavanja informacionih i emocionalnih sadržaja u ponašanju terapeuta (što svakako nije ni ljudski ni terapijski adekvatno).

Treba istaći da je ovakvo ponašanje, sa dominacijom neispoljavanja terapeutovih autentičnih ideja i afekata, koje se obavlja u okvirima nesvesnog, mehanizmom potiskivanja (a valjda jedino tako i može da se "uspešno" obavi), po svojim osobinama karakteristično za osobe sa pojavom psihosomatskih ispoljavanja (i sa mogućom docnijom evolucijom i u druge nozološke forme).

"Prava neutralnost" sistemskog psihoterapeuta odlikuje se aktivnom ulogom u procesu građenja vrednosnog sistema, u smislu autentične podele vrednosnih iskustava sa porodicom, ali i sposobnosti da se ista preispituju i usaglašavaju sa realnošću, uz često formiranje vrednosnih stavova na nivou pretpostavki.

(U aktuelnom "Vremenu velikih promena" mnogi sadržaji zaista i "traže" da budu preispitani i vrednosno mnogo opreznije tumačeni.).

Na ovaj način terapeut daje **dvostruki doprinos**:

1/ Time što zajedno sa porodicom aktivno preispituje vrednost sadržaja iz ralnosti, terapeut **daje aktivan doprinos formiranju adekvatnog vrednosnog sistema**, kako porodice koja je na tertmanu, tako i svog ličnog.

(Na ova način sam terapeut može da iskoristi psihoterapijski postupak za svoj lični "rast" i razvoj.)

i 2/ **Pruža neposredni primer modela adekvatne interpersonalne komunikacije i razmene.**

I dok je nekada osnovni problem bio kako uopšte doći do novih informacija, problem modernog čoveka je kako iz bukvalne "poplave novih informacija" izdvojiti one koje su bitne, a uz to i tačne. Potom slede i problemi vezani za pravilnu procenu važnosti pojedinih informacija, a prevashodno u smislu jesu li i koliko korisne ili opasne za individuu.

(Činjenica je da se aktuelno nalazimo u vremenu velikih promena te su, u skladu s tim, pred svima nama i veliki izazovi u individualnim ljudskim pokušajima da što realnije sagledamo stvarnost i načinimo njenu pravilnu vrednosnu procenu.)

Baveći se temom Individualnog (Ličnog) vrednosnog sistema mi se u stvari bavimo prvenstveno pokušajem da razumemo njegov svesni deo, kao i da oslobodimo mnoge emocionalno važne sadržaje koji su potisnuti u nesvesno.

Tehnika korigovanja iskrivljenih sadržaja Ličnog i Porodičnog vrednosnog sistema najčešće i najintenzivnije se obavlja tokom izrade genograma, ali prati praktično i sve druge sadržaje terapijskog postupka. *Da bi se izbegli otpori savetuje se rad po tipu indirektna konfrontacije* (nuđenjem "drugačijeg viđenja" ili, još nežnije, "davanjem drugačije pretpostavke o nečem").

Smatram izuzetno korisnim da terapeut jasno i direktno iznese svoje aktuelne lične stavove. Ovo doprinosi uspostavljanju veće bliskosti sa pacijentom i porodicom, uz prihvatanje rizika da ovi, zbog svojih krutih stavova koji se razlikuju od onih koje im nudi terapeut, napuste tretman, ali će pritom neizbežno "poneti terapeuta sa sobom".

- 4) TEHNIKA NORMANA I BETI PAUL, 1974. (Po McGoldrick M., Gerson R., 1985.)(20), predstavlja podvrgavanje porodice postupku intenzivne analize pojedinačnih iskustava članova porodice u vezi sa očekivanim i neočekivanim kritičnim životnim događajima (sa posebnim akcentom na kritične životne događaje koji prethode uspostavljanju psihijatrijskog entiteta u porodičnim okvirima).

Ovim postupkom postiže se obavljanje intenzivne informacione i emocionalne razmene koja ima veće šanse da dovede do pojašnjavanja (na nesvesnom ili svesnom nivou) informacionih i emocionalnih sadržaja koji su, u trenucima kritičnih životnih događaja, bili manifestovani i potisnuti u nesvesni deo Ličnog i Porodičnog vrednosnog sistema.

Ova se tehnika izvodi krajnje obazrivo s obzirom na veliki emocionalni značaj potisnutih sadržaja i neophodnost da isti budu postupno otkriveni, uz postupno emocionalno pražnjenje, ali i adekvatnu empatsku obradu. Kao posebna psihoterapijska tehnika ona se lako inkorporiše u tehniku izrade genograma.

5) UVOĐENJE PRAVILNE MEĐULJUDSKE RAZMENE

Sadržaj ove psihoterapijske intervencije precizno je opisan u odeljku II 3.(Vidi stranu 27.!) Intervencija se može koristiti:

1 -*na samoj seansi* (pod uticajem terapeuta) ili

2 -van neposrednog kontakta sa terapeutom (*van seansi*), kada porodica, nesvesno ili svesno, pomenuti sadržaj uključi u svoje funkcionisanje.

Porodica retko može sama da uoči ovu veštinu, te stoga uvek treba da bude direktno i precizno instruirana od strane terapeuta, čime joj se, takođe, pruža još jedno "novo oružje" za uspešnu adaptaciju.

Ovaj sadržaj, slično pravilnoj međuljudskoj komunikaciji, **može postati nesvesni, ali i svesni deo porodičnog funkcionisanja** sa mogućnošću transgeneracijskog prenosa.

(I ovde je povoljnija varijanta svesno prenošenje ove veštine jer ista daje porodici dodatnu adaptacionu snagu da svesno kontrolišući ove mehanizme izbegne ili uspešno rešava nove pojave porodičnih simptoma.)

Zašto su intervencije uvođenja pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene toliko važne?

Uvođenjem pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene moguće je postići dve stvari:

1. **Postepenu deblokadu međuljudske komunikacije i međuljudske razmene** sve do postepenog prodora sadržaja potisnutih interpersonalnih komunikacija i razmena koje se, u novom okviru (u uslovima pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene), svesno ili nesvesno ponovo obavljaju obezbeđivši "**vraćanje porodičnih dugova**", sa više ili manje svesnog ili nesvesnog emocionalnog reagovanja (nekada je to uzdah olakšanja nekog od članova porodice kojeg primeti samo terapeut).
2. **Drugi mogući efekat** uvođenja pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene sastoji se u činjenici da se, na ovaj način, stvara nov okvir za obavljanje (ali sada na adekvatan način) aktuelnih međuljudskih komunikacija i međuljudskih razmena, a u uslovima narasle individualne i porodične krize koja ima sva obeležja novog kritičnog životnog događaja sa visokim nivoom afektiviteta!

Aktuelna porodična kriza sadrži i elemente aktuelnog terapijskog tretmana tokom kojeg se porodica vodi putevima stavljanja na probu i ispitivanja porodične ljubavi i bliskosti. Ukoliko se pokaže da u nekim relacijama nema ljubavi i bliskosti ili da, i ako je ima, ona ne biva adekvatno iskazana (sa jedne ili obe strane), to postaje realan okvir za spontanu ili na terapeutov predlog načinjenu separaciju.

Ukoliko se pak jasno pokaže da postoji dovoljno obostrane ljubavi (ili bliskosti) to postaje nova baza za kvalitativno nov odnos i dalje uspešno obavljanje procesa međuljudske komunikacije i međuljudske razmene između članova porodice.

I u jednom i u drugom slučaju suština **je u obavljanju pojašnjavanja dotad nejasnih emocionalnih relacija**, smeše privlačenja i odbijanja, što je bila emocionalna osnova i uporište za održavanje *double bind* komunikacija.

Krajnji uspešan ishod ovih intervencija, a i tretmana uopšte, jeste, ili zrelije uspostavljanje emocionalnog odnosa ljubavi i bliskosti, ili suočavanje sa nedovoljnošću ljubavi i bliskosti (ili nemogućnošću da se ista iskomunicira), nakon čega beležimo ili uspešno zajedništvo ili uspešnu separaciju.

2. PARADOKSALNE INFORMACIONO - KOMUNIKACIONE PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE

1) PARADOKSALAN SAVET TERAPEUTA PARTNERIMA DA SE ODVOJE

uz komentar da oni, iako možda i imaju dovoljno ljubavi jedno za drugo, žive partnerski život sa mnogo obostranog nezadovoljstva i depresivnosti, te da bi njihovo razdvajanje, pod takvim okolnostima, bilo za njih najbolje rešenje.

Na ovakav način se partnerima daje savet da se telesno odmaknu, a da se emocionalno približe i upućuju se na obavezu da ljubav i zajedništvo gaje samo u okvirima dovoljno srećnog (zadovoljavajućeg) partnerskog odnosa!

Ova se psihoterapijska intervencija koristi na autentičan način tek onda kada je terapeut iscrpeo odgovarajuće pokušaje da pomogne partnerima da izađu iz *double bind* pozicije i kada je njemu (terapeutu) jasno da pred sobom ima osobe koji ne postižu dovoljno uzajamne sreće da bi uspešno nastavile zajednički život.

2) INTERVENCIJA SAOPŠTAVANJA "NEMA PROMENE, NEMA POMOĆI."

(**Salvador Minučin**, svetski poznat autoritet iz oblasti sistemske porodične psihoterapije, je, sa još jednim svojim kolegom, na Svetskom kongresu iz sistemske porodične psihoterapije, potpuno iznenadio sve prisutne ponudivši ovu konstataciju!??)

Ova se intervencija nudi porodici u uslovima kada terapeut autentično doživljava da je zaista učinio sve što je mogao u pokušaju da pomogne.

Sama terapijska intervencija, kao i autentične okolnosti u kojima se primenjuje, dovode do pada emocionalne napetosti (poput "pomirenja sa sudbinom"), uz prateće defokusiranje simptoma.

Sve to bitno smanjuje uspešnost potiskivanja nesvesnih sadržaja i daje im šansu za prodor, delom ili u celini, u svesni deo Ličnog vrednosnog sistema, uz odvijanje informacione i emocionalne deblokade preko procesa uvođenja pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene, a sa dobrim terapijskim učinkom.

Nakon toga povećavaju se šanse da se i u buduće međuljudska komunikacija i međuljudska razmena u porodici svesno ili nesvesno obavljaju na pravilan način.

3. METAFORA KAO SPECIFIČNA INFORMACIONO - KOMUNIKACIONA PSIHOTERAPIJSKA INTERVENCIJA

Metafora kao specifična informaciono-komunikaciona psihoterapijska intervencija predstavlja element koji, u najdubljem smislu, sažima nataloženo ljudsko znanje, veru i umetnost, noseći impresivnu snagu višegeneracijske čovekove borbe da nađe pravi put do sebe i drugih ljudi.

Psihoterapija kao umetnost i umetnost kao psihoterapija preko metafore postaju jedno isto, dajući šansu čoveku da iskomunicira sa najlepšim stranama svoje i tuđe ličnosti.

U nemogućnosti da čitavu knjigu posvetim ovoj najlepšoj od najlepših psihoterapijskih tehnika zadovoljavam se samo time što navodim one metafore koje lično najčešće koristim u svojoj psihoterapijskoj praksi.

- 1) Često parafraziram izreku Vladike Nikolaja Velimirovića (23):

***"Bože, pomози mi da u životu promenim ono što mogu
i da se pomirim sa onim što ne mogu da promenim."***

- Ovu izreku koristim u psihoterapijskom postupku *definišući obavezu svakog člana u porodičnoj terapiji* (pa i samog terapeuta) *da učini SVE ŠTO MOŽE* da bi doprineo poboljšanju. Ovim ukazujem učesnicima u terapijskom postupku (pa i samom sebi kao terapeutu) da ćemo, moguće je, doći do krajnje tačke kada dalja promena neće više zavisiti od naših snaga, ali da smo i tada učinili mnogo (ili tačnije, najviše što smo mogli).

- 2) Izreku "***Pametniji popušta.***"(21) prihvatio sam u određenoj meri, a koristim je i u novom obliku: "***Pametniji ne popušta.***"

- Tumačenje izreke "***Pametniji popušta.***" sagledavam tako da i sam prihvatom neophodnost da prekidam komunikaciju u trenucima previsoke afektivnosti (kada, po pravilu dolazi do "prejakih reči"). Ovaj manevar obilato preporučujem kao način da se zaštitite od drugih (po crnogorskom predanju to se zove "junaštvo"), a takođe i da druge zaštitite od sebe (što Crnogorci zovu "čojstvo").
- Novi oblik izreke koji glasi "***Pametniji ne popušta.***" daje dopunu prethodnoj interpretaciji, a u smislu neophodnosti zadržavanja aktivnog stava u komunikaciji (i u životu uopšte), uz trajnu borbu za bolje.

- 3) Kada je ključna terapijska tema ***partnerska ljubav*** preporučujem korišćenje dva prelepa primera iz poezije:

- A. Ukoliko je potrebno da se ***partneri zarobljeni double bind komunikacijom*** suoče sa načinom kako da zaista vide kakav je i koliko intiman njihov odnos, upućujem ih na predivnu pesmu Alekse Šantića (22):

Ne vjeruj...

*Ne vjeruj u moje stihove i rime
Kad ti kažu, draga, da te silno volim,
U trenutku svakom da se za te molim
I da ti u stabla urezujem ime,-*

*Ne vjeruj! No kasno, kad se mjesec javi
I prelije srmom vrh modrijeh krša,
Tamo gdje u grmu proljeće leprša
I gdje slatko spava naš jorgovan plavi,
Dođi, čekaću te!*

*U časima tijem,
Kad na grudi moje priljubiš se čvršće,
Osjetiš li, draga, da mi t'jelo dršće,
I da silno gorim ognjevima svijem,
Tada vjeruj meni, i ne pitaj više!
Jer istinska ljubav za riječi ne zna;
Ona samo plamti, silna, neoprezna,
Niti mari, draga, da stihove piše!*

- B. Ukoliko jedan ili oba partnera, svesno ili nesvesno, nose (svako svoj) **teret zbog "bekstva od ljubavi"** pozivam u pomoć Lazu Kostića i upućujem partnere da pročitaju njegovu pesmu(10)

Santa Maria della Salute

Oprosti, majko sveta, oprosti
što naših gora požalih bor,
na kom se, ustuk svakoje zlosti,
blaženoj tebi podiže dvor;
prezri, nebesnice, vrelo milosti,
što ti zemaljski sagreši stvor;
Kajan ti ljubim prečiste skute,
Santa Maria della Salute.

Zar nije lepše nosit lepotu,
svodova tvojih postati stub,
nego grejući svetsku grehotu
u pep'o spalit srce i lub;
tonut o brodu, trunut u plotu,
đavolu jelu a vragu dub?

Zar nije lepše vekovat u te,
Santa Maria della Salute?

Oprosti, majko, mnogo sam strad'o
mnoge sam grehe pokaj'o ja;
sve što je srce snivalo mlado,
sve je to jave slomio ma',
za čim sam čezn'o, čemu se nad'o,
sve je to davno pep'o i pra',
na ugod živu pakosti žute,
Santa Maria della Salute.

Trovalo me je podmuklo, gnjilo,
al' ipak neću nikoga klet;
što god je muke na mene bilo,
da nikog zato ne krivi svet:
jer, što je duši lomilo krilo
to joj u jeku dušilo let,
sve je to s ove glave sa lude,
Santa Maria della Salute.

Tad moja vila preda me granu,
lepše je ovaj ne vide vid;
iz crnog mraka divna mi svanu,
k'o pesma slavlja u zorin svit,
svaku mi mahom zaleči ranu,
a'l težoj rani nastade brid:
Što ću od milja, od muke ljute,
Santa Maria della Salute?

***Ona me glednu. U dušu svesnu
nikad još takav ne sinu gled;
tim bi, što iz tog pogleda kresnu,
svih vasiona stopila led,
sve mi to nudi za čim god čeznu',
jade pa slade, čemer pa med,
svu svoju dušu, sve moje žude,
- svu svečanost za te, divne trenute!-
Santa Maria della Salute.***

Zar meni jadnom sva ta divota?
Zar meni blago toliko sve?
Zar meni starom, na dnu života,
ta zlatna voćka što sad tek zre?
Oh, slatka voćko tantalskog roda,
što nisi meni sazrela pre?

Oprosti moje grešne zalute,
Santa Maria della Salute.

Dve se u meni pobiše sile,
Mozak i srce, pamet i slast.
Dugo su bojak strahovit bile,
K'o besni oluj i stari hrast:
Napokon sile sustaše mile,
vijugav mozak održa vlast,
razlog i zapon pameti hude,
Santa Maria della Salute.

*Pamet me stegnu , ja srce stisnu,
utekoh mudro od sreće, lud,
utekoh od nje - a ona svisnu.
Pomrača sunce, večita stud,
gasnuše zvezde, raj u plač briznu,
smak sveta nastu i strašni sud -
O svetski slome, o strašni sude,
Santa Maria della Salute!*

*U srcu slomljen, zbunjen u glavi,
spomen je njezin sveti mi hram.
Tad mi se ona odonud javi,
k'o da se bog mi pojavi sam:
U duši bola led mi se kravi,
kroz nju sad vidim, od nje sve znam
zašto se mudrački mozgovi mute,
Santa Maria della Salute.
Dođe mi u snu. Ne kad je zove
silnih mi želja navreli roj,
ona mi dođe kad njojzi gove,
tajne su sile sluškinje njoj.*

*Navek su sa njom pojave nove,
zemnih milina nebeski kraj.
Tako mi do nje prostire pute
Santa Maria della Salute.
U nas je sve k'o u muža i žene,
samo što nije briga i rad,
sve su miline, al' nežežene,
strast nam se blaži u rajski hlad
Starija ona sad je od mene,
tamo ću biti dosta joj mlad
gde svih vremena razlike ćute,
Santa Maria della Salute.*

A naša deca pesme su moje,
tih sastanaka večiti trag;
to se ne piše, to se ne poje,
samo što dušom probije zrak.

To razumemo samo nas dvoje,
to je u raj u prinovak drag,
To tek u zanosu proroci slute,
Santa Maria della Salute.

*A kad mi dođe da prsne glava
o tog života hridovot kraj,
najlepši san mi postaće java,
moj ropac njeno: "Evo me, naj!"
Iz ništavila u slavu slava,
iz beznjenice u raj, u raj!
U raj, u raj, u njezin zagrljaj!*

*Sve će se želje tu da probude,
dušine žice sve da progude,
zadivícemo svetske kolute,
bogove silne, kamo li ljude,
zvazdama ćemo pomerit pute,
suncima zasut seljenske stude
da u sve kute zore zarude,
da od miline dusi polude
Santa Maria della Salute.*

- 4) Kada je tema u psihoterapiji *odnos prema materijalnim vrednostima i vrednostima ljudske podrške i prijateljstva* parafraziram staru istočnjačku priču (citat iz knjige :*"Svjetski izazov"*, Jean-Jacques Servan-Schreiber, 1980.)(6).

"Na dobitku je svako ko izgubi jedan zlatnik - stara je istočnjačka pouka"

"Jednog je dana neki trgovac šetao putem po velikom ostrvu i spazio na zemlji očito izgubljen zamotuljak. Podiže ga i otvori. S iznenađenjem nađe unutra tri zlatnika, svaki u vrednosti jednog rija.

Obradova se i požuri da se sa svojim novim blagom vrati kući.

Tada mu priđe drugi šetač i reče da taj zamotuljak pripada njemu i da ga je on tu izgubio.

Pa zatraži da mu vrati ona tri zlatnika.

Trgovac koji ih je našao gledaše na to drugim očima, pa izjavi:

'Što si našao, to je tvoje.'

Reč po reč i njihova se prepirka produži nadugačko. No, jednog trenutka rasprava se, kao sama od sebe, preokrenula.

Bivši vlasnik počeo je govoriti: 'Ako ćemo pravo, kad sam ih već izgubio, izgubio sam ih.'

A drugi će: 'Na kraju krajeva, ja sam ih slučajno našao i oni mi ne pripadaju.'

I tako se opet nisu mogli složiti. I beskonačna se rasprava nastavi kao i pre, samo u obrnutom smeru.

Najzad pametno odlučiše da im presudi neko treći i tako se uputiše najslavnijem sucu (a bio je to O'oka Echizen-no-kami Tadasuke).

Ovaj ih obojicu pažljivo saslušao i ovako presudi:

'Ova tri zlatnika koje svako od vas želi da dá onom drugom zaplenjuje javna vlast. Pošto ste se odrekli vlasništva nad njima nećete imati prigovora na ovakvu odluku.'

Potom sudija uze zlatnike i izađe u drugu sobu.

Dva čoveka ostadoše zbunjeni, zamišljeni i ponešto tužni.

Tada se sudac vratio noseći u rukama dva zamotuljka.

Obojici je pružio po jedan, a u svakom zamotuljku bila su po dva zlatnika.

'Četiri zlatnika koja sada zajedno imate sastoje se od ona tri koje ste mi doneli i jednog zlatnika koji sam dodao iz svog džepa, u znak zahvalnosti za ono čemu ste me naučili.

Pre dolaska kod mene svako od vas dvojice je u jednom momentu mislio da ima tri zlatnika. Sada imate po dva i to je kao da je svako od vas izgubio po jedan zlatnik.

I ja, koji sam dodao jedan zlatnik, takođe mogu reći da sam tako izgubio zlatnik.

Svako od nas trojice je tako izgubio istu stvar: jedan zlatnik.

To je cena za ono što smo svi zajedno dobili."

- 5) ***Kada je potrebno obraditi temu žalovanja za mrtvima, sa pobeđivanjem straha od smrti, uz prikupljanje porodičnih snaga i njihovo napajanje novim životnim žarom*** od izuzetne je koristi prisetiti se stihova Jovana Jovanovića Zmaja - "***Svetli grobovi***" (Vidi kraj knjige!)(8).

- 6) ***U toku psihoterapijskog definisanja snage kojom se psihijatrijski entitet nameće*** pacijentu i okolini, ***koristim se*** svojom ličnom ***metaforom*** koju sam nazvao "***Nijagarin vodopad***".

Da bih dočarao pacijentu i porodici svu snagu kojom nesvesna psiha formira i održava psihijatrijski problem često njihove svesne napore da se tome odupru definišem opisujući paradoksalnu situaciju u kojoj čovek stane pred Nijagarine vodopade i, sa svoje dve ruke, pokuša da ih zaustavi.

- 7) Metaforu "***Bonaca i jedriličar***", takođe nastalu tokom ličnog psihoterapijskog rada, koristim ***u slučajevima kada osećam da je promena moguća, ali da je treba strpljivo sačekati***, kao što vešt jedriličar zatečen u bonaci strpljivo čeka vetar, a potom ga vešto "uhvati" i nastavi plovidbu.

Ovu intervenciju po pravilu koristim ***kod apato-abuličnih sindroma***, kao ***i kod ispoljavanja negativizma***, saopštavajući pacijentu i porodici da im aktuelno nestrpljenje i pritisak zaista ništa neće pomoći (kao što ni jedriličaru ništa neće značiti da uzalud "hvata" vetar onda kada ga nema). Po pravilu, tek kad se pacijent i porodica opuste i smanje uzajamni pritisak dolazi do pozitivne promene kad savetujem "podizanje jedara i nastavak plovidbe".

- 8) Metaforu "***Treće oko***" često koristim kao prateću intervenciju ***u postupku svesnog uvođenja u porodično funkcionisanje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene*** /vidi deo teksta pod **V 3.** na strani 76./.

Tada kažem da svaki čovek ima tu sposobnost ("Treće oko") da svesno prati tok međuljudske komunikacije i međuljudske razmene i da stalno nadzire da li se ovi sadržaji pravilno odvijaju.

- 9) **"Priču o slonu" koristim kao ilustraciju neophodnosti negovanja normalne međuljudske komunikacije** kao aktivnosti kojom se dostiže mnogo potpuniji nivo spoznaje realnosti.

"U neku daleku zemlju po prvi put dovedoše slona. Glas o neobičnoj životinji dospe do vladara ove zemlje i on posla svoja tri savetnika da pogledaju životinju i da mu potom podnesu izveštaj.

Došavši pred ogromnu životinju svaki je stade gledati iz svoje pozicije (za koju beše smatrao da je najbolje odabrana).

Potom se vratiše svom vladaru i ovako mu rekoše:

Prvi savetnik: 'Presvetli, to Vam je jedna velika životinja sa dve velike noge i velikim repom.'

Drugi reče: 'Visočanstvo, to je veliki stvor sa četiri velike noge i jednim ogromnim uvom.'

A treći će: 'Vaša visosti, to je stvarno velika životinja. Ima dve velike noge i jednu ogromnu surlu.'"

VI PRIHOTERAPIJSKI RAD KOD POJEDINIHI PSIHIJATRIJSKIH ENTITETA

Psihoterapijski tretman svih psihijatrijskih entiteta uvek se obavlja kroz tri klasične faze:

I FAZA: *U prvoj fazi se pokušava združivanje porodice (ili partnera).* To je faza pojašnjavanja mehanizama kojima se određeni psihijatrijski entitet održava u sistemu i nuđenja načina za menjanje ponašanja pacijenta i članova njegove porodice, uz prateće **uspostavljanje jasnih komunikacija i jasno iskazivanje emocionalne bliskosti** kroz temu borbe za život i zdravlje.

II FAZA: Dalji rad se nastavlja nakon potpunog (u realnom roku obavljenog) iscrpljivanja napora da se problem uspešno reši na nivou prve faze. **U drugoj fazi se autentično upućuje partnerima poziv na separaciju i radi na planiranju i sprovođenju iste.**

III FAZA: Ova faza sledi logično nakon autentičnog i potpunog iscrpljivanja prethodne dve (takođe u odgovarajućem realnom roku).

U trećoj fazi terapeut nastupa sa pozicija približnih stavu: "Nema promene, nema pomoći." i priprema sebe i porodicu koja je na tretmanu da prihvati dalji razvoj problema onako kako on bude usledio, dajući i dalje sve od sebe u pokušaju da se problem ublaži, ali bez jasnog stava o krajnjem ishodu.

Važna napomena :

Preporučujemo kao pravilo **da partneri (ili porodica) još na prvoj seansi budu upoznati** od strane terapeuta **sa navedenim fazama.** Ovo smatramo posebnom psihoterapijskom intervencijom od izuzetnog značaja (to je **"hipoteza o daljem toku problema"**).

1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU ZAVISNIKA

(Pre daljeg čitanja podsetite se ponovo poglavlja: **III 2.2.** "Iskrivljen Lični vrednosni sistem", na strani 31., **III 2.2.1.** "Lični vrednosni sistem kod zavisnika", na strani 31., **III 3.** "Nepravilni načini međuljudske komunikacije i međuljudske razmene " na strani 41. i **III 3.1.** " Međuljudska komunikacija i Međuljudska razmena kod zavisnika", na strani 42.)

I FAZA:

U prvoj fazi psihoterapijskog rada terapeut pruža porodici zavisnika čitav arsenal psihoterapijskih intervencija preko kojih će članovi porodice (ili partneri u dijadi) biti uvedeni u situacije da testiraju (pokažu i dokažu) stvarni nivo i sadržaj svoje uzajamne bliskosti. To su sledeće intervencije:

1. **Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i međuljudske razmene** /vidi odeljak **V** na strani 69./.
2. **Organizovanje (združivanje) porodice (ili partnera) sa zadatkom uspostavljanja i održavanja apstinencije**(3)(uz medikaciju):
 - kod alkoholičara uz korišćenje disulfirama,
 - kod narkomana uz korišćenje Naltrexona i povremenih analiza mokraće na prisustvo droga.
 - kod kockara uz uskraćivanje davanja novca u lično posedovanje....
3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /vidi odeljak **V** na strani 69./.
4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974. /vidi poglavlje **V** na strani 69/.
5. **Korigovanje sadržaja iskrivljenog LVS-a** i nuđenje adekvatnih elemenata i kvalitetnije hijerarhije LVS-a ("Ispravljanje LVS-a")-/vidi poglavlje **V** na strani 69./.
6. **Afirmacija NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA** menja tradicionalne stavove o braku i porodici uvažavajući realne istorijske promene u kojima se savremena porodica kao zajednica formira i razvija.
 - 1) Ovo se prvenstveno odnosi na **korekciju stavova o partnerstvu** obzirom da ono (bilo bračno ili vanbračno) u porodici modernog doba (za razliku od patrijarhalne porodice) počiva na ekonomskoj slobodi obeju strana. Ovo je nezaobilazna odrednica koja diktira novu realnost: neophodnost da u praksi opstaju samo ona partnerstva koja imaju dovoljno uzajamnog zadovoljstva ili ona kod kojih, zbog intenzivne okupacije partnera podizanjem malog deteta (uzrasta do 5-6 godina), intimni sadržaj partnerstva biva privremeno delimično (ili značajno) potisnut u drugi plan.

- 2) Neminovna je i **korekcija stavova o rađanju dece i kontroli rađanja** uz zauzimanje jasnog stava da je porodica sa troje dece (do četvoro) ideal kome treba težiti kao i da u tom smislu nije bez značaja da između dece postoji dovoljna razlika u uzrastu (idealno bi možda bilo da je to 5-6 godina?), kako bi porodica adekvatno rasporedila svoje resurse i što optimalnije obavila ovu svoju svakako najvažniju funkciju.

- 3) **Korekcija stavova o podeli odgovornosti među članovima trogeneracijske porodice** podrazumeva prihvatanje realnosti da je "noseći (najdeblji) stub porodičnog mosta" srednja generacija (uzrasta 25-45 godina), generacija sa najvećom snagom, te stoga i sa najvećom odgovornošću da donosi odluke od ključnog značaja za trogeneracijsku porodicu.
 Bežanje od ove vrste odgovornosti srećemo u praksi kao izuzetno često! Tom "bekstvu od odgovornosti" srednje generacije po pravilu ide na ruku i paradoks vlasništva nad porodičnom imovinom (Činjenica je da se materijalna osnova porodica vodi kao vlasništvo najstarije generacije!).
 Zadovoljni smo zakonskim rešenjima koja su, povećavanjem dela nužnog minimuma pri nasleđivanju porodične imovine, u mnogome poboljšala ekonomski status srednje generacije dajući time realnu osnovu da ona (srednja generacija) zaista zauzme mesto u porodici i društvu koje joj realno i pripada.
 S druge strane, ozakonjena mogućnost da stara osoba sklopi ugovor o doživotnom izdržavanju i tako liši potomke porodične imovine, predstavlja, po našem mišljenju definitivno loše zakonsko rešenje.

- 4) Tokom psihoterapijskog tretmana **koriguju se i mnogi drugi stavovi kojima se definiše nivo očekivanja, granice moći i uloge članova porodice**, što postepeno vodi porodicu i terapeuta stazom kreiranja novog i adekvatnijeg porodičnog okvira.

- 5) **Posebno se radi na definisanju aktuelnih razvojnih zadataka članova porodice** sa pravljjenjem konkretnih planova radi ostvarivanja postavljenih individualnih i porodičnih ciljeva.

II FAZA:

Ako se terapeut uveri da zavisnik nije u stanju da održava dovoljno duge periode apstinencije, ili se i pored apstinencije beleži nezadovoljavajući partnerski odnos, **terapeut** dolazi do tačke kada autentično **savetuje** partnerima (ili porodici) da planiraju **separaciju**.

1. **U slučaju alkoholizma** predlaže se supružniku alkoholičara da odvajanjem od partnera doprinese poboljšanju situacije tako što će očuvati lični integritet (život i zdravlje), kao i materijalnu osnovu porodice koja treba da posluži budućoj generaciji.
2. **Kada je u pitanju narkomanija**, u ovoj fazi nekada sam predlagao ostatku porodice da se odvoji od narkomana (Iz prakse beležim spontane porodične reakcije ovakvog tipa: Jedna majka je odvojila svog sina narkomana i dala mu na raspolaganje dvosoban stan, koji nije u njegovom vlasništvu, ali pritom nije davala nikakvu drugu materijalnu podršku i autentično je prekinula kontakte. Usledio je relativno uspešan period u funkcionisanju porodice.).

(Ovakvim vidom separacije postiže se da ostatak porodice izbegne "zamke" saučestvovanja u održavanju narkomanije.)

Sada ne predlažem separaciju jer je vidim kao promenu koja bitno smanjuje moć roditelja da interveniše u fazama recidiva uzimanja narkotika (posebno kod over doza!!!).

3. *U slučaju patološkog kockanja takođe vodim računa o mogućnosti da kockar teško ugrozi materijalnu osnovu porodice, te savetujem da se porodica od toga blagovremeno zaštiti.*
4. *U svakom slučaju separacija se definiše i kao mogući spontani ili terapijski razvojni ishod* koji može uslediti i uz uspešno održavanje apstinencije, na šta se partneri (ili porodica) posebno pripremaju. Psihoterapijski rad u ovoj fazi podrazumeva planiranje svih detalja separacije i davanje podrške njenom sprovođenju.

III FAZA:

Jedan broj partnera i porodica zavisnika dospeva i do ove, treće i poslednje po redu faze psihoterapijskog tretmana.

U ovoj fazi, nakon iscrpljivanja svih prethodnih intervencija, *terapeut* dolazi u poziciju da autentično *saopšti porodici da je* on lično *potrošio sve svoje metode i da* , od sada pa nadalje, *više nije u stanju da predviđa u kom pravcu bi problem zavisnosti mogao da se razvija*. Uporedo s tim, terapeut izražava i dalje otvorenu spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne partnerima ili porodici u saniranju (ili barem smanjivanju) mogućih posledica daljeg razvoja problema.

Dopunske detalje o krajnjim efektima ovakve intervencije obnovite čitajući odeljak V 2. - intervencija saopštavanja: "Nema pomoći, nema promene", na strani 75.

Važna napomena :

Ovako opisan fazni tok tretmana predstavlja u suštini *terapeutovu hipotezu o daljem razvoju problema zavisnosti* i terapeut je dužan da istu saopšti učesnicima u terapiji (po mogućnosti još na prvoj seansi), jer se radi o izuzetno važnoj psihoterapijskoj intervenciji koja *nosi značajan terapijski potencijal!*

2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU FOBIČNE OSOBE (NEUROTICARA)

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlja: **III 2.2.** "Iskrivljen Lični vrednosni sistem", na strani 31., **III 2.2.2.** "Lični vrednosni sistem kod fobičnih", na strani 32., **III 2.2.3.** "Lični vrednosni sistem kod neurotičara", na strani 33., **III 3.2.1.** "Međuljudska komunikacija kod fobičnih", na strani 45. i **III 3.2.2.** "Međuljudska razmena kod fobičnih", na strani 47.)

I FAZA:

1. *Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene* /Vidi odeljak V., na strani 69./.

2. **Organizovanje porodice (ili partnera) sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema sadržaju fobije:**

- 1) Sadržaj fobije se definiše kao fenomen koji izvire iz pacijentove nesvesne psihe.
 - 2) U vezi sa tim iskazuje se puno razumevanje za pacijentove svesne napore kojima pokušava da obuzda svoje smetnje, ali se i ističe da je takav pokušaj sličan pokušaju čoveka da sa svoje dve ruke zaustavi *Nijagarine vodopade* /vidi **V 3.**, na strani 76./.
Na ovaj način se obavlja intervencija rasterećivanja od dopunske depresivnosti koja je izazvana kako pojačanim pritiskom pacijenta na samog sebe, tako i sličnim uticajem okoline (zbog čega i pacijent i okolina postepeno tonu u sve veću depresiju).
 - 3) Nasuprot opisane reakcije pacijenta i okoline *savetuje se da se pacijent* paralelno sa tekućim lečenjem, *uključi i na bihevioralnu-psihoterapiju (Tekući tretman se nastavlja i ako pacijent to ne učini.)*.
 - 4) *Takođe se savetuje pacijentu da* dozira svoje svesne napore u pokušajima da koriguje fobične smetnje i da, po dostizanju kritične tačke, prekida takvu aktivnost i *poziva u pomoć partnera* (što fobični po pravilu i čini).
 - 5) Savetuje mu se i da ne žuri sa željom da postigne brzo poboljšanje, jer se može razočarati, ali i da otvoreno pokušava i da prepozna i prihvata eventualne pozitivne promene (Kao što jedriličar kad se nađe u bonaci s pažnjom prati svaku pojavu vetra i uspešno ga "hvata" puneći jedra.) - vidi metaforu "*Bonaca i jedriličar*" **V 3.** na strani 76./.
 - 6) Planira se i odgovarajuća medikacija.
3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /vidi **V**, na strani 69./.
 4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) (Vidi tekst na strani 73.).
 5. **Korekcija sadržaja iskrivljenog Ličnog i Porodičnog vrednosnog sistema** /Vidi tekst na strani 70./ i
 6. **Afirmacija novog porodičnog koncepta** (identično kao kod tretmana zavisnika /vidi **VI 1.**, na strani 84./).

II FAZA :

1. **Ako se terapeut**, po iscrpljenju aktivnosti prve faze tretmana, **uveri da se fobične smetnje i dalje održavaju ili se održava nezadovoljavajući partnerski odnos** on autentično **savetuje separaciju** partnera /vidi **V 2.** na strani 75./.
- Ovo obrazlaže:
- 1) potrebom da se očuva život i zdravlje partnera fobičnog pacijenta (kako bi barem ta osoba mogla da i na dalje obavlja svoju roditeljsku ulogu) ili
 - 2) neophodnošću da se partneri razdvoje kako bi imali šanse za nova partnerstva i nova roditeljstva.

2. **Separacija se definiše i kao mogući spontani ili terapijski razvojni ishod** koji može uslediti i nakon uspešnog uklanjanja fobičnih smetnji, na šta se partneri (ili porodica) posebno pripremaju. I ovde psihoterapijski postupak podrazumeva planiranje svih detalja separacije i davanje podrške njenom sprovođenju.

III FAZA :

- U ovu fazu se dospeva iscrpljivanjem sadržaja prethodne dve.
- **Terapeut** tada autentično **saopštava učesnicima u terapiji da je** on lično **učinio sve što je znao i mogao i da**, od sada pa nadalje, više **nije u stanju da predviđa u kom pravcu bi problem fobičnih smetnji mogao da se razvija**. Pritom i dalje izražava otvorenu spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne učesnicima u terapiji u saniranju mogućih posledica daljeg razvoja problema /vidi, kao dopunu ovom sadržaju, odeljak V 2.2. na strani 75./.

Važna napomena :

Opisani tok tretmana fobičnih smetnji **predstavlja** terapeutovu **hipotezu o daljem razvoju fobičnih problema**. Ova je, sama za sebe, **izuzetno važna terapijska intervencija**, te se **preporučuje** njeno saopštavanje po mogućnosti **još u toku prve seanse!**

3. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA

(Pre daljeg čitanja podsetite se poglavlja: **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotičnih osoba", na strani 36., **III 2.3.1.**"Lični vrednosni sistem kod psihotičnih sa shizofrenim karakteristikama", na strani 37., **III 3.3.**"Međuljudska komunikacija i Međuljudska razmena kod psihotičnih sa shizofrenim karakteristikama", na strani 48., **III 3.3.1.** "Međuljudska komunikacija kod psihotičnih sa shizofrenim karakteristikama", na strani 48. i **III 3.3.2.**" Međuljudska razmena kod psihotičnih sa shizofrenim karakteristikama", na strani 51.)

3.1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "ZAVISNIKA"

I FAZA:

1. **Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene** /vidi odeljak V, strana 69./.

2. **Organizovanje (združivanje) porodice (tj. učesnika u terapiji)** sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema sadržaju ponašanja psihotičnog pacijenta koji funkcioniše po tipu "zavisnika":
 - 1) **Psihotični sadržaji** pacijentovog ponašanja definišu se kao elementi pokretani iz pacijentove nesvesne psihe (*sa snagom "Nijagarinih vodopada"* /vidi V 3., strana 81./). U vezi s tim jasno se definiše da pacijent nema nikakvu odgovornost (dakle ni krivicu) za svoje psihotično ponašanje. Ovim se blokira bilo kakvo opravdanje agresivnog ponašanja porodice prema pacijentu u smislu navodnog "kažnjavanja".
 - 2) Sa druge strane, **aktivno se definišu granice koje porodica postavlja pred pacijenta:**
 - u raspolaganju materijalnim sredstvima,
 - u uticaju pacijenta na biološki ritam porodice (spavanje, organizaciju dnevnih aktivnosti i dr.).

S tim u vezi **načini se lista onoga što će mu se dozvoljavati i lista onoga što mu se neće dozvoljavati** čak ni po cenu ispoljavanja auto ili hetero agresivnosti. Pri tom se pojava auto ili heteroagresivnosti (ili alkoholisanost) definiše kao apsolutna indikacija da se zatraži hitna medicinska pomoć i smeštaj na bolnički tretman na odeljenju zatvorenog tipa! Ovim se blokira ispoljavanje agresivnosti pacijenta prema porodici!
 - 3) Paralelno sa prethodnim merama **koristi se i odgovarajući medikamentni tretman.**
 - 4) **Promena se očekuje** u smislu definisanom metaforom "Bonaca i jedriličar" /V 3. strana 81./.
3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /vidi V, strana 70./.
4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /vidi V 1., na strani 73./.
5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema**/vidi V 1., na strani 70./ i
6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA** /vidi VI 1., na strani 84./.

II FAZA :

- Ako se terapeut uveri da i pored svih napora dolazi do pogoršanja i ispoljavanja auto ili heteroagresivnosti, savetuje se nužni **prijem u bolnicu** (za početak na odeljenje zatvorenog tipa).
Ovo je **specifični oblik separacije** čiji je cilj da prekine situaciju vanrednog nepoverenja i visok emocionalni naboj koji u tom momentu vlada u porodici, kako bi se sprečile vrlo verovatne komplikacije (čak do homicida!).
- **U hospitalnim uslovima se primenjuje intenzivna medikacija i socio i psihoterapijski tretman** (po sadržajima opisanim u okviru I faze).

III FAZA:

- **Ukoliko se i pored iscrpljenja aktivnosti** navedenih u opisu *prve dve faze lečenja ne uspostavljaju znaci poboljšanja terapeut saopštava porodici da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest razvijati.*
Pritom izražava otvorenu spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne porodici u saniranju mogućih posledica daljeg razvoja psihoze /vidi odeljak V 2. pod 2), - intervenciju "Nema pomoći, nema promene.", na strani 75./.

IV FAZA:

- Kod pacijenata kod kojih dođe do postepene potpune separacije od porodice i formiranja hospitalizma preporučujemo uključivanje u organizovani kolektivni *hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje.*

Važna napomena :

- I ovde *opisani tok tretmana predstavlja terapeutovu sistemsku hipotezu o daljem razvoju psihoze*, što je psihoterapijska intervencija za sebe. Ova intervencija ima izvanredan terapijski potencijal te se njeno saopštavanje porodici i pacijentu preporučuje još na prvoj seansi.

3.2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "NEGATIVISTIČARA"

I FAZA:

1. *Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene.*
2. *Združivanje porodice (tj. učesnika u terapiji) sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema sadržajima ponašanja psihotičnog pacijenta koji funkcioniše po tipu "negativističara":*
 - 1) *Psihotični sadržaji* definišu se kao elementi pokretani iz pacijentove nesvesne psihe (*sa snagom "Nijagarinih vodopada"* /vidi V 3., na strani 81./). Jasno se definiše da pacijent stoga nema nikakvu odgovornost (pa, dakle, ni krivicu) za svoje psihotično ponašanje. (Ovim se blokira bilo kakvo opravdanje agresivnog ponašanja porodice prema pacijentu u smislu navodnog "kažnjavanja".)
 - 2) Uporedo s tim *aktivno se definišu granice koje porodica postavlja prema pacijentu:*
 - u vezi sa doziranjem sadržaja, broja i intenziteta pokušaja da se prevaziđe pacijentov negativizam i

- u vezi sa određivanjem momenata kada će se potražiti pomoć neuropsihijatra i obaviti separacija od porodice i smeštaj u bolnicu.

S tim u vezi **sačini se lista sadržaja koji će se nuditi pacijentu (i onog što će se od njega tražiti) i odredi se adekvatan broj i intenzitet nuđenja (tj. traženja).**

Ukoliko ovako dozirano (ili neadekvatno dozirano) nuđenje i traženje bude praćeno pogoršanjem (do razvoja stupora ili značajnog pada telesne težine, auto ili heteroagresivnosti) sledi neophodna hospitalizacija.

Na ovaj način se umanjuje stepen iscrpljivanja pacijenta i porodice i porodica čuva od svesne ili nesvesne pasivne ili aktivne agresivnosti pacijenta.

- 3) Paralelno se sprovodi i **odgovarajući medikamentozni tretman.**
- 4) **Signalizira se porodici i pacijentu da je promenu potrebno iščekivati** kao što jedriličar dospeo u bonacu iščekuje vetar, ali da je treba i znati prepoznati i "uhvatiti vetar" onda kad se pojavi (vidi metaforu "Bonaca i jedriličar", strana 81.).
3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /**vidi V 1.**, na strani 70./.
4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /**vidi V 1.**, na strani 73./.
5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi V 1., na strani 70./.
6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA** /vidi VI 1., na strani 84./.

II FAZA:

Ako se terapeut uveri da **i pored svih terapijskih intervencija dolazi do pogoršanja negativizma**, sve do pojava koje ukazuju na fizičku ugroženost pacijenta (stupor ili vidan pad telesne težine), ili dolazi do pojave auto ili heteroagresivnosti, **savetuje se nužni prijem u bolnicu** (tj. separacija od porodice), gde se nastavlja medikacija, socio i psihoterapijski tretman (po sadržajima opisanim u okviru I faze).

III FAZA:

Ukoliko se, posle iscrpljenja svih aktivnosti vezanih za prve dve faze lečenja, **utvrdi da ne postoje znaci poboljšanja terapeut** autentično **saopštava** porodici **da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati.**

Pritom izražava spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne porodici u saniranju mogućih posledica daljeg razvoja psihoze (vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene.", na strani 75.).

IV FAZA:

Kod pacijenata koji se postepeno sve više separiraju od porodice i formiraju hospitalizam preporučujemo uključenje u organizovan **hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje**.

Važna napomena :

Opisani tok psihoterapijskog tretmana predstavlja terapeutovu sistemsku hipotezu o daljem razvoju psihoze, što je izuzetno značajna psihoterapijska intervencija i treba je saopštiti porodici i pacijentu još na prvoj seansi.

3.3. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNOG SA SHIZOFRENIM KARAKTERISTIKAMA TIPA "APATOABULIČARA"

I FAZA:

1. **Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene**
/vidi odeljak V 1., na strani 69./.
2. **Organizovanje porodice** sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema sadržajima ponašanja psihotičnog pacijenta koji funkcioniše po tipu "apatoabuličara":
 - 1) **Psihotični sadržaji** definišu se kao elementi pokretani iz dubine pacijentove nesvesne psihe (*sa snagom "Nijagarinih vodopada"*). Jasno se definiše da pacijent stoga nema nikakvu odgovornost (pa, dakle, ni krivicu) za svoje psihotično ponašanje.
(Ovim se blokira bilo kakvo opravdanje agresivnog ponašanja porodice prema pacijentu u smislu navodnog "kažnjavanja".)
 - 2) Aktivno se definišu granice koje porodica postavlja prema pacijentu:
 - u vezi sa doziranjem sadržaja, broja i intenziteta pokušaja da se prevaziđe pacijentova apatoabuličnost i
 - u vezi sa određivanjem momenata kada će se potražiti pomoć neuropsihijatra i obaviti separacija od porodice i smeštaj u bolnicu.**Sačini se lista sadržaja koji će se nuditi pacijentu (i onoga što će se od njega tražiti) i odredi se broj i intenzitet nuđenja (tj. traženja).**
Ukoliko se, uz veće ili manje napore porodice, razvija pogoršanje do stepena stupora (ili značajnog pada telesne težine), sledi neophodna hospitalizacija.
Na opisani način se umanjuje stepen iscrpljivanja porodice i ista čuva od efekata pasivne agresivnosti pacijenta.
 - 3) Uporedo se koristi i **odgovarajuća medikamentna terapija**.

- 4) Signalizira se porodici i pacijentu da je potrebno imati strpljenja i **promenu (poboljšanje) iščekivati** kao što jedriličar dospeo u bonacu iščekuje vetar. Pritom treba znati prepoznati i **"uhvatiti** vetar" onda kad se on pojavi (vidi metaforu "Bonaca i jedriličar").
3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) .
4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /vidi V 1., na strani 73./ .
5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi V 1., na strani 70./.
6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA.**

II FAZA:

Ako pored prethodnih intervencija sledi pogoršanje (u smislu pojave apatoabulitičnog stupora ili vidnog gubitka na težini, tj. somatske dekompenzacije) savetuje **se separacija od porodice i nužni prijem u bolnicu**, gde se nastavlja medikacija, socio i psihoterapijski tretman (po sadržajima opisanim u okviru I faze).

III FAZA:

Posle bezuspešnog iscrpljenja aktivnosti vezanih za prethodne dve faze lečenja, **terapeut autentično saopšti da je učinio sve** što je umeo **i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati.**

Pritom izražava spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne porodici u saniranju mogućih posledica daljeg razvoja psihoze (vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene.").

IV FAZA:

Kod pacijenata koji se postepeno sve više separiraju od porodice i formiraju hospitalizam preporučujemo uključenje u organizovan **hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje.**

Važna napomena:

Opisani tok psihoterapijskog tretmana je terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema (psihoze). Ovo je izuzetno značajna psihoterapijska intervencija i treba je saopštiti porodici i pacijentu još na prvoj seansi.

4. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNIH OSOBA PARANOIČNOG I PARANOIDNOG TIPA

4.1. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNE OSOBE PARANOIČNOG TIPA

(Pre daljeg čitanja potsetite se poglavlja: **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotičnih osoba", na strani 36., **III 2.3.2.** "Lični vrednosni sistem kod paranoičnih i paranoidnih", na strani 37. i **III 3.4.1.** "Međuljudska komunikacija i međuljudska razmena kod paranoičnih", na strani 53.)

(Pod ovim naslovom razmatra se psihoterapijski tretman svih paranoičnih sindroma, pri čemu *u praksi najčešće srećemo reaktivna paranoična stanja i paranoičnu ljubomoru.*)

I FAZA:

1. *Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene* /vidi odeljak V 1., na strani 69./.

2. *Organizovanje partnera (ili porodice)* u smislu zauzimanja realnijih stavova prema sadržajima ponašanja paranoične osobe:

1) Partnerima (ili porodici) se nudi terapeutova *hipoteza da je paranoični sadržaj rezultat pacijentovog svesnog uočavanja svesnih ili nesvesnih sadržaja njegovog partnera.*

Ono što se, u takvom okviru, definiše kao *greška paranoične osobe*, to je, što i *nesvesne sadržaje partnera doživljava kao da su svesni* i planirani. Deo ove terapijske pretpostavke je tumačenje (takođe pretpostavka) zašto dolazi do ovakve greške pacijenta: Naime, najverovatnije je da se radi o delovanju povišenog nivoa afektiviteta paranoične osobe u momentu kada se suočava sa opisanim nesvesnim ispoljavanjima partnera, što iskrivljava proces prijema i obrade informacija /vidi III.1.1. pod 3), na strani 28./.

Slično se objašnjava i drugi deo hipoteze po kome *partner paranoičnog nije svestan punog (neprijateljskog) značenja delova svog ponašanja, takođe iz razloga delovanja povišenog nivoa afektiviteta*, što uključuje mehanizam efikasnog potiskivanja sadržaja u nesvesno.

2) *Poseban pristup* se nudi *u terapijskom postupku sa PARANOIČNOM LJUBOMOROM:*

a) *Definišu se granice normalne ljubomore* kao normalnog osećanja žalosti osobe koja voli ukoliko oseća da partner prema njoj nema dovoljno ljubavi ili da ima više ljubavi za nekog drugog. Ovo osećanje ni u kom slučaju ne vodi ubistvu ("onoga koji me ne voli ili više voli drugog" ili "tog drugog"), niti samoubistvu ("jer nisam dovoljno voljen od osobe koju volim").

b) *Agresivna (patološka) ljubomora* se definiše kao fenomen za koji se pretpostavlja da *može da ima jednu od sledećih uloga:*

1 - Ljubomora kao stalno prisutna tema koja održava odnos distance i nedovoljnog poverenja između partnera *može da im onemogućava da spoznaju* pravi sadržaj njihovih *uzajamnih emocija.*

Kao rezultat toga agresivna ljubomora **može da maskira nedostatak ljubavi** bilo kod jednog (čak i kod onog ljubomornog) ili kod oba partnera (istovremeno), ili **može da** ima sasvim suprotnu ulogu, a to je, da na paradoksalan način **distancira partnere koji imaju dovoljno uzajamne ljubavi**, ali i svesnu ili nesvesnu zabranu rađanja. U ovom drugom smislu **agresivna ljubomora može** paradoksalno, **da obavlja** i, uslovno rečeno, **korisnu ulogu**, u slučajevima kada je opravdano zaustaviti ovaj trend, a radi očuvanja već postignute optimalne biološke produkcije - u slučajevima sa troje ili četvoro dece.

2 - **Po pravilu ljubomora vodi razvoju depresivnosti kod oba partnera.**

Pritom bolesno ljubomorna osoba po pravilu ispoljava agresivnost koja je češće usmerena prema partneru (čak do homicidnosti), a može imati i autoagresivan smer (do latentne ili otvorene suicidalnosti).

Partner ljubomornog po pravilu ispolji vremenom otvorenu ili larviranu depresivnost.

I jedan i drugi partner mogu da razviju zavisnost, sklonost akcidentima i psihosomatici (u slučaju maskirane depresivnosti).

Ovakav razvoj uvodi u narastajuću krizu koja dovodi: ili

1/ do sloma jednog ili oba partnera (što se manifestuje smrću od bolesti, suicida, homicida ili zadesa) ili

2/ do njihove separacije (razvodom ili hospitalizacijom), ili

3/ postoji šansa za rast i razvoj najčešće kroz fenomene rađanja bez svesnog povezivanja ovih elemenata, a

4/ retko ili nikad (?) kroz fenomene razvojnog toka praćenog svesnim sazrevanjem u domenu uspostavljanja Modela prabilne međuljudske komunikacije, pravilne međuljudske razmene i normalno razvijenog Ličnog vrednosnog sistema .

3) Uporedo se koristi odgovarajuća medikacija.

3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) .

4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /vidi V 1., na strani 73./ .

5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi V 1., na strani 70./.

6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA** /vidi VI 1. na strani 84./.

II FAZA:

– **Ukoliko** navedene intervencije ne daju poboljšanje već **dolazi do sve većeg gubitka poverenja** i neadekvatnih odnosa među članovima porodice, **terapeut zagovara separaciju partnera** (ili razvod). U vezi s tim obavlja se planiranje detalja i pomoć u što bezbolnijem sprovođenju ove intervencije.

– **Ako eskaliraju** pokušaji **heteroagresivnosti ili** (ređe) **autoagresivnost (ili alkoholisanost)** savetuje se hitna hospitalizacija!

III FAZA:

Posle neuspešnog iscrpljivanja aktivnosti iz okvira prve dve faze tretmana, **terapeut autentično saopštava da je učinio sve** što je umeo **i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati.**

Pritom izražava spremnost da i dalje pomaže porodici (ili partnerima) u saniranju mogućih posledica daljeg razvoja problema (vidi intervenciju: "Nema pomoći, nema promene.").

IV FAZA:

Značajan broj pacijenata postiže trajnu separaciju od partnera ili porodice (razvodom, ubistvom ili dugotrajnim hospitalizacijama).

Oni (**retki**) koji su na dugom bolničkom lečenju, uključuju se u organizovani hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje.

Važna napomena:

Opisani tok psihoterapijskog tretmana je terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema (psihoze). Ovo je izuzetno značajna psihoterapijska intervencija i treba je saopštiti porodici i pacijentu još na prvoj seansi.

SPECIFIČNOSTI TRETMANA REAKTIVNE PARANOIČNOSTI

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlje **III 2.3.2.** "Psihoteični Lični vrednosni sistem kod paranoičnih i paranoidnih", sa posebnim osvrtom na podnaslov "Poseban entitet - Reaktivna paranoidnost", na strani 39.)

- Reaktivna paranoidna psihoza je, po pravilu, paranoična reakcija (koherentna /čvrste i verovatne strukture/, sa jakim afektom /jakim ideoafektivnim blokom/!!!).
- **U početku terapije se odmah interveniše separacijom** osobe **od izvora svesne manipulacije.**
- **Potom se aktivira sistem podrške** (partner, prijatelji i sl.) tj. one osobe u koje pacijent ima dovoljno izgrađeno poverenje i koje će, postepenom i indirektnom konfrontacijom, uz lagano smanjivanje nivoa napetosti, uticati na redukciju, a potom i potpuno gubljenje psihoteičnog konstrukta.
- **Sledi faza retestiranja realnosti** (uz izgradnju realnih barijera protiv realno procenjenih realnih opasnosti). Ovo prati i odgovarajuća reakcija sistema podrške (partnera, porodice, okoline).
- **U slučaju nesprovođenja gore navedenih intervencija**, uz zadržavanje pacijenata u miljeu narastajuće nesigurnosti i sa nastavkom nepravilne međuljudske komunikacije i nepravilne međuljudske razmene, uslediće razbuktavanje psihoze do stadijuma kada će

psihotični početi da ispoljava generalnu podozrivost u komunikacijama sa okolinom te će ga ona, refleksno, početi da distancira. Nadalje se formira začaran krug nepoverenja koji, pretpostavljamo, može biti uvod za dostizanje teško reverzibilnog (ako ne i ireverzibilnog) psihotičnog nivoa.

Promena sredine je, čak i tada, potencijalno blagotvorna.

4.2. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOTIČNE OSOBE PARANOIDNOG TIPA

(Pre daljeg čitanja potsetite se poglavlja: **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotičnih pacijenata", na strani 36, **III 2.3.2.** "Lični vrednosni sistem kod paranoičnih i paranoidnih", na strani 37, i **III 3.4.2.** "Međuljudska komunikacija i međuljudska razmena kod paranoidnih", na strani 58.)

Psihoterapijski tretman psihotičnih osoba paranoidnog tipa obuhvata niz aktivnosti koje se, takođe, mogu podeliti u nekoliko faza.

I FAZA:

1. *Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene* /vidi V 1., na strani 69./.
2. *Organizovanje učesnika u terapiji* u smislu zauzimanja realnijih stavova prema sadržajima ponašanja paranoidne osobe:

1) *Učesnicima u terapiji se nudi terapeutova hipoteza da je paranoidni sadržaj rezultat pacijentovog nesvesnog uočavanja sadržaja koje okolina svesno ili nesvesno ispoljava prema pacijentu.*

I ovde osoba (slično paranoičnom pacijentu, ali samo na nesvesnom nivou) i svesnim i nesvesnim sadržajima okoline pridaje značaj svesnih sadržaja. Pretpostavljamo da se i ovde radi o delovanju visokog nivoa afektiviteta paranoidne osobe u momentu kada se suočava sa svesnim ili nesvesnim ispoljavanjima okoline, što iskrivljava proces prijema i obrade informacija uz dopunsko uključivanje akta potiskivanja. Potisnuti elementi potom probijaju kao sadržaj psihotičnog ponašanja kao "Nijagarin vodopad".

Slično objašnjavamo i drugi deo ove hipoteze po kome partner (partneri) paranoidnog ili svesno manipuliše ili nije svestan punog značenja delova svog ponašanja, takođe iz razloga delovanja povišenog nivoa afektiviteta, što je praćeno efikasnim potiskivanjem u nesvesno.

- 2) *Posebno skrećem pažnju da se u praksi sreću i forme paranoidne ljubomore, koje su dosta slične (po temi) ali se i bitno razlikuju od paranoične ljubomore (po stepenu bizarnosti, koherentnosti i afektivnog kvaliteta, a u smislu poznate razlike između "paranoidnog" i "paranoičnog").*

Primer iz prakse, koji mi se nameće dok pišem ove redove, jeste paranoidna ljubomora pacijenta čiju sam porodicu imao prilike da vidim. Na seansi su prisustvovali pacijent, njegova supruga, pacijentov stariji brat (po socijalnom uspehu "porodična zvezda") i jedan dalji rođak familije. Pacijent je bio na bolničkom lečenju, a ostalo troje je doputovalo privatnim kolima u posetu svom bolesnom članu porodice.

Tok seanse, kojeg ovom prilikom ne opisujem, upućivao je, dosta jasno, na hipotezu o postojanju jakog nesvesnog emocionalnog trougla između dva brata i snaje.

U ovakvom miljeu pacijent je nesvesno uočavao nesvesnu (ili svesnu?) uzajamnu naklonost svoje supruge i svog starijeg brata (koji je, očigledno, i njemu samom bio više nego brat ili "otac"), a to se postepeno ispoljilo probijem nesvesnih sadržaja tipa paranoidne ljubomore. Da li je to bio jedini način da izađe iz situacije u kojoj je bio deo trougla u kojem nije mogao da razluči do koje mere je ljubav koju su mu upućivali supruga i brat bila autentično upućena njemu, a koliko je to bio način da njih dvoje primarno održe svoju uzajamnu nezavisnu relaciju?

- 3) ***I kod paranoičnih i kod paranoidnih manifestacija obilato koristim terapijsku intervenciju procene stepena uzajamnog poverenja***, tako što, najpre sa pozicije terapeuta izražavam (u procentima) stepen poverenja koji imam u sagovornike. Pritom ističem da ni u sebe samog nemam potpuno poverenje (100%) jer znam da i ja imam dosta nesvesnog u svom ponašanju i da možda i u meni, u nekom ćošku, "sedi mali đavolak".

Obično kažem da samom sebi verujem 97,5%, a svima ostalima manje od toga. Što se tiče "malog đavolka" kažem da je možda i dobro što ga imamo i definišem ga kao - potrebni nivo sumnje i smisla za igru, koji nas teraju na samokritičnost i inventivnost (a ovo su osnovni preduslovi za rast i razvoj).

Otvoreno kažem da me je strah od ljudi koji u sebe veruju 100% i od drugih traže da to isto čine.

Veoma čest sadržaj seansi je i procena stepena nepoverenja (što je drugo lice iste teme).

Ovo je posebno neophodno u sagledavanju ali i prevenciji rizika od pojave agresivnosti (posebno fizičke) između članova koji gaje visok stepen međusobnog nepoverenja!

- 4) ***Uporedo se koristi i medikamentozni tretman.***

3. ***Izrada genograma*** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.).

4. ***Analiza kritičnih životnih događaja*** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.).

5. ***Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema*** /vidi V 1., na strani 70./.

6. ***Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA.***

II FAZA:

Ako i pored prethodnih intervencija ne dolazi do poboljšanja tj. dolazi do pogoršanja (u smislu ispoljavanja visokog nepoverenja i heteroagresivnosti) savetuje se obavezna ***hospitalizacija.***

III FAZA:

Posle bezuspešnog iscrpljenja arsenala prve dve faze lečenja ***terapeut autentično saopštava da je učinio sve i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati.***

Pritom izražava spremnost da i dalje pomaže porodici u saniranju mogućih posledica daljeg toka psihoze /vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene."/.

IV FAZA:

Kod pacijenata koji se sve češće hospitalizuju i separiraju od porodice preporučujemo uključenje u organizovan **hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje**.

Važna napomena :

Opisani tok terapijskog tretmana je posebna psihoterapijska intervencija (terapeutova sistemska hipoteza o daljem toku problema) i istu treba saopštiti porodici i pacijentu još na prvoj seansi.

5. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU DEPRESIVNE OSOBE

(Pre daljeg čitanja pročitajte ponovo poglavlja: **III 2.2.** "Iskrivljeni Lični vrednosni sistem", na strani 31., **III 2.2.4.** "Lični vrednosni sistem kod nepsihотиčno depresivnih", strana 34., **III 2.3.** " Lični vrednosni sistem kod psihotičnih osoba", strana 36., **III 2.3.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotično depresivnih", strana 40. i **III 3.5.** "Međuljudska komunikacija i međuljudska razmena kod depresivnih", na strani 61.)

Uvod:

Nema čoveka koji u svom životu nije bio izložen spoznaji da je verovatno mnogo češće doživeo napore da savlada životne prepreke kao i da se suoči sa nezadovoljstvom samim sobom ili drugim ljudima, no što je doživljavao uspehe, zadovoljstvo i sreću.

Neki će reći "To je život", i nasmejati se osmehom lažnog optimizma. Njihov osmeh na usnama deluje tako da gotovo uvek osetim hladne žmarce niz kičmu. A oni i njihove psihosomatske bolesti (da ih ne nabrajam), njihova sklonost zavisnostima, rizičnim profesijama i sportovima, rizičnoj vožnji, čak i ispoljavanjima potpune suprotnosti depresiji - maničnog ponašanja, oni - takvi kakvi su, možda najbolje odslikavaju sad već mnogo jasniji termin "maskirana depresija" ("depresija pod maskom").

Drugi su oni koji će se javiti sa žalbama na neraspoloženje, pad volje i nagona, nesanicu, osećanje dubokog nezadovoljstva sobom i drugim ljudima, a reći će da i sami ne znaju otkud im sve to. I boriće se da to potisnu, a i drugi oko njih će pokušavati da ih ubede kako nemaju nikakvih razloga za tugu i nezadovoljstvo i kako treba da se okrenu i da vide da je život lep. Tražiće da im pomognemo, lekovima, psihoterapijom ili kako god znamo. I njih će biti najviše. Biće uporni u traženju pomoći i ako to ne učinimo, ako im zaista ne pomognemo, sigurno ćemo im se svesno ili nesvesno pridružiti.

Budite zadovoljni ako ste među trećima. To su oni što znaju da su suze lek. Oni plaču kad im se plače i znaju zašto plaču i dozvoljavaju i drugima da to čine. Oni znaju da je život težak, jer to je tako. Oni ga žive, spremni da svakom danu daju i od njega uzmu sve što mogu. Oni su svesni razlike između života i smrti. Plaču i smeju se. Na dobitku ste i onda kad plačete i onda kad se smežete s njima. Oni znaju da je sve sudbina: i onda kada smo spremni da se hvatamo u koštac sa životom i onda kad to nismo.

Najšira klinička podela depresije kao fenomena kreće se, dakle, u dijapazonu tri već pomenute forme:

1. "Maskiranu depresiju" (ili kako neki kažu "larviranu", "učaurenu") karakteriše:

- 1) Evidentno postojanje depresivne osnove koja se manifestuje kroz niz ispoljavanja destrukcije sebe i drugih ili izlaganja riziku da se to dogodi;
- 2) Potpuno odsustvo svesnosti o tome (tako da je ovaj vid depresije čak najviše "maskiran" pred samom osobom koja ga u sebi nosi, a onda i pred okolinom);
- 3) Stoičarski model prihvatanja životnih tegoba, praćen kultom lažnog optimizma (uz gotovo obavezan "ledeni smešak");
- 4) Negovanje neadekvatne kulture neprihvatanja tuđih i svojih autentičnih emocija (uz transgeneracijsko prenošenje stava da je "sramota plakati").

Trenutak "demaskiranja" upravo jeste ključni momenat koji će neke od ovih osoba dovesti do razvoja svesne reaktivne depresivnosti bilansnog tipa. U tim momentima ličnost osvesti i emocionalne i informacione sadržaje svoje depresije, a potom uspe i da, više ili manje uspešno, "isplače stare suze". Kao po pravilu tek potom može doći do fenomena punog emocionalnog sazrevanja, kada osoba daje novu životnu šansu sebi i drugima.

Ovakav spontani (ili terapijom izazvani) ishod je i put psihoterapijskog rešavanja problema larvirane depresije.

Osnovni psihoterapijski cilj jeste doći u fazu osveščavanja i normalnog ispoljavanja depresivnih sadržaja (bilo direktnim prelazom u taj oblik, bilo prethodnim prolaskom kroz oblik depresivnosti bez svesti o povodu).

2. Otvorena ("nemaskirana") depresija takođe ima svoje specifičnosti:

- 1) Niz karakteristika koje i sam pacijent izdvaja i na njih ukazuje (neraspoloženje, pad volje i nagona, nezadovoljstvo sobom i drugima...) pokazuju da se radi o osobi svesnoj svoje depresivnosti kao emotivnog sadržaja.
- 2) Intenzitet depresivnosti može ići od blažih formi sve do grubo depresivnog stupora ili depresivnih raptusa sa suicidalnošću, u okvirima apsihotičnih ili psihotičnih formi.
- 3) Činjenica je da pacijent svoje emocije (sadržaje Ličnog emocionalnog sistema) ne povezuje sa, po pravilu, teškim ličnim životnim iskustvima (u okviru sadržaja Ličnog informacionog sistema), te tako neguje svojevrsnu ideo-afektivnu disocijaciju, a sebe doživljava kao emocionalno neprimerenog.
- 4) Premorbidno se, po pravilu, radi o osobi sa svim karakteristikama "maskirane" depresije (vidi prethodni odeljak 1.).

- 5) Okruženje (partner i porodica), u kojem dominiraju po broju i angažmanu osobe sa prisutnim jasnim znacima "maskirane" depresije, pogoduje održavanju (pa čak i pojačavanju intenziteta) depresivnosti pacijenta.
- 6) Nasuprot tome, okruženje sa osobama koje imaju dobro formiran Lični vrednosni sistem i dobro ispoljavaju svoje autentične emocije, praktično predstavlja osnov koji sam po sebi deluje blagotvorno na depresivnu osobu, uvodeći je u sasvim drugačiji i suštinski prirodniji i zdraviji model reagovanja na "udare sudbine".

3. **Reaktivna depresija** je termin koji podrazumeva otvorenu depresiju kojoj osoba poznaje povod.

Lako je uočiti da autor ovih redova zastupa stav da nijedna depresija nije bez svoje realne podloge u životnom iskustvu i da je razlika među njima najbolje vidljiva preko sledeće šeme:

1. **"Maskirana" depresija**

- nema svesnosti o sopstvenoj depresiji (depresivni deo Ličnog emocionalnog sistema je potisnut u nesvesno),
- nema svesnosti o realnim povodima za depresiju (i traumatski deo Ličnog informacionog sistema je potisnut u nesvesno).

2. **Otvorena ("nemaskirana") depresija**

- postoji svesnost o sopstvenoj depresiji (depresivni deo Ličnog emocionalnog sistema je osvešćen),
- nema svesnosti o jednom delu ili o svim realnim povodima za depresiju (traumatski deo Ličnog informacionog sistema je i dalje potisnut u nesvesno).

3. **Reaktivna depresija**

- postoji svesnost o sopstvenoj depresiji (depresivni deo Ličnog emocionalnog sistema je osvešćen),
- postoji svesnost o svim realnim povodima za depresiju (traumatski deo Ličnog informacionog sistema je osvešćen).

Za razliku od prve dve forme reaktivna depresija predstavlja oblik depresije koji je po svojoj učestalosti verovatno najrasprostranjeniji, a po svojoj malignosti, u smislu relativno kratkog trajanja i tendencije za samoizlečenjem, najbenigniji.

Otuda i osnovna tendencija psihoterapeuta da prve dve forme, uz odgovarajući postupak, postepeno prevede u reaktivnu depresiju (tj. otvorenu depresiju na poznati povod).

PSIHOTERAPIJSKI PROGRAM:

I u tretmanu različitih formi depresije (apsihotičnih i psihotičnih; "maskiranih", otvorenih i reaktivnih) psihoterapijski postupak teče ustaljenom formom, kroz nekoliko faza:

I FAZA:

1. **Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene** /vidi V 1. na strani 69./.

2. **Organizovanje učesnika u terapiji** sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema sadržajima ponašanja depresivnog pacijenta:

1) **Depresivni sadržaji** kod otvorene ("nemaskirane") depresije definišu se kao elementi pokretani iz pacijentove nesvesne psihe, sa snagom "Nijagarinih vodopada" - vidi **V 3. pod 6)**, na strani 81.

Jasno se definiše da pacijent stoga nema nikakvu odgovornost (pa, dakle, ni krivicu) za svoje depresivno ponašanje. Ovim se delimično blokira nesvesno agresivno ponašanje ostalih članova porodice prema pacijentu, a i samog pacijenta prema sebi (u smislu razvoja dopunske depresivnosti usled osećanja nemoći da se "ispliva" iz depresije).

2) **Daje se podstrek pacijentu i svim ostalim članovima porodice da autentično ispolje svoje elemente depresivnosti i da ih povežu sa realnim povodima, čime se obavlja "porodično pražnjenje depresivnosti".**

3) **Aktivno se definišu granice** koje partner ili porodica postavljaju **prema pacijentu:**

- u vezi sa doziranjem sadržaja, broja i intenziteta nuđenja pacijenta kao i traženja od njega (u smislu uvođenja što normalnije međuljudske razmene),
- u vezi sa određivanjem momenta kada će se, uz konsultaciju neuropsihijatra, obaviti separacija od porodice i smeštaj u bolnicu.

Sačini se lista sadržaja koji će se nuditi pacijentu (i onoga što će se od njega tražiti) i odredi se broj i intenzitet nuđenja (tj. traženja), čime se porodica delimično štiti od efekata pasivne agresivnosti pacijenta, a i obrnuto (pacijent štiti od pritiska porodice).

4) Uporedo se uključuje **odgovarajući medikamentni tretman.**

5) Signalizira se porodici i pacijentu da je potrebno imati strpljenja i **poboljšanje iščekivati**, kao što jedriličar dospeo u bonacu iščekuje vetar - vidi metaforu "Bonaca i jedriličar" na strani 81.

3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.).

4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.).

5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi **V 1.**, na strani 70./.

Posebna tema je **suicidalnost**. Pritom analiziramo:

- suicidalnost kao svesnu ili nesvesnu očekivanu ljudsku sklonost u teškim periodima života;
- suicidalnost kao greška uništenja svog ali i života koji bi mogli (ili će biti) nastavljeni na naš život (deca, unuci, praunuci...);
- suicidalnost kao moguće nesvesna ili svesna teatralna forma manipulacije okolinom, koja se uvek može, i bez svesne namere, završiti tragično;
- suicidalnost kao greška nastala iz potrebe kažnjavanja sebe i onih koji ostaju u životu.

6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA** - vidi **VI 1.** na strani 84.

II FAZA:

Ako uz sve prethodne intervencije sledi pogoršanje, posebno ono sa neuzimanjem hrane ili vode, ili sa najavama i pokušajima samoubistva, savetuje se **separacija partnera od porodice i smeštaj u bolnicu**.

III FAZA:

Posle iscrpljenja terapijskog arsenala, **terapeut autentično saopštava** porodici i pacijentu **da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati**.

Pritom izražava spremnost da i dalje pomaže porodici i pacijentu u saniranju daljih tokova bolesti - vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene", na strani 75.

IV FAZA:

Kod pacijenata koji se često hospitalizuju sledi potreba da se što aktivnije uključe u organizovan **hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje**.

Važna napomena :

Opisani tok psihijatrijskog tretmana je posebna psihoterapijska intervencija (terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema). Ovu intervenciju, zbog njene važnosti, treba uputiti pacijentu i porodici još na prvoj seansi!

6. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU MANIČNE OSOBE

(Pre daljeg čitanja obnovite poglavlja: **III 2.3.** "Lični vrednosni sistem kod psihotičnih osoba", na strani 36., **III 2.3.4.** "Lični vrednosni sistem kod maničnih", na strani 40. i **III 3.6.** "Međuljudska komunikacija i međuljudska razmena kod maničnih", na strani 64.)

Kao što je već rečeno u prethodnom odeljku maniju smatramo jednim od oblika "maskirane" depresije, a za ovu hipotezu najveće uporište nalazimo u bliskoj povezanosti manije i depresije što se najbolje manifestuje u sklopu manijako-depresivne kliničke slike.

Druga specifična karakteristika manije je njena velika fenomenološka sličnost sa funkcionisanjem zavisnika (uz evidentno veliku sklonost ovih pacijenata ka razvoju alkoholizma ili drugih formi bolesti zavisnosti).

Psihoterapijski tretman i ovog entiteta teče u nekoliko faza:

I FAZA:

1. **Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene.**
2. **Organizovanje učesnika u terapiji** sa zadatkom zauzimanja realnih stavova prema

sadržajima maničnog pacijenta:

- 1) **Manični sadržaji** definišu se kao elementi pokretani iz nesvesne psihe **sa snagom "Nijagarinih vodopada"**, a pacijent, iz tog razloga, nema odgovornost niti krivicu za svoje manično ponašanje. Ovim se delimično blokira agresivno ponašanje okoline prema pacijentu u smislu navodnog "kažnjavanja".
- 2) Daje se podstrek pacijentu i porodici da autentično ispolje depresivna osećanja i da ih povežu sa realnim povodima, čime se obavlja "porodično pražnjenje depresivnosti".
- 3) **Jasno se definišu granice koje porodica postavlja pema pacijentu:**
 - u raspolaganju materijalnim sredstvima
 - u uticaju pacijenta na biološki ritam porodice (spavanje, organizaciju dnevnih aktivnosti i dr.)

S tim u vezi načini se **lista onoga što će mu se dozvoljavati i lista onoga što mu se neće dozvoljavati** čak ni po cenu ispoljavanja auto ili heteroagresivnosti.

Pojava fizičke agresivnosti ili njena najava, kao i alkoholisanost pacijenata, apsolutna su indikacija da se zatraži hitna medicinska pomoć i manični prinudno smesti na odeljenje zatvorenog tipa.

Ovakvom intervencijom se delimično blokira agresivnost pacijenta prema porodici.

- 4) Uz navedeno **koristi se i odgovarajući medikamentni tretman.**
- 5) **Promena se očekuje sa strpljenjem** "jedriličara koji čeka vetar" -vidi metaforu "Bonaca i jedriličar".

3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.).

4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.).

5. **Korigovanje sadržaja psihotičnog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi V 1., na strani 70./.

6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA**(vidi deo označen kao "Bezlična terapija sa partnerskom dijadom", na strani 109.).

II FAZA:

U slučaju da, i pored sprovođenja aktivnosti iz okvira **I faze** terapije, pacijent pokazuje fizičku agresivnost (ili istu najavljuje) ili, pak, dolazi do alkoholisanosti manične osobe, sa nepredvidljivim ponašanjem, neophodno je **preporučiti separaciju partnera od porodice putem hospitalizacije** na odeljenju zatvorenog tipa (gde će se nastaviti medikacija, socio i psihoterapijski tretman, sa sadržajima opisanim u okviru I faze).

III FAZA:

Posle iscrpljivanja terapijskih intervencija prve dve faze tretmana **terapeut autentično saopštava porodici i pacijentu da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu bolest dalje razvijati.**

Pritom izražava spremnost da i dalje pomaže porodici i pacijentu u saniranju daljih tokova bolesti -vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene." na strani 75.

IV FAZA:

Kod pacijenata koji se često i produženo bolnički leče neophodno je da se što adekvatnije uključe u organizovani **hospitalni život po tipu otvorene Komune koja privređuje.**

Važna napomena :

Opisani tok psihijatrijskog tretmana je posebna psihoterapijska intervencija (terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema). Ovu intervenciju, zbog njene važnosti, treba uputiti pacijentu i porodici još na prvoj seansi!

7. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PSIHOSOMATSKE OSOBE

(Pre daljeg čitanja obnovite poglavlja **III 2.2.**"Iskrivljeni Lični vrednosni sistem", na strani 31. i **III 2.2.5.**"Lični vrednosni sistem kod psihosomatičara", na strani 34.)

Osobe sa psihosomatskim poremećajima karakteriše pozicija odsustva uvida (svesti) o tome da je njihov psihosomatski poremećaj (ili bolest) u bilo kakvoj vezi sa psihičkim sadržajima. **Karakteriše ih slika "maskirane" depresivnosti** (vidi odeljak **VI 5.** na strani 99.) i izražen stoičarski model, u okviru kojeg je otvoreno izbegavanje da se ode lekaru na bilo kakav pregled jedna od osnovnih karakteristika.

I kada dobiju svoje ozbiljne dijagnoze dugo ih minimiziraju i negiraju, gotovo do psihotičnih razmera, nastavljajući da žive svojim dotadašnjim preterano intenzivnim ritmom.

Ukoliko ih neko i uputi na razgovor sa psihoterapeutom gotovo je neverovatno da će takav savet prihvatiti, jer iz svoje pozicije osoba koje "puno znaju o životu" ne vide bilo kakav razlog da odu savetodavcu.

U praksi psihoterapije ove osobe ponajviše dobijamo kao članove porodica drugih "psihijatrijskih"pacijenata. Oni dolaze na tretman sa predubedenjem da su oni lično potpuno psihički zdravi, a tokom seansi nesvesno ili i svesni i nesvesno pokušavaju da "nauče" sve oko sebe (naravno i samog terapeuta) "psihičkoj stabilnosti" i mentalnoj "čvrstini".

U ovakvim slučajevima ne insistiramo da se bavimo direktnom konfrontacijom (što je kontraindikovano činiti kod ovih osoba, zbog njihovog ionako sniženog i veoma povredivog samoljublja), već radimo s porodicom držeći se programa psihoterapijskog tretmana vezano za određeni psihijatrijski problem indeks pacijenta.

Na ovaj način, uporedo i **"na mala vrata" ("preko drugog"), plasiramo psihoterapijske**

intervencije koje utiču i na osobu sa psihosomatskim poremećajem. Posebnu pažnju posvećujemo sekvencama u kojima dolazi do autentičnih emocionalnih pražnjenja kod ovih osoba i takve fenomene posebno podstičemo **sa pozicije izgradnje adekvatne kulture autentičnog ispoljavanja i prihvatanja svojih i tuđih emocija.**

Poseban entitet - **PSIHOTERAPIJSKI TRETMAN BOLESNIKA SA MALIGNIM TUMOROM**

Dva psihijatrijska aspekta su od posebne važnosti za ovu temu:

- 1) **Značaj psiholoških uticaja za sam nastanak malignih tumora i**
- 2) **Uticaj postavljene dijagnoze i ostalih intervencija na dalje funkcionisanje pacijenta, pa i na sam tok bolesti.**

(Glavna pitanja psihoonkologije izuzetno je uspešno obradio prof. Lesić u monografiji "Rak i duševni život" /1985./ i istu posebno preporučujemo svim zainteresovanim za ovu oblast.)

1): Sa pozicije psihoonkoloških znanja, a uz postojeće psihoterapijsko iskustvo, nameće nam se hipoteza da psihički faktori u sklopu slike "maskirane" depresije (sa njenim karakterističnim sadržajima) pogoduju i razvoju malignih tumora (vidi prvi deo ovog poglavlja). Koliko je **udeo psihičkih faktora u jednom multifaktorijalnom tumačenju** nastanka malignih tumora, smatramo samo retoričkim pitanjem, polazeći od činjenice da "čaha nije puna dok se u nju ne ulije i poslednja kap" i da je upravo eliminisanje i te "poslednje kapi" (ako prihvatimo da je psihički faktor i toliko mali ?) dovoljna intervencija da do malignog razvoja možda uopšte i ne dođe !?

Da li je ovo precejena ideja ostaje na svakom pojedinačno da to procenjuje i da u psihoterapijskom smislu nastupa uz određeni lični stav i uverenje.

Činjenica je da je među lekarima (pa i ostalim osobama) mnogo onih koji praktično smatraju da je psihoterapijski tretman u smislu prevencije ili lečenja malignih tumora čisto fantaziranje (što verovatno misle i kad je u pitanju psihoterapijski tretman psihoze shizofrenih karakteristika). Teško je očekivati da će se ovakve osobe upustiti u bilo kakve dileme na ovom polju, a da ne govorim o tome koliko bi praktičan posao čekao psihoterapeute ukoliko bi njihovi stavovi bili shvaćeni makar sa 2,5% verovanja da je to moguće!

Imajući u vidu da smo, u odeljku VI 5.(strana 98.), detaljno razmotrili i formu i način tretmana "maskirane" depresije ostaje nam samo da se , u smislu ideje o preventivnom psihoterapijskom radu u domenu malignih tumora (a i ostalih psihosomatskih oboljenja), pozovemo na već izložene psihoterapijske principe i program koji je u tom delu teksta definisan.

2): **Svakom čoveku je izuzetno važno:**

1 -Kako da živi da bi bio i ostao zdrav? i

2 - Kako da se ponaša ako mu se utvrdi dijagnoza malignog tumora?

Odgovor psihoterapeuta na prvo pitanje je praktično dat u početnim poglavljima ove knjige koja obrađuju aspekte adekvatnog ljudskog funkcionisanja.

Šta očekivati od psihoterapije (i psihoterapeuta) **kada već dođe do postavljanja dijagnoze** malignog tumora?

Prvo pitanje koje se nameće je : **Da li pacijentu reći dijagnozu?**

U sklopu ovog pitanja je i njegov nastavak koji glasi:

Šta mi to u stvari kazujemo pacijentu kad mu saopštavamo da boluje od malignog tumora?

Gotovo sigurno da za naziv "maligni tumor" ("rak", "karcinom") zna gotovo svaki čovek civilizovanog sveta. Drugo je pitanje šta će koji čovek (pa i kad su u pitanju stručnjaci) dati kao opis onoga što on lično pod ovim nazivom podrazumeva.

Za neke će to biti ravno izricanju smrtne presude. Čak i neki onkolozi se usuđuju da, koristeći statističke podatke, daju "prognoze" o trajanju nečijeg života uz određenu dijagnozu!?

Kolika je šansa za psihološku jatrogenizaciju ovakvim postupcima i do kog stepena uticaja na psihičko stanje (pa i na tok maligniteta) ovakvi komentari mogu da dovedu, ostaje otvoreno pitanje.

Koliko je ovo "**zloupotreba statistike**" jasno znaju svi koji imaju ikakva ozbiljna iskustva sa tokom malignih tumora i koji su svesni da je svako prognoziranje na temu trajanja života ovakvih pacijenata suštinski problematično.

Upravo sa ovim stavovima i izlazimo pred svakog pacijenta sa malignim tumorima (i pred njihove porodice) kazujući im da se zaista radi o ozbiljnom oboljenju, ali i sugerišući da su precizne prognoze o trajanju života pacijenta nerealne, čime (bar se nadamo) delom eliminišemo moguću jatrogenizaciju.

Takođe, imamo utisak da je skrivanje dijagnoze od pacijenta praktično veoma teško izvodljivo. Paradoksalno izgledaju situacije u kojima se svi prave da ne znaju da i sam pacijent zna (ili otvoreno naslućuje) svoju dijagnozu. Ovu "**igru skrivalice**" često vidimo i preporučujemo njeno razotkrivanje upravo iz razloga što u takvoj situaciji već postoji delimična svesnost pacijenta o tome "da se nešto ozbiljno sa njim zbiva". On to nekad vidi i po ozbiljnim licima iz svoje neposredne okoline, a da ne govorimo o bolničkom prostoru u kojem se leči. U takvom slučaju mnogo je bolje otvoreno istupiti pred pacijenta i porodicu kako bi se svi na realan način suočili sa problemom i adekvatno organizovali.

Dok mistifikacija može da povećava stres i unese konfuziju u međuljudsku komunikaciju, demistifikacija će učiniti suprotno i pomoći da čitava porodica može da nastavi mnogo normalnije komunikacije.

Sadašnjost sve više pruža drugačiji okvir na ovu temu. Povoljan tok lečenja i velika frekvencija dijagnostifikovanja doveli su do praktične situacije da su osobe sa lečenim malignim tumorom danas mnogo češće u našoj okolini te je i to razlog za postepeno formiranje drugačijeg stava o ovom problemu, demistifikaciju i lakše prihvatanje ovakve dijagnoze no što je to nekada bio slučaj.

Spoznaja paradoksa da mnoge osobe iz naše okoline naprasno umru od infarkta ili poginu u saobraćajnom udesu dok osobe sa dijagnozom malignih tumora žive, uz odgovarajuće lečenje, dugo godina, uvodi ljude sve više u poziciju da mnogo ozbiljnije cene i koriste svaki dan svog života, što sigurno ima svoju pozitivnu stranu.

Šta je to što još preporučujemo, kao dalji psihoterapijski program?

Odgovor je isti kao i u slučaju psihoterapijskog rada sa porodicom u sistemu osobe sa depresijom.

(Dijagnostifikovanje malignog tumora, kao fenomena za kojeg smatramo da je nastao bitnim delovanjem maskirane depresivnosti, po pravilu uvodi porodicu i u stanje dopunske, reaktivne depresivnosti jednog ili više članova.)

Tok ukupnog psihoterapijskog tretmana opisan je u poglavlju PSIHOTERAPIJA U SISTEMU DEPRESIVNE OSOBE, na strani 98., te se čitalac upućuje da tu nađe upotpunjen odgovor i na ovo pitanje.

8. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU SA DETETOM KAO PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTOM

Dete kao psihijatrijski pacijent može da manifestuje čitavu lepezu psihijatrijskih stanja:

1. poremećaje spavanja, hranjenja, eliminacije stolice i mokraće, sisanje prsta;
2. poremećaje ponašanja po tipu hiperaktivnosti, auto i heteroagresivnosti, bežanja iz škole, pada uspeha, pušenja;
3. neurotične forme tipa poremećaja govora, tikova, grimasiranja, čačkanja nosa, griženja noktiju;
4. psihotične manifestacije (dečiji autizam i dr.);
5. psihosomatske poremećaje i oboljenja (znojenje dlanova, ekcem, astma, maligni tumori, dijabetes,...);
6. manipulisanje psihoaktivnim supstancama (sve do razvoja zavisnosti);
7. ostali vidovi zavisnosti (vidi poglavlje o zavisnostima)...

Ovde nabrojani i mnogi drugi fenomeni veoma često dovode porodicu psihijatru, psihologu ili nekom iz drugih profesija za koje se smatra da će možda pomoći u rešavanju problema.

I pored sve fenomenološke raznolikosti (koja ponajviše potiče iz trasgeneracijskih porodičnih okvira) ***metod psihoterapijskog rada je jedinstven i zasniva se na sledećoj osnovnoj hipotezi o ulozi detetovog simptoma za porodični sistem:***

Bolest deteta se formira i održava u miljeu stvaranja i održavanja emocionalnog trougla: dete, majka, otac. (Ređe su ovim trouglom obuhvaćene druge osobe, ali se i to dešava.)

U ovom trouglu dete svojom bolešću nesvesno podržava neadekvatne emocionalne odnose, kako između sebe i svakog od roditelja ponaosob, tako i između samih roditelja. Kao što dete nema svest o ovoj interakciji, tako i roditelji nisu svesni ovako opisanog funkcionisanja, već su zarobljeni toplo-hladnim emocionalnim odnosima i *double-bind* interpersonalnom komunikacijom.

PSIHOTERAPIJSKI PROGRAM

I FAZA:

1. ***Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene.***
2. ***Organizovanje roditeljskog para*** sa zadatkom zauzimanja realnije pozicije u odnosu na razumevanje mehanizama kako se problem održava:

- 1) ***Analiziraju se 3 sadržaja ("tri stranice trougla"):***

- (a) odnos majka-dete,
- (b) odnos otac-dete,
- (c) odnos majka-otac.

Osnovne teme analize su:

Ko se od roditelja, kada i kako angažuje u vezi sa problemom deteta?
 Kako dete reaguje u tim momentima?
 Kako se ko oseća u takvim trenucima?

- 2) ***Ako konkretni sadržaj simptoma spada u red psihosomatskih, psihotičnih ili neurotičnih manifestacija*** (što je u dece najčešći slučaj) tada ***ističemo da se radi o fenomenima*** koji su pokretani iz detetove nesvesne psihe ***sa snagom "Nijagarinih vodopada"***.

U vezi s tim jasno se definiše da dete nema odgovornost, pa dakle ni krivicu, za opisano ponašanje. Na ovaj način se blokira bilo kakvo opravdanje agresivnog ponašanja porodice prema detetu, u smislu navodnog "kažnjavanja".

- 3) ***Ako se radi o simptomu koji spada u red poremećaja ponašanja, zloupotreba psihoaktivnih supatanci ili zavisnosti***, gde dete (po pravilu odraslo) često ima dovoljno mogućnosti da, na duži ili kraći rok, uvede kontrolu nad svojim reakcijama, ovo i ***konstatujemo***.

- 4) ***Aktivno definišemo granice koje roditelji postavljaju pred dete:***

- u pogledu njegovog uticaja na sopstveni biološki ritam, kao i biološki ritam roditelja tj. porodice (u smislu spavanja, hranjenja, organizovanja dnevnih aktivnosti i dr.) i
- u oblasti raspolaganja materijalnim sredstvima porodice.

U vezi s tim načini se lista onoga što će se detetu dozvoljavati i onoga što mu se neće dozvoljavati - ni po cenu ispoljavanja agresivnosti.

Pritom se unapred definiše da će svaka pojava auto ili heteroagresivnosti (ili drugi kritični razvoji simptoma) biti indikacija za smeštaj deteta na bolnički tretman! (Ovim se aktom donekle ograničava agresivnost pacijenta prema porodici i porodice prema pacijentu!)

- 5) ***Posebno tretiramo*** (na odvojenim seansama sa roditeljskim parom, bez prisustva deteta) ***emocionalne odnose između roditelja (partnera).***

Zbog izbegavanja pozicije utrougljavanja terapeuta sa parom (što se dešava u slučajevima kada terapeut prihvati da bude uvučen u intimne relacije partnera) ***preporučujemo "BEZLIČNU TERAPIJU SA PARTNERSKOM DIJADOM"***.

"BEZLIČNA TERAPIJA SA PARTNERSKOM DIJADOM" - podrazumeva terapijski tretman sa roditeljskim (partnerskim) parom na takav način da se ne analizira njihova konkretna emocionalna relacija niti pojedinosti intimnih odnosa.

Smisao tretmana je da terapeut partnerima jednosmerno ponudi više tema koje, pripadaju onome što zovemo ***"AFIRMISANJE NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA"***.

Koji su to sadržaji?

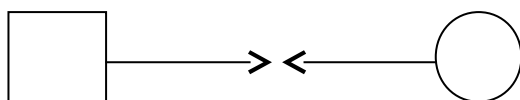
a) ***"PRIČA O PARTNERSKOJ LJUBAVI"*** je prva tema ovog dela terapije.

Ljubav prema partneru se definiše kao sadržaj koji je, u svom najvećem delu, nesvesna kategorija, koju niti možemo svesnim naporima da izazovemo, niti da je izbrišemo.

Partnerska ljubav je prelepa "jabuka sastavljena iz dve polovine".

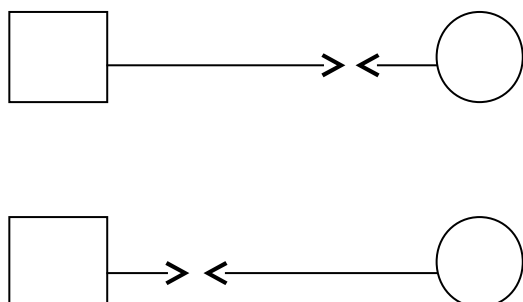
Da bih plastično prikazao obostranu i dovoljno intenzivnu ljubav partnera koristim

šemu 1.:



U ovom slučaju beležimo najbolju varijantu u kojoj se partneri "sreću na pola puta", što je praćeno objektivnim doživljajem obostranog i intenzivnog emocionalnog interesovanja.

Slučajevi kao na šemi 2.:



takođe su česti, ali verovatno manje zadovoljavajući okvir.

- Partneri, takođe relativno često manifestuju i **patološke forme "ljubavi"** u smislu:
- **neurotske varijante** po tipu "volim te i ubiću se ako me ostaviš ili se okreneš nekom drugom" i
 - **psihopatske varijante** po tipu "volim te i ubiću te ako me ostaviš ili se okreneš nekom drugom".

Upravo kod ovakvih formi često vremenom dolazi do kriziranja odnosa bilo spontano (iscrpljenjem jednog ili oba partnera, bez ili sa uključivanjem psihijatrijskih entiteta), bilo pod terapijskim dejstvom.

Ovakve relacije nekad mogu imati i produženu morfostatsku adaptacionu ulogu, a kao rezultat toga i minimalno rađanje (partnerstvo bez ili sa jednim, retko dva deteta).

b) "LJUBAV I RAĐANJE"

Ne može se prenebregnuti ideja da je osnovna biološka svrha ljubavi produžetak vrste, tj. rađanje. Činjenica je da sve "ljubavne igre" teku u pravcu intimnog seksualnog odnosa, a da ovaj, uz svesne ili delimično svesne dozvole, vodi rađanju kao činu koji je i svojevrsno krunisanje čarobnog spoja muškarac – žena.

Imajući u vidu psihoterapeutsku praksu na temu psihogenog steriliteta, lično sam uveren da ne postoji mogućnost rađanja bez spontane ili terapijski izazvane situacije koja će obezbediti da partneri, bar trenutno, izbalansiraju i zadovoljavajuće intenziviraju svoj emocionalni odnos (nezavisno da li su pri tom svesni toga).

Stav prema ljubavi usko je vezan za stav prema rađanju, što se naravno prvenstveno odnosi na ključni period čovekovog života tj. srednje životno doba (između 25 i 45 godina uzrasta) kada dominira mogućnost svesne odgovornosti i odluke u vezi sa rađanjem dece.

U ovom životnom periodu prevelika učestalost rađanja (kakva je, na ovim prostorima zabeležena pre 3-4 generacije) može da iscrpi partnerske i porodične snage, sve do biološkog ugrožavanja (što je zabeleženo u istoriji Srba teškim stradanjima od bolesti, gladi i ratova).

Aktuelni život, međutim, nosi drugu, još težu krajnost. U eri konformizma, kontracepcije i pobačaja, srećemo se sa drastičnim stepenom "bele kuge", koja se cirkularno povezuje sa visokom učestalošću intenzivnih ispoljavanja "maskirane" depresivnosti. Odgovoriti šta je pritom starije "kokoška ili jaje" sigurno je nemoguće, ali doći do ove tačke do koje smo došli, a ne razviti uvid u pravi značaj i potrebu za pravom merom rađanja, takođe je gotovo nemoguće. Lično sam pod utiskom da sve češće srećem parove koji planiraju ili već imaju treće dete, što mi daje po malo optimizma na ovu temu.

Istovremeno u porodicama koje se iz raznoraznih razloga odriču rađanja suočavam se sa nizom porodičnih i ličnih problema?!

c) "PRIČA O BRAKU"

Činjenica je da je odnos muškarca i žene pretrpeo drastične promene u poređenju sa ne tako davnom praksom patrijarhata.

Nema valjda više od 3-4 generacije od vremena kada je otac porodice (muškarac četrdesetih godina) ženio sina, često ga i ne pitajući ni da li hoće ni sa kojom devojkom hoće da živi.

Brak se ugovarao između porodica i mlada je, kao robinja (bez ikakvih prava na nasleđivanje imovine), "davana u tuđu kuću".

U takvoj patrijarhalnoj porodici novi bračni par imao je dve osnovne uloge: da radi i da rađa. Donošenje odluka u porodici i vođenje porodice je bilo isključivo pravo i obaveza starog oca porodice.

Pod ovakvim uslovima nije bilo praktično većih šansi da se mladi partneri oko nečega ozbiljnije jedan drugom suprotstave.

Partnersko odlučivanje tada nije ni postojalo, a time ni mogućnost da se između partnera izraze i suprotstave ikakve razlike.

A kako je danas?

Partneri najčešće sklapaju brak tek po završetku školovanja i najčešće je jedan ili oba partnera već zaposlen.

Ekonomski položaj je drugačiji i zbog izmene zakona o nasleđu čime su žene takođe postale nosioci prava na nasleđe dela imovine svojih roditelja.

(Tako se porodična imovina, ranije nazivana "Očevinom", jer se prenosila samo "po muškoj liniji", sada ravnopravno deli i kćerima i sinovima.

Treba istaći da je ovo promena koja seže jedva 3-4 generacije unazad kroz istoriju!!!)

Profesionalna i materijalna sloboda i stariji uzrast pri sklapanju braka kombinuje se danas sa gotovo u 100% slučajeva prisutnim pravilom da se brak sklapa slobodnom voljom i izborom partnera koji neguju uzajamnu ljubav.

Ovakav brak je zajednica koja se karakteriše velikom individualnom snagom partnera, a uporedo s tim i velikom odgovornošću da se život učini što boljim.

Zašto je onda, u reklo bi se mnogo humanijim uslovima sklapanja bračnih zajednica, toliki broj razvoda?

Opisana bračna relacija suštinski se zasniva na poziciji moći i slobode partnera. U ovakvim uslovima proces partnerskog odlučivanja nas uvodi u situacije apsurdne:

Nebrojeno puta se dolazi u poziciju da žena ima jedno, a muškarac drugo mišljenje. Nekad su to sitnice (po tipu: da li će vaza sa cvećem stajati na sredini stola ili malo levo), a nekada životno važni sadržaji (npr. koliko će se dece roditi u braku).

Neko će reći: "Ali, brak je kompromis!"

I ja tako mislim. Ali objasnite mi kako ćete napraviti kompromis između muškarca koji želi drugo dete i žene koja to ne želi (poštujući pravo svakog od njih da za svoje stavove imaju i valjane razloge).

d) "PRIČA O RAZVODU"

Vrlo paradoksalna priča. Nekad pomislim kako neke brakove "čuva od razvoda" upravo činjenica da su praktično razvedeni (iako formalno nisu). To su oni brakovi gde je "žar ljubavi" odavno ugašen i ta činjenica kao da nikome ne smeta. Žive kao prijatelji, sa retkim intimnim odnosima ili uz bračni "seksualni automatizam" i polako tonu u "maskiranu" depresivnost, a da toga naravno nisu ni svesni.

Drugi se "ljuljaju" svesni svoje hronične krize partnerstva.

Treći se "tresu" povremenim akutnim krizama, ulaze u intenzivne depresivne epizode i izlaze iz njih, ubijaju se i samoubijaju...

Ne znam i ne smem da tvrdim - možda postoje i brakovi koji žive zaista skladno.

Kao čovek i savetodavac u zadnje vreme odbijam da govorim o "braku" i "razvodu" jer ove dve kategorije zaista spadaju u red "izmišljenih sadržaja realnosti".

Ono o čemu prihvatam da govorim, to je partnerski odnos muškarca i žene, odnosno da li on uopšte postoji, da li je ljubav jednostrana ili obostrana i da li je i koliko intenzivna i koliko zadovoljava partnere odgovarajućom količinom sreće koju zajednički doživljavaju.

Ako je ljubav jednostrana ili nepostoji ili je nedovoljno intenzivna otvoreno savetujem separaciju partnera i aktivnije traženje dobrog partnera na drugoj strani.

Isto činim i ako konstatujem da partneri neguju odnos u kojem je nemoguće jasno razlučiti ko koga i koliko voli (što je karakteristično u okvirima *double bind* partnerske komunikacije). Tada kažem da možda i postoji dovoljno partnerske ljubavi, ali da je ovakav odnos toliko bolan da preporučujem separaciju kao, u tom momentu, siguran znak ljubavi (vidi paradoksalne psihoterapijske intervencije, pod V 2., na strani 75.).

Presedan činim kada odbijam da razgovaram o kvalitetu partnerskih odnosa kod roditelja koji imaju dete manje od 5-6 godina. U tom periodu dominirajući odnos jeste uzajamna ljubav roditelja i "ljudskog mladunčeta" i u tom okviru telesni kontakt majke i oca sa detetom čini bazu emocionalne razmene u kojoj dobija i dete i roditelji. (Ovde često navodim podatak američkih autora da očevi koji se igraju svojom malom decom duže žive!)

Priča o partnerskom odnosu, u tom periodu života, može da zavede i partnere i terapeuta od osnovne teme, a to je emocionalni odnos roditelja prema detetu (i obrnuto).

S druge strane, ako se radi o partnerima čije je dete napunilo 5-6 godina (a pritom to nije treće ili četvrto dete svojih roditelja), sama se po sebi otvara priča o novom rađanju.

Tako se partneri, ako imaju dovoljno uzajamne ljubavi (pa i ako je nemaju), mogu naći na teškoj mucu.

Korišćenje kontracepcije koje je do tada i imalo svoje opravdanje, sada postaje "nerealan koncept".

Planiranje nerađanja u trenucima kad su partneri intenzivno angažovani oko podizanja malog deteta ima dosta smisla i u odnosu na samo dete koje se, u ulozi funkcionalnog jedinca, razvija maksimalno i bez konkurencije razmenjujući ljubav sa roditeljima.

Problem se otvara onako kako dete poraste i kad počinje da ispoljava znake potrebe za telesnim odvajanjem od roditelja (najpre u formi stida od roditeljskih poljubaca, a potom i otvorenog traženja da ima svoj krevet i svoju sobu).

e)"LJUBAV TELA"

(Pročitaj najpre pesmu iz odeljka V 3. pod 3): "Ne vjeruj..." Alekse Šantića, na strani 77.)

"Ćuti i pusti tela neka govore." - kaže u jednom filmu mlada indijanka svom vatrenom udvaraču.

Znaju ljudi odavno šta je to ljubav i nemojte se praviti da to nije tako. Ako su vam intimni odnosi "nikakvi" pomislite: "Možda se vatra ugasila." Ako Vam je žena "hladna" ili muškarac "impotentan" dozvolite sebi da prihvatite i tu mogućnost da se ne radi o "bolesti" već naprosto o običnoj "iskrenosti". I ne zaboravite da je Amor jedno vragolasto i nepredvidljivo stvorenje spremno da zbija i slatke i bolne šale. Milosrdan je samo prema onima koji poštuju njegovu snagu.

f) "PRIČA O PRELJUBI"

Termin "preljuba" verovatno je adekvatan onda kada neka osoba ne uspostavlja potpun (uz rizik od rađanja, tj. bez kontracepcije) intimni kontakt sa partnerom sa kojim ima puno uzajamne ljubavi, ili to isto čini sa osobom koja nije "broj jedan" (kako to lepo kažu adolescenti) ili bar "broj sedam", već broj "trideset i sedam".

Ovakve veze i same po sebi kratko traju i imaju prevashodno više ili manje intenzivan seksualni doživljaj, a pritom se i rastanak prividno manje bolno doživljava, zbog čega se možda pojedine osobe lako i upuštaju u ovakve relacije.

Ono što je karakteristično za preljubu, to je da, u okvirima ovakvog odnosa, jedna ili obe strane precizno vode računa o kontracepciji.

U mnogim slučajevima i brak postaje polje ovakve veze, bili toga partneri svesni ili ne.

"Švalerisanje" pre braka, u braku ili van braka tako postaje način življenja mnogih ljudi, način koji obezbeđuje "manje bola" i "manje rizika od rađanja".

Da li je stvarno manje bola?

"Sindrom preljubnika" danas se definiše kao još jedan oblik bolesti zavisnosti, bolesti koja se uzajamno održava sa unutrašnjom "maskiranom" depresijom. Iako po pravilu definiše sistem sa morfostazom, često postaje i morfogenetski fenomen (Poznata je činjenica da svako deseto dete na zemljinoj kugli nije dete svog formalnog oca!).

g) "PRIČA O LJUBOMORI"

- Ako osećate da ćete načiniti ubistvo ili samoubistvo zbog ljubomore radije se odvojte od partnera. Ovakvo će odvajanje biti mnogo manje bolno.
- Ako Vam partner preti da će se ubiti ili da će ubiti Vas ili nekog trećeg ako ga ostavite, shvatite to veoma ozbiljno.

Ako se igde linije života i smrti i linije ljubavi i mržnje, tako tragično dodiruju, to je u "priči o ljubomori".

I verovatno baš tako kao što ne dozvoljavaju svom partneru da prestane da ih voli, ljubomorni su u stanju da prenebregnu i pretpostavku da su možda i oni prestali da vole partnera. Svoju "frigidnost" ili "impotentnost" prema partneru ogласiće rezultatom partnerove odbojnosti prema njima (i biće 50% u pravu).

Ali šta dalje?

Neki će "igrači" igrati surovu igru do kraja ne odvajajući se. Neki će i "platiti glavom". Drugi će podvući crtu i izaći iz igre, što će ih možda učiniti zrelijim.

Preporučujem ovo drugo.

Šta je krajnji smisao "BEZLIČNE TERAPIJE SA PARTNERSKOM DIJADOM"?

– Vodeći partnerski par kroz priče o partnerstvu postepeno ih uvodimo u poziciju boljeg razumevanja sebe i drugih ljudi, uz velike šanse da i sami promene mnogo toga u dotadašnjem sadržaju njihovih Ličnih vrednosnih sistema, a potom i da promene mnoge životne sadržaje svog partnerstva.

6) Uz prethodne terapijske intervencije **koristimo i odgovarajuće medikamente.**

7) **Pozitivne promene** u vezi sa psihijatrijskim problemom deteta **najavljujemo kao fenomen kojeg treba očekivati** kao što jedriličar očekuje vetar - vidi metaforu "Bonaca i jedriličar", na strani 81.

3. **Izrada genograma** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /vidi odeljak V na strani 69./.

4. **Analiza kritičnih životnih događaja** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /vidi V 1., na strani 73./.

5. **Korigovanje sadržaja nepravilno formiranog Ličnog vrednosnog sistema** /vidi V 1., na strani 70./.

6. **Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA**, na strani 109.

II FAZA:

Ako se terapeut uveri da i pored svih napora dolazi do pogoršanja, nagoveštaja ili ispoljavanja komplikacija koje ugrožavaju integritet deteta ili okoline, **savetuje se prijem na dečje psihijatrijsko odeljenje** (gde će se nastaviti medikacija, socio i psihoterapijski tretman sa sadržajima opisanim u okviru I faze).

III FAZA:

Ukoliko se i pored iscrpljenja opisanih aktivnosti u okviru prve dve faze tretmana ne uspostavlja znaci poboljšanja, terapeut saopštava porodici da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu problem sa detetom razvijati.

Pri tom izražava otvorenu spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne porodici u saniranju mogućih daljih komplikacija /vidi intervenciju "Nema pomoći, nema promene.", na strani 75./.

Važna napomena :

Opisani tok tretmana predstavlja posebnu psihoterapijsku intervenciju (terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema). Stoga se preporučuje njeno saopštavanje porodici još na prvoj seansi.

9. PSIHOTERAPIJA U SISTEMU PARTNERA SA STERILITETOM

Partnerski sterilitet se definiše kao izostanak trudnoće tokom više od dve godine i pored normalno (bez kontracepcije) obavljanih seksualnih odnosa.

Koji su sve razlozi ovakvoj pojavi možda ćemo najrealnije objasniti ako kažemo da je začće izuzetno složena pojava kojoj mnoge tajne znamo, ali mnoge i ne.

A tek kad se sklope svi ti "čarobni faktori" od kojih su neki anatomske, neki hormonske, neki psihičke, a neki i nepoznate, tek tada dolazimo do "tajne začća" čoveka.

Proceniti uticaj pojedinih od pomenutih faktora samo je delimično moguće.

Klasična medicina ukazuje na neke jasne organske granice steriliteta, ali istovremeno izražava oprez u davanju prognoza za niz stanja koja su daleko ispod proseka, a gde je ipak dolazilo do začća?!

Kako se onda uopšte snaći u pokušaju da definišemo šta je to psihogeni sterilitet?

Činjenica je da je psihički faktor u vezi sa ovom temom uvek prisutan sa svoja dva moguća uticaja:

- 1) kao faktor koji, sam ili u sadejstvu sa drugim faktorima, može otežati (pa i onemogućiti) začće i
- 2) kao faktor koji može doprineti začću u uslovima kada su ostali faktori prosečni ili znatno ispod granice proseka!

Ova dvosmernost psihogenog uticaja pokazuje se tako, kod jednih kao faktor steriliteta, a kod drugih kao faktor izuzetne prijemčivosti za trudnoću ("Nekim partnerima je dovoljno da im se senke susretnu, pa da žena ostane trudna.").

Ni jednim ni drugim parovima zaista nije lako. Ipak, onima sa sterilitetom neuporedivo je teže, dok ovim drugima preostaju različita kontraceptivna sredstva i pravilno planiranje porodice (rađanje troje do najviše četvoro dece).

Ako ovako posmatramo uticaj psihičkog faktora lako ćete shvatiti autora ove knjige što otvoreno zastupa tezu da **svaki sterilitet treba prihvatiti kao multifaktorijalan** (nastao sadejstvom više poznatih i nepoznatih faktora), **što praktično znači i kao psihogen** (jer je ovaj faktor, osim u slučajevima grubih anatomske nedostataka, uvek prisutan).

U tom smislu uloga psihoterapeuta i psihoterapije sigurno ima svoje mesto u gotovo svakom pojedinačnom slučaju.

PSIHOTERAPIJSKI PROGRAM KOD PARTNERSKOG STERILITETA

I FAZA:

1. ***Uvođenje pravilne međuljudske komunikacije i pravilne međuljudske razmene.***
2. ***Organizovanje partnerskog para*** u smislu usmeravanja na:
 - 1) što efikasnije podvrgavanje dijagnostičkim postupcima (prewashodno urološkim i ginekološkim) radi postizanja što realnijeg uvida u stanje reproduktivnih organa;
 - 2) što efikasnije sprovođenje terapijskih mera (medikamentoznih, operativnih) od kojih se očekuje poboljšanje reproduktivnih potencijala;
 - 3) procenjivanje perioda u kojem je moguće očekivati da prethodni terapijski zahvati dovedu do trudnoće;
 - 4) procenjivanje motivacije i mogućnosti za pristupanje pokušajima vantelesne oplodnje;
 - 5) sprovođenje pokušaja vantelesne oplodnje;
 - 6) procenjivanje perioda u kojem će se očekivati rezultati pokušaja vantelesne oplodnje.
3. ***Izrada genograma*** (po metodi Mc Godrick M., Gerson R., 1985.) /vidi odeljak V na strani 69./.
4. ***Analiza kritičnih životnih događaja*** (po metodi Normana i Beti Paul, 1974.) /vidi V 1., na strani 73./.
– sa posebnom pažnjom u odnosu na akt trudnoće i rađanja.
5. ***Korigovanje sadržaja Ličnog vrednosnog sistema*** /vidi V 1., na strani 70./.
6. ***Afirmisanje NOVOG PORODIČNOG KONCEPTA*** (vidi deo označen kao "Bezlična terapija sa partnerskom dijadom", na strani 109.).

II FAZA:

Ako se terapeut uveri da su iscrpljeni svi naponi u pokušaju sa se reši problem partnerskog steriliteta on autentično konstatuje da je problem možda i nerešiv i ***predlaže partnerima razdvajanje kao znak uzajamne ljubavi*** i davanja šanse da partneri možda nađu druge osobe za nova partnerstva koja će im možda doneti trudnoće i rađanja.

III FAZA:

Ukoliko se i pored iscrpljenja terapijskih aktivnosti iz prve dve faze tretmana ne dogodi trudnoća, terapeut saopštava partnerskom paru da je učinio sve što je umeo i da više nije u stanju da predviđa u kom će se pravcu problem steriliteta dalje razvijati.

Pritom izražava otvorenu spremnost da, u granicama svojih mogućnosti, pomogne partnerima u onome što će život nadalje doneti - vidi V 2. na strani 75.

Važna napomena:

Opisani tok tretmana predstavlja zasebnu psihoterapijsku intervenciju (terapeutova sistemska hipoteza o daljem razvoju problema).

Stoga se preporučuje kao neophodno njeno saopštavanje partnerima sa problemom steriliteta još na prvoj seansi.

VII UMESTO POGOVORA

SVETLI GROBOVI (8)

*Bejaste li, braćo moja mlada,
Da l' bejaste vi na groblju kada,
Aj, na groblju, na golemu?*

— *Ta uvek smo mi na njemu.*

*Groblje j' zemlja kom se hodi;
Groblje j' voda kom se brodi;
Groblje — vrti i gradine;
Groblje — brda i doline,
Svaka stopa:
Grob do groba.
Groblje j' spomen doba sviju;
Groblje — knjige što se štiju;
Povesnica svih zemalja,
Starostavnik cara, kralja,
I čitulja viših slika
Izbranika, mučenika,
Od početka pamtiveka.*

*Sve j' to groblje —
Al' je i kolevka.*

*Nema broja ni imena
U visini zvezdam' svima,
Kamol' broja i spomena
U zemljici grobovima!*

*Milione progutala j' tama,
Crna tama mnogih tisućleća,
Niko ih se više i ne seća*

— *No pogdekom uvek gori sveća.*

*Il' je sveća, il' je ime svetlo,
Il' su dela koja se ne gase,*

*Pa redove nedoglednog groblja
Svojim zrakom krase.*

*Ti grobovi,
Stari, novi,
Oni sjaju
Svatom naraštaju —*

*Kad se umlje u prošlost udubi,
U tamnini da se ne izgubi;*

*Kad se pustiš u davnine svete,
U davnine i svete i klete,
Da ti mis'o puta ne pomete.*

*To su vatre doglasnice,
Pružajuć' se iz daljnih eona
U povorci onoj dugoj —
Dosvetljujuć' jedna drugoj
Strujom koja napred leti,
Težeć' samo jednoj meti, —*

*Pa se tako svetle mlazi —
Pa se vide svetli trazi
J e d n o g duha r a z n i h doba,
Duha kome nema groba.
— U grob samo sruši kosti,
Strese pep'o koj' mu smeta
Bržem buju viša leta
K uzvišenoj budućnosti.*

***Ko s' osvrne da pogledi
Bistim okom i pogledom
Na grobove ove svetle,
Povesnice dugim redom,
Mora čuti kako j' živo,
Kroz vekove, kroz maglinu,***

*Ded unuku, otac sinu,
Borac borcu dovikiv'o:
"Gde ja stadoh — ti ćeš poći!"
"Što ne mogoh — ti ćeš moći!"
"Kud ja nisam — ti ćeš doći!"
"Što ja počeh — ti produži!"
"Još smo dužni — ti oduži!"*

*To su zbori, to su glasi
Kojima se prošlost krasí,
Što prodiru kroz svet mračni
Sa grobova onih zračni'
Spajajući gromkim jekom,
I božanskom silom nekom,
Spajajući vek sa vekom
I čoveka sa čovekom.*

*Oko svakog svetlog groba
(Baš ko gore oko zvezda)
Povesnica priča ovo:*

*Hvatalo se neko kolo,
Kolo mlado, kolo novo,
Nove klice stara nada,
Novo cveće stabla stara,
Duše čiste, srca mlada,
Naslednici svetog žara; —
Tu se slego život mladi
Da se s grobom razgovara.*

*I ti pade, dragi brate!
"Nisam, deco, v a s dok traje!"
Je l ' ti borba bila teška?
"Pokušajte, milina je!"
Šta si hteo? — kud si poš'o?
"Tamo kud se stići mora!"
Zar je vera tako jaka?
"Uvek jača od zlotvora!"
Malo nas je koj' bi smeli —
"Al' vas jaka sila kreće!"
Zar ko može stići celi?
"Ko posumnja nikad neće!"*

*"A ko behu oni divi,
Koji su te napred zvali,
Koji su te ojačali,
Koji su ti krila dali?"*

"To bejahu ideali!"
 Bez njih nema viša leta
 Nad oblakom mraka gusta,
 Bez njih bi se malaksalo,
Bez njih bi se brzo palo,
Svet bi bio grob bez cveta,
Život prazan – mladost pusta!"

Oko svakog svetlog groba
Prikuplj'o se život novi,
Naslednici svetog žara,
Kupili se sokolovi,
Pijuć' dušom svetle zrake. —
Jest, tako je, braćo draga,
Ti grobovi nisu rake,
Već kolevke novih snaga!...

VIII LITERATURA:

1. Bepko C.S. and Krestan J.: The responsibility trap : Women and men in alcoholic families. New York: The Free Press, 1985.
2. Bowen M.: Family therapy in clinical practice. Jason Aronson, New York, 1878.
3. Gačić B.: Porodična terapija alkoholizma. Rad, Beograd, 1978.
4. Goldner-Vukov M.: Porodica u kizi. Medicinsk knjiga, Beograd-Zagreb, 1988.
5. Goldner-Vukov M., Baba-Milkić N.: Osećajni život savremenog čoveka i droge. Prosveta , Niš, 1992.
6. Jean Jacques, Servan Schreiber: Svjetski izazov. 1980.
7. Jolly W. M., From J., Rosen M.G.: The genogram. Journal of Family Practice, 10(2), 251-255, 1980.
8. Jovanović Jovan, Zmaj: Poezija ljubavi i rodoljublja (Lektira za osmi razred osnovne škole), Mlado pokolenje, Beograd 1971.
9. Kecmanović D.: Psihijatrija. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.
10. Kostić Laza : Pletisanke(pesme). Prosveta, Beograd, 1974.
11. Lilić V.: Sekvenca funkcionisanja alkoholičarske porodice i mogućnosti za promenu. X Kongres psihijatarata Jugoslavije sa međunarodnim učešćem. Niš, 25-29.10. 1995.
12. Lilić V.: Jugoslovenska porodica, koreni krize i šanse za razvoj. Savetovanje "Simptomatsko ponašanje i rat", Niš, 28-29.10.1999.
13. Lilić V.: Informaciono-komunikacioni model u psihijatriji.(Prvo izdanje), Niš, 2000.
14. Lilić V.: Informaciono-komunikacioni model u psihijatriji.(Drugo izdanje, u elektronskoj formi), Niš, 2006.
15. Luria A.R.: Osnovi neuropsihologije. Nolit, Beograd, 1983.
16. Mala enciklopedija. Prosveta, Beograd. 1968.
17. Mc Goldrick M.: Problems with family genograms. American Journal of Family Therapy, 7, 74-76, 1980.
18. Mc Goldrick M., Gerson R.: Genograms in Family assesstment. Norton comp., New York, 1985.

-
19. Mitić O., Kocić M., Popović R.: Primena porodične terapije u hospitalnim uslovima. Prvi seminar porodične terapije, Bukovička Banja, Arandjelovac, 11-12. XII 1988.
 20. Paul N., Paul B.: Death and changes in sexual behavior. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes*. New York: Guilford Press, 1982.
 21. Stefanović-Karadžić Vuk: *Srpske narodne poslovice*. Beograd. 1933.
 22. Šantić Aleksa: *Poezija ljubavi i rodoljublja (Lektira za osmi razred osnovne škole)*, Mlado pokolenje, Beograd, 1971.
 23. Velimirović Nikolaj: *Sabrana dela*. Nolit, Beograd. 1998.