

Međunarodna konferencija  
o mentalnom zdravlju 2022.



# ZBORNIK SAŽETAKA

**PRIKAZ SLUČAJEVA**  
u psihoterapiji  
i psihološkom  
savetovanju

**MEĐUNARODNA KONFERENCIJA O MENTALNOM ZDRAVLJU  
„PRIKAZ SLUČAJEVA UPSIHOTERAPIJI I PSIHOLOŠKOM SAVETOVANJU“  
ZBORNİK SAŽETAKA**

*Rusija-Srbija, 3-4. marta 2022.*

Zbornik sadrži materijale sa međunarodne konferencije „Prikaz slučajeva u psihoterapiji i psihološkom savetovanju“, koja je održana 3-4. marta 2022.

Konferencija je posvećena analizi slučajeva klijenata u psihoterapiji i psihološkom savetovanju i ima za cilj proučavanje najboljih praksi u cilju unapređenja profesionalnih veština učesnika.

Zbornik je namenjen specijalistima i studentima koji proučavaju savremene probleme i dostignuća psihoterapije.

Sažeci su raspoređeni po abecednom redu prema prezimenu prvog govornika.

Adresa web stranice konferencije: [aipp.education/conference-rs](http://aipp.education/conference-rs).

Moskva – Beograd

2022

## ORGANIZACIONI ODBOR

Organizator konferencije je Rusko-srpska obrazovna ustanova „Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju“.

Partneri konferencije su Rusko balint društvo i Balint društvo Srbije.

### **Jurij Tor**

Psihoterapeut, psiholog, osnivač i edukator Akademije za integralnu psihodinamsku psihoterapiju.

### **Dr Irina Zedgenizova**

Psihoterapeut, psiholog-psihoanalitičar, psihijatar, zamenik direktora za medicinski rad Centra za psihoterapiju dr Ermakova, zamenik direktora Instituta za savremenu psihoterapiju i psihologiju, za naučni deo.

### **Dr sci.med. Rosa Šapić**

Psihoterapeut, psihijatar, predsednik Balint društva Srbije, vanredni profesor Visoke škole za socijalni rad u Beogradu (Srbija).

### **Dr Jelena Živković**

Psihoterapeut, psiholog, vanredni profesor Visoke škole za socijalni rad u Beogradu i Ekonomske akademije u Novom Sadu (Srbija).

## **PRIKAZ SLUČAJEVA U PSIHOTERAPIJI I PSIHOLOŠKOM SAVETOVANJU**

### **Zbornik radova sa međunarodne naučno-praktične konferencije 3-4. marta 2022.**

<b>I. Zedgenizova.</b> Rad transfera kao mehanizam terapijske promene .....	5
<b>N. Karafa-Korbut.</b> Primena imaginativnog somatskog pristupa u lečenju autoimunih poremećaja ....	6
<b>T. Klikovac.</b> Porodična psihoterapija tuge u radu sa porodicom suočenom sa gubitkom deteta.....	8
<b>A. Krupnov.</b> Eretilna disfunkcija u ljubavnom trouglu .....	10
<b>N. Manukhina.</b> Kratkoročna psihološka pomoć za napad panike .....	12
<b>E. Mordas.</b> Psihogeneza ženske psihogene neplodnosti: psihoanalitički pogled .....	13
<b>T. Tiškova.</b> Psihoanalitička psihoterapija atopijskog dermatitisa kod dece i adolescenata .....	20
<b>V. Topojev.</b> Šamanske tehnike u prevenciji samoubistava .....	21
<b>J. Tor.</b> Rad sa agresijom u lečenju depresivnih i anksiozno-depresivnih poremećaja .....	23
<b>N. Fomičeva.</b> Pregoreksija: mogućnosti psihoterapije.....	25
<b>A. Čekalina.</b> Uticaj psihičke odbrane klijenta na terapeuta osećanja kontratransfera. Balintova grupa kao podrška specijalisti u održavanju identiteta sa osobom koja pruža pomoć.....	27

## **RAD U TRANSFERU KAO MEHANIZAM ZA TERAPIJSKE PROMENE**

**Dr Irina Zedgenizova**

*Psihoterapeut, psihijatar, psiholog-psihoanalitičar, akreditovani supervizor OPPL, zamenik direktora za medicinski rad Centra za psihoterapiju i neurologiju dr Ermakova, zamenik direktora za naučni rad Instituta za savremenu psihoterapiju i psihologiju, Novosibirsk, Rusija.*

*Email: zedanaliz@mail.ru*

**Svrha izveštaja:** da prikaže osobenosti formiranja i terapijske upotrebe transfernih odnosa u lečenju motoričkih tikova kod adolescenata.

**Klinička slika pre početka terapije.** Klijentkinja A., stara 14 godina, otišla je kod majke zbog motornih tikova. Imala je karakterističan pokret u desnoj ruci kao „bokserski udarac“, ritmično trzanje donjih ekstremiteta koji je nastao nakon sukoba sa majkom. Kasnije su se pridružili vokalni tikovi. Pacijentkinja je pregledana na tikove u neurološkoj bolnici, organska patologija je isključena, na dijagnozu Touretteovog sindroma posumnjao je psihijatar.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Psihoterapija pacijenta se sprovodila licem u lice u okruženju jednom nedeljno, u trajanju od 45 minuta, tokom 2 godine u formatu psihoanalitičke psihoterapije. Paralelno, u prvoj godini terapije održavani su roditeljski sastanci sa majkom i ocem jednom u 1,5-2 meseca (druga godina - roditeljski sastanci su održavani na zahtev roditelja).

Takođe, kako je propisao psihijatar, pacijent je uzimao tiaprid u dozi od 100-200 mg dnevno tokom 6 meseci, nakon čega je usledilo postepeno povlačenje. U početnoj fazi psihoterapije, glavna pažnja je posvećena formiranju transfera i uspostavljanju radnog saveza sa klijentom i njenim roditeljima.

U drugoj fazi - podučavanju veština emocionalne diferencijacije i izražavanja osećanja, razvijanju agresivnih impulsa kod pacijenta, uključujući i u odnosu na terapeuta. U radu su korišćene metode simboličke komunikacije (crteži, zanati, snovi), verbalna komunikacija kroz pacijentov slobodan izbor tema za razgovor, tehnike emocionalne komunikacije, objektno orijentisane tehnike, interpretacije usmerene na terapeuta, psihološka edukacija roditelja.

U trećoj fazi radilo se na integraciji "lošeg" i "dobrog" u terapeuta, rad sa sociofobičnom anksioznošću, a u četvrtoj, završnoj fazi - rad sa osećanjima vezanim za odvajanje, separaciju.

**Rezultati.** Potpuni nestanak simptoma nakon 10 meseci (motorni i vokalni tikovi) nakon 10 meseci, ukidanje farmakoloških lekova, integracija sopstvenih agresivnih impulsa pacijenta, smanjenje sociofobične anksioznosti, poboljšanje komunikacionih veština, aktivna socijalizacija.

**Zaključci.** Svaki slučaj rada sa klijentom podrazumeva uspostavljanje jedinstvenog terapijskog odnosa korišćenjem različitih tehnika simboličke, verbalne komunikacije, objektno orijentisanih tehnika, psihološke edukacije, edukacije pacijenata itd.

**Ključne reči:** motorički tikovi, transfer, terapijski odnos, agresivni impulsi, simbolička komunikacija.

#### **Literatura:**

1. Кляйн М. Детский психоанализ. СПб: Питер, 2020.
2. Венсан М. Болезнь отрочества, клиническая работа с подростками и их родителями. М.: Когито-Центр, 2012.
3. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. СПб.: ВЕИП, 2005.

## **PRIMENA IMAGINATIVNOG SOMATSKOG PRISTUPA U LEČENJU AUTOIMUNSKIH POREMEĆAJA**

**Dr sci.med. Natalija Karafa-Korbut**

*Psihoterapeut, psiholog, vanredni profesor na IGKIP, supervizor na IPP (Institut za psihosomatsku medicinu i psihoterapiju, Potsdam), klinika Berkana, Moskva, Rusija.*

*Email: karafa-korbut@iandek.ru*

**Svrha izveštaja:** prikazati subjektivnu somatsku simboliku kod autoimunih poremećaja.

**Klinička slika pre početka terapije.** Pacijent star 59 godina žalio se na pojačan bol, ograničenu fizičku aktivnost, smanjenu emocionalnu pozadinu i socijalnu izolaciju u pozadini pogoršanja reumatoidnog artritisa.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Nakon intervjua, pacijent je pozvan u terapijsku grupu, gde su glavni alati rada bili katatimsko-imaginativna psihoterapija (KIP) i tehnike relaksacije sa elementima ImKP (imaginativna psihoterapija tela). Rad u grupi trajao je 3 meseca.

**Rezultati.** Kao rezultat terapije, pacijentkinja je otišla u remisiju: njeno raspoloženje se poboljšalo, obnovljena je aktivna komunikacija u društvu, nestali su bolovi u zglobovima i jutarnja ukočenost, a laboratorijski podaci su poboljšani.

**Zaključci.** Kombinacija dubinske psihološke terapije i relaksacije je efikasna kombinacija i omogućava postizanje stabilnog subjektivnog poboljšanja blagostanja i objektivnih zdravstvenih pokazatelja kod pacijenata sa autoimunim poremećajima.

**Ključne reči:** ImKP (imaginativna telesna psihoterapija), CIP (katatimsko-imaginativnapsihoterapija), autoimuni poremećaji, reumatoidni artritis, relaksacija, remisija.

#### **Literatura:**

1. Ферс Г.М. Тайный мир рисунка: Исцеление через искусство / Грегг М. Ферс. – СПб.: Деметра, 2003.
2. Böttcher B. Zur Konzentrativen Entspannung -Relaxationsmethode im Grenzbereich zwischen Physiotherapie und Psychotherapie / Brigitte Böttcher // Integrative Bewegungstherapie . – 1994, S. 13-24.
3. Leuner H. Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe / Hanscarl Leuner – Toronto; Seattle: Huber, Bern, 1994.
4. Loesch W. Heilsame Kommunikation mit dem Körper Imaginative Körper-Psychotherapie (IKP) als komplementärer psychosozialer Therapieansatz in der Therapie schwer somatisch Erkrankter, auch an Karzinomen Erkrankter / Wolfgang Loesch. – Potsdam: EANU SPECIAL, 2017. –21 s.
5. Loesch W. Imaginative Psychotherapie und Patientenkompetenz / Wolfgang Loesch // In: Berger, Bettina: Raum für Eigensinn. Essen, 2011, S. 08-13.

## **PORODIČNA TERAPIJA FOKUSIRANA NA TUGOVANJE U RADU SA PORODICOM KOJA SE SUOČAVA SA GUBITKOM DETETA**

**Profesor dr. Tamara Klikovac**

*Sistemski porodični psihoterapeut, profesor Univerziteta u Beogradu, Filozofski fakultet,  
Odeljenje za psihologiju, Beograd, Srbija. E-mail: tklikova@f.bg.ac.rs*

**Cilj izveštaja:** prikaz FFGT u radu sa porodicom koja se suočava sa gubitkom najmlađeg člana porodice, kao i prikaz multidisciplinarnog rada u sveobuhvatnom palijativnom zbrinjavanju.

**Uvod.** Predmet ovog rada je prikaz kratke porodične terapije fokusirane na tugovanje (FFGT - Family focused grief therapy) koja se koristi u radu sa porodicama koje se suočavaju sa izvesnim gubitkom člana porodice. FFGT je kratak, fokusiran i vremenski ograničen psihoterapijski model intervenisanja koji se realizuje kroz 7 do 9 seansi koje traju 90 min. i to u periodu od 9 do 18 meseci i u zavisnosti od procene potreba svake porodice posebno. Tvorac ovog modela rada je dr David Kissane, psihijatar, porodični psihoterapeut koji je decenije svog rada proveo na čuvenoj klinici Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) u New Yorku, gde je krajem 50-ih godina prošlog veka počela i da se razvija psiho-onkologija kao posebna naučna disciplina.

Važno je naglasiti da učestalost i broj seansi u svakoj fazi zavisi od specifičnih karakteristika i potreba svake porodice posebno. Cilj FFGT je prevencija komplikovanog tugovanja uz ciljan uticaj na unapređenje porodičnog funkcionisanja kroz povećanje kohezije među članovima, unapređenje komunikacije i razmene misli i osećanja, kao i uticaj na konstruktivno rešavanje konflikata. Za FFGT je karakteristično da se na početku, tokom procesa terapije i na kraju rade evaluacije posebnoodabranim instrumentima koji procenjuju porodično funkcionisanje, porodičnu dinamiku, porodične odnose, koheziju i komunikaciju.

Filozofija palijativnog zbrinjavanja je da kompleksna patnja uzrokovana neizlečivom bolešću i smrtnim ishodom ne može da se izbegne, ali može da se ublaži adekvatnim sveobuhvatnim pristupom, negom, dobrom, kvalitetnom komunikacijom, koja se bazira na posebnoj senzitivnosti za potrebe umiruće dece i njihovih porodica, kako tokom aktivnog pokušaja lečenja tako i u periodu tugovanja članova porodice nakon gubitka.



**Klinička slika pre početka terapije.** Porodicu čine otac (48 god.) privatnik, sklon alkoholu, sa poslovnim problemima, majka (46 god.) pravnik, suicidalna, depresivna, nada se čudu povodom izlečenja mlađeg sina i stariji sin (22 god.) nezaposlen zavisnik od kockanja/interneta/marihuane, neuspešan na fakultetu, ima loš odnos sa ocem, dugotrajna kriza identiteta. Najmlađi član porodice dečak (14 god.) u završnoj fazi maligne bolesti kostiju. Dečak je do trenutka smrti bio na onkološkom lečenju. Dečak je preminuo sam u bolnici, na odeljenju intenzivne nege.

Psihosocijalnom timu Belhospis centra (psihologu-psihoterapeutu, socijalnom radniku, duhovnom savetniku) prvo su se obratili rođeni brat majke i ujak preminulog dečaka i kum porodice. Prvi razgovor obavljen je sa njima dok je jos najmlađi član bio živ i nalazio se na odeljenju dečije hemato-onkologije. Razlog obraćanja ujaka obolelog dečaka i kuma porodice bila je njihova „panika“ da majka obolelog dečaka „neće moći da preživi njegovu smrt, da će uraditi nešto sebi“ i da „će se porodica raspasti, jer je otac dečaka pravio mnogo gluposti pre bolesti najmlađeg sina“. Njihova dilema je bila da li da pokušaju lečenje u inostranstvu „jer se majka još uvek nada, i veruje da će sin uspeti da ozdravi“.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Ciljevi rada sa porodicom bili su višestruki i bili su usmereni na pružanje psiho-socijalne i duhovne podrške, kako u periodu anticipacije gubitka, tako i nakon smrti najmlađeg člana. Intervencije iz oblasti porodične terapije i FFGT su se odnosile na uspostavljanje bolje komunikacije, odnosa, veće kohezije i funkcionalnijeg rešavanja konflikata članova.

**Rezultati.** Nakon psihoterapijskog rada i pružanja psihosocijalne i duhovne podrške ostvaren je značajan individualni napredak svakog pojedinačnog člana porodice, kao i u zajedničkom funkcionisanju, unapređenju odnosa i međusobne komunikacije i smanjenju postojećih konflikata. Self-diferencijacija svakog člana porodice, doprinela je boljem podnošenju i razumevanju tugovanja, i rešavanju prethodnih individualnih psiholoških i porodičnih problema. Najstariji sin uspostavlja novi stil života. Donosi odluku da upiše novi fakultet (studije književnosti), počinje ozbiljne pripreme svakodnevno odlazi u biblioteku da uči. Uz to, uči strani jezik, svakodnevno vežba i trenira, pokazuje sklonost ka zdravijoj ishrani i svodi na minimum nezdrave navike poput provođenja previše vremena na društvenim mrežama. Majka polako počinje da pronalazi novi smisao života i prihvata starijeg sina i njegove potrebe. Otac je uspostavio kontrolu nad svojim potrebama za alkoholom (uopšte prestaje da pije) i poboljšava odnos sa suprugom i komunikaciju sa starijim sinom.

**Ključne reči:** palijativno zbrinjavanje, deca, mladi, kompleksna patnja, sveobuhvatna multidisciplinarna pomoć, psiho-socijalna podrška, porodična terapija fokusirana na tugovanje.

## Literatura

1. Klikovac T. Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Psihološka istraživanja, 2017, 20(2):319-341.
2. Kissane, D., Bloch, S. Family Focused Grief Therapy – a model of family-centred care during palliative care and bereavement. Buckingham: Open University Press, 2002.

## EREKILNA DISFUNKCIJA U LJUBAVNOM TROUGLU

**Dr sci.med. Artem Krupnov**

*Seksolog, psihoterapeut, Centar za mentalno zdravlje LLC, Rjazanj, Rusija.*

*E-mail: artkrupnov@ia.ru*

**Svrha izveštaja:** da prikaže potrebu za sveobuhvatnim integrativnim seksološkim pristupom u radu sa klijentima koji se žale na poteškoće u seksualnoj sferi.

**Klinička slika pre početka terapije.** 46-godišnji klijent se žalio na "erektilnu disfunkciju" i zahtevao lekove. U razgovoru se ispostavilo da je klijent iskazao osećaj krivice prema svojoj ženi i osećaj ljutnje na ljubavnicu. Detaljna zbirka seksološke istorije dala je predstavu o psihoseksualnom razvoju klijenta, seksualnim mogućnostima i sklonostima, kao i značaju kompletne porodice za klijenta (uzimajući u obzir lično iskustvo iz detinjstva).

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Na prvom psihoterapijskom sastanku u racionalno-kognitivnim tehnikama pažnja klijenta je preusmerena na prepoznavanje činjenice „iscrpljenostipolnih resursa tela“ i odsustva indikacija za uzimanje bilo kakvih stimulativnih lekova. Preporučuje se pridržavanje uobičajenog restorativnog ritma seksualne aktivnosti. Racionalizovano je prisustvo same vanbračne polne veze i nastalo osećanje krivice, akcenat je stavljen na činjenicu da je klijent i pored prisustva ljubavnice uložio mnogo napora da zaštiti svoju porodicu od ovih informacija i na kraju spasi porodicu. Takođe je imao sesiju desenzibilizacije i obrade pokreta očiju (EMDR) na negativnom uznemirujućem sećanju da ga je njegova ljubavnica naterala da izabere između nje i svoje žene.

Na drugom sastanku, klijent je rekao da je raskinuo sa svojom ljubavnicom. Pokušao je da ima seksualni odnos sa suprugom, ali kvalitet erekcije nije bio dovoljan za penetraciju. Ispostavilo se da klijent opsesivno upoređuje svoju ljubavnicu i ženu u svojoj glavi. Da bi prekinuo opsesivne misli, klijent je obučen da koristi NLP tehniku zaustavljanja misli, kao i tehniku integracije sidra. Na trećoj i četvrtoj konsultaciji, zajedno sa suprugom, u racionalno-kognitivnim tehnikama, razmatrane su karakteristike bračne i seksualne kompatibilnosti, seksualni scenariji. Ispostavilo se da i pored proživljenih godina, među supružnicima postoje nesuglasice oko toga ko treba da preuzme inicijativu u seksu, a u paru nedostaje i romantična komunikacija. Razmatraju se tehnike beskonfliktne komunikacije kako bi se olakšala komunikacija unutar porodice. Sprovedena strategija „imaginarnе seksualne zabrane“ za supružnika u pozadini seksualnih provokacija supruge.

Na petom sastanku odvojeno sa klijentom, rekao je da je tokom nedelje imao uspešan seksualni odnos sa suprugom na njenu inicijativu, ali da se sam plašio da preuzme inicijativu, jer se sećao neuspeha u prošlosti i bio je u strahu od njegovog ponavljanja u budućnosti. Negativna prošla iskustva i uznemirujući strahovi u vezi sa budućnošću obrađeni su EMDR tehnikom. Na 6, 7 i 8 sastancima odvojeno sa suprugom u racionalno-kognitivnom pristupu, raspravljalo se o njenim ograničavajućim uverenjima u vezi sa stimulacijom klitorisa od strane njenog supruga. U EMDR tehnici razrađena su negativna sećanja povezana sa sećanjem na oca koji ju je pronašao kakomasturbira u svojoj sobi. Indirektnim sugestivnim metodama formiran je stav o poželjnosti zajedničkih međusobnih oralnih i manualnih milovanja.

**Rezultati.** Dva meseca nakon završetka kratkotrajne psihoterapije, klijent je prijavio da je zadovoljan seksualnim životom sa suprugom i da mu je žena postala mnogo slobodnija u seksu, dok ga misli o vezi sa ljubavnicom nisu mučile.

**Zaključci.** Iza površne žalbe na "erektilnu disfunkciju" krije se čitav sistem složenih porodičnih i međuljudskih odnosa. Za efikasnu kratkotrajnu terapiju potrebno je koristiti sveobuhvatan integrativni seksološki pristup koji uzima u obzir i individualne karakteristike klijenta i njegovog partnera (psihoseksualni razvoj, karakteristike ličnosti, prisustvo traumatskog iskustva iz prošlosti, ideje o scenariju seksualnog odnosa, preferencije), karakteristike trenutne komunikacije partnera, kao karakteristike postojećeg porodičnog sistema.

**Ključne reči:** erektilna disfunkcija, ljubavni trougao, kratka psihoterapija, porodična terapija, EMDR.

## KRATKOTRAJNA PSIHOLOŠKA POMOĆ KOD NAPADA PANIKE

**Dr Natalija Manukhina**

*Sistemski porodični psihoterapeut, supervizor, Moskva, Rusija*

**Svrha izveštaja:** da otkrije način brze pomoći kod napada panike u dve verzije:

- 1) samopomoć,
- 2) specijalistička pomoć.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Početni naglasak je na dijagnostici da li je patnja koja je prijavljena kao problem pravi napad panike, ili je to drugačije iskustvo, stanje. Za ovo se razmatra alarmantna serija (prema Berezinu F.B.).

Dalje, govornik je, uz ilustracije konkretnih slučajeva klijenata iz sopstvene prakse, predstavio svoju autorsku metodologiju od 4 faze:

- 1) dijagnostika i uspostavljanje kontakta;
- 2) prebacivanje pažnje sa problema na njegovo zaustavljanje;
- 3) ovladavanje upravljanjem svojom državom;
- 4) život bez napada panike.

**Zaključci.** Demonstrirani metod pomaže ljudima da izbegnu muke prisustva sve većih napada panike, u život sa svesnom kontrolom svog emocionalnog i mentalnog stanja, kao i da je se oslobode.

**Ključne reči:** napad panike, serija anksioznosti, samopomoć za paniku, tehnika u četiri koraka, upravljanje emocijama, život bez napada panike.

### **Literatura:**

1. Манухина Н.М. Краткосрочная психологическая помощь. Универсальная модель. - Класс, 2019.
2. Манухина Н.М. Инструменты краткосрочной практики. - М.: Класс, 2014, 2021.
3. Манухина Н.М. Скорая помощь семьям. - М., Класс, 2019.

## PSIHOGENEZA ŽENSKE PSIHOGENE NEPLODNOSTI: PSIHOANALITIČKI POGLED

**Dr Ekaterina Mordas**

*Vanredni profesor Katedre za osnove kliničke psihoanalize, Moskovski institut za psihoanalizu,  
Moskva, Rusija. E-mail: morkati@iandek.ru*

**Svrha izveštaja:** otkriti prirodu ženske psihogene neplodnosti i pokazati mogućnosti psihoanalize u njenom lečenju.

**Uvod.** Problemi psihološke prirode ženske psihogene neplodnosti razmatrani su u radovima D. Pines, T. Benedek, M. Bidlovski, M. Langer.

Iz istorije psihičkog razvoja žene mogu se izdvojiti faze razvoja koje opisuje H. Deutsch, a to su: rani razvoj, Edipov kompleks, pubertet i menstruacija, defloracija, trudnoća i porođaj, laktacija, menopauza. S tim u vezi, analiza niza psihoanalitičkih radova omogućava nam da zaključimo da se trudnoća posmatra kao faza psihoseksualnog razvoja (Z. Frojd, H. Dojč), kao faza ličnog razvoja (E.S. Mordas, R.R. Kharisova). Poseban pristup temi trudnoće predstavljen je u radu J. Kestenberga.

U svom mentalnom razvoju žena, da bi ostvarila svoju sposobnost materinstva, integriše tri neophodna elementa: zadovoljavajuću emocionalnu vezu sa primarnim materinskim objektom (prededipalni stadijum razvoja); želja za falusom - incestuozna želja za detetom od oca (falični stadijum razvoja); zreo libidinalni stav prema svom seksualnom partneru u sadašnjosti (genitalna odrasla faza psihoseksualnog razvoja).

Nemogućnost rađanja dece od strane žene može biti povezana sa nemogućnošću da uđe u novu fazu njenog ženskog razvoja zbog određenih unutrašnjih psiholoških poteškoća. Treba napomenuti da se ovo pitanje i dalje istražuje i nikako ne tvrdim da sam iscrpela izjave u ovom radu.

### **O psihogenoj ženskoj neplodnosti**

**Neurotična inverzija:** aktivna falična majka i pasivno odsutni otac. U životu žena koje pate od psihogene neplodnosti, postoji slab ili odsutan otac (fenomen „mrtvog oca“), falična figura majke. Istovremeno, muška seksualnost se pripisuje majci. U takvoj istoriji razvoja žene možemo uočiti negiranje ženstvenosti i materinstva (prihvatanje svoje ženstvenosti vezuje se za srž rodnog identiteta, rodnog identiteta, slike o telu, kontakta sa unutrašnjim detetom i identifikacije sa figurom majke, prisustvo pristupačnog nežnog oca).

Prema rezultatima jedne od naših uporednih studija rodnog identiteta žena sa i bez psihogenog infertiliteta, utvrđeno je da među ženama sa psihogenom neplodnošću preovladava maskulinitet; u svom ponašanju žene češće pokazuju asertivnost, dominaciju, sklonost ka rizikovanju, spontanost i agresivnost (metod ACL-skale A.V. Heilbrunn-a). Izražene su takve osobine karaktera kao što su muškost, nezavisnost, želja za emancipacijom, za samostalnošću u odlučivanju (MMPI 5. skala).

Analiza pojedinačnih kliničkih slučajeva na sličan način potvrđuje da se polno-ulogni identitet žena sa psihogenom neplodnošću formira prema muškom tipu kao rezultat identifikacije sa ocem, a one jednostavno imitiraju svoju majku. Dakle, takva žena je pseudo-odrasla i ima infantilno-izopačenu seksualnost. Psihički se takva žena oseća kao muško dete, o čemu je većina žena govorila. Često se u porodici takvih žena očekivao dečak, a rodila se devojčica. U drugim slučajevima, otac se odnosio prema polu devojčice sa prezirom, pokazivao je agresiju prema njoj, a majka nije pružala zaštitu. „Nemoj biti kao tvoja majka“, govorio je otac devojčici. U porodici je došlo do međupolnog sukoba.

Oralne frustracije ili teške traume u prvim ranim objektnim odnosima. Analiza kliničkih slučajeva pokazala je da su majke takvih žena u prvoj godini života njihovih ćerki patile od postporođajne depresije (fenomen „mrtve majke“). Tako su devojčice bile lišene neophodne nege i sadržavanja.

U jednom slučaju, tokom dužeg vremenskog perioda, mlada žena sa psihogenom neplodnošću postavila je pitanje: „Gde sve ovo stavljate?“ - pitajući se na ovaj način kako mogu da ubacim u sebe sav materijal koji je donosila na seanse. Može se pretpostaviti da je bila u potrazi za „kontejnerom“, unutrašnjim ženskim prostorom i sposobnošću da reciklira sadržaj. Vredi napomenuti da se terapija ove žene završila uspešnom trudnoćom i rođenjem deteta. U ovom slučaju, početak trudnoće smatram prekidom psihoterapije.

Majka nije pomagala u slučajevima, na primer, povezanim sa destruktivnim fantazijama i željama devojčice. Njihovo telo nije libidinalno ispunjeno, doživljaj tela ima destruktivni kontekst (poremećeno je formiranje slike tela i primarne ženstvenosti).

Tragični događaji povezani sa majčinstvom. Tragični događaji uključuju novu trudnoću majke, smrt majke nakon porođaja, smrt rođene braće i sestara. Takođe je moguće primetiti i transgeneracijski prenos traume povezan sa majčinstvom, odnosno smrt jedne od žena u porodici tokom porođaja (strah od smrti pre porođaja je zabeležen kod većine žena, ali identifikacija sa majkom koja je rodila inije umrla omogućava ženi da se nosi sa ovim strahom, što znači da će moći da se rodi i da ostane

živa) - tada se broj dece sa svakom generacijom može smanjiti i na kraju dovesti do psihogene neplodnosti.

Odvojeno, primećujemo fenomen zamenskog deteta, kada se devojčica rodi nakon smrti bliske osobe majke - njene majke. Odnosno, novorođena devojčica kao zamenska figura za umrlu figuru majke - njene majke. Mlada žena kao da ima dete-kćerku - svoju majku.

Trauma u istoriji života manifestuje se u narušavanju uspostavljenih međuljudskih odnosa sa drugima i vezanosti usled čestih selidbi porodice i promene mesta stanovanja; stalni osećaj gubitka, jer i otac i majka ostaju emocionalno nedostupni devojčici; alkoholizam i kasnija smrt oca; izdaja roditelja jednih prema drugima; ispoljavanje fizičkog nasilja u porodici, razvod roditelja, roditeljstvo, fenomen „mrtve majke“, „mrtvog oca“, transgeneracijski prenosi konflikata „kripte i duhovi“, neprerađene traume i neproživljena tuga.

Transgeneracijski prenos sukoba se ponavlja u nekoliko porodica. Braći i sestrama takođe može faliti plodnosti u jednoj liniji potomaka. Međugeneracijski prenos priča se prepričava na način kao da neka magijska sila utiče na takvu sudbinu potomaka i žena u porodici. Traumatično iskustvo prethodnih generacija žena, gde su ove druge mentalno sterilne, predstavlja prisustvo značajnog broja objekata u vidu nesagorelih gubitaka, iskustvo odbačenosti (tj. ispunjen je unutrašnji prostor ovih žena sa rano izgubljenim predmetima), izdaju, smrt i nasilne veze. Transgeneracijskim prenošenjem ovo iskustvo se prenosi sa majke na kćerku u vidu nesvesnih majčinskih konflikata, a kada dođe do iskustva snažne frustracije, emocionalnog zlostavljanja i odbacivanja, žena agresivno napada svoje potomstvo, pa tako s generacije na generaciju formira se "kompleks Medeje", koji u poslednjoj generaciji pojačava čedomorne impulse i na kraju izaziva neplodnost. U ovom slučaju, nerođeno dete je obdareno takvim zastrašujućim projekcijama da susret sa njim postaje nemoguć i ono biva odbačeno na svaki mogući način (slučaj M. je predstavljen u nastavku).

Narušavanje identifikacije sa figurom majke: u njenoj stvaralačkoj funkciji (majčinstvo = stvaralačka sposobnost). Nemogućnost odvajanja od majke.

Pozivajući se na ideje M. Langer, kreativna funkcija majke, toliko važna za emocionalni razvoj deteta, od koje dete najviše zavisi, može biti najpodložnija napadima zavisti (zavisti ne samo dojke kao predmet zadovoljavanja potreba, izvor mleka za preživljavanje, ali zavist na kvalitet majke/dojke koja je u stanju da percipira kako se beba oseća). M. Langer primećuje da se primarna kreativnost žene povezuje (manifestuje) u takvim životnim događajima kao što su menstruacija, začće, plodnost

i dojenje. S tim u vezi, psihološka neplodnost žene je nemogućnost stvaranja deteta u unutrašnjem mentalnom prostoru (zavist prema stvaralačkoj moći majke); kao ono što izaziva opsesivne i nasilne simptome koji nastaju kao horda primitivnih (divljih) misli koje sprečavaju oplodnju.

Narušavanje identifikacije sa figurom majke moguće je, najpre, zbog identifikacije sa figurom oca i razvoja prema muškom tipu (odstupanje od normalnog funkcionisanja erotske funkcije žene prema M. Bonaparti). Drugo, zbog nesvesne zavisti i mržnje prema majci koja im ne dozvoljava da se identifikuju i postanu „kao majka, ali opet drugačija od majke“ (rađajući dete), što je povezano sa procesom odvajanja od majke. Odnosno, žene sa psihogenom neplodnošću nastavljaju da ostaju u simbiozi sa majčinom figurom, često zbog straha od gubitka majke, jer svako razdvajanje prati osećaj gubitka i nemogućnost da se taj gubitak doživi.

Prema rezultatima našeg istraživanja, ženu sa psihogenom neplodnošću karakteriše izražena poremećena vrsta vezanosti (u nekim slučajevima ovo je izbegavajući, simbiotski, ambivalentni tip vezivanja). Kod ovih žena, odnosi sa sopstvenom materijom se generalno doživljavaju kao simbiotski i idealizovani. S jedne strane mrze i zavide svojoj majci, s druge strane ne mogu da se odvoje od majke. U ovom slučaju možemo uočiti nesvesniambivalentan odnos prema trudnoći i majčinstvu, konfuzan nezreo identitet, patološke fiksacije na rani infantilni period, patološku simbiozu.

**Vinjeta:** „Sada jako jako vičem na majku. Vređam. Suzdržavam se. U mojim fantazijama moja majka se oseća loše, umire. Sanjala sam - tukla sam majku. Provocirala me je, udarila sam je i ona je nestala.“

**Komentari:** žena nesvesno ubija svoju majku, želi joj smrt. Na svesnom nivou brine za majku (strah od gubitka majke); plašeći se da joj se nešto ne dogodi. Prati život majke.

Strah koji proizilazi iz destruktivnih impulsa usmerenih protiv majke: doživljava se nesvesna mržnja prema majci i ta mržnja se projektuje na majku (često žene primećuju da je majka loša, da im je nanela mnogo zla, da nije posvetila dovoljno pažnje i, u uopšte, život nije fer, što je bilo tako negativno iskustvo u vezi sa figurom majke - uporedo sa takvim fantazijama, maštanjima o zvuku „dobre majke“, odnosno jedenju idealne velikodušne majke), postoji ambivalentnost.

**Vinjeta:** „Mama me uključuje u skandale, navija. Ona izaziva moju agresiju. Postajem čudovište. ... Ona krši granice ... Ona ne smatra potrebnim da me pita da li je moguće ili ne dirati moje stvari. Ona me ne vidi kao osobu. To je ono što me nervira kod nje. Ona uvek kaže da sam nezahvalna, da sada ne razumem, ali kada ona umre ... - Takvo nepoštovanje moje ličnosti u našem odnosu.....“



*S jedne strane šteti mi, uništava me; s druge strane, ona je ta koja za mene čini neverovatne stvari i pomaže mi u teškim situacijama.”*

*Žena sa majkom ima "rat". „...Osećam se superiorno u odnosu na nju. Samo ću je izbaciti. Ali mi je žao. Ona ima samo mene. Ona ne može da preživi bez mene.”*

*Destruktivnost i ženska neplodnost.* Žene sa psihogenom neplodnošću doživljavaju arhaične zabrinjavajuće predstave o sopstvenoj destruktivnosti - uključujući potencijalni impuls da ubiju svoje potomstvo. Ženska agresija ima svoje specifičnosti da bude usmerena na telo same žene i na dete. U stvarnim slučajevima, ova želja se izražava ili u fantazijama ili u stvarnim akcijama - abortusima, pobačajima i izostavljenim trudnoćama. U ovom slučaju, žena svoje destruktivne nagone usmerava na fetus (imaginarno dete) kao loš, neintegrisani deo sebe. U takvoj agresivnoj unutrašnjoj stvarnosti teško je roditi novi život. Postoji metafora „devastirane zemlje“ ili, u drugom slučaju, „mrtve hladne zemlje“ („permafrost“), semena bačenog u koje ne može ni na koji način da proklija.

Štaviše, trudnoća se u ovom slučaju može doživeti kao čin nasilja.

U jednom psihoterapijskom slučaju postojao je uporan strah od trudnoće – dete se doživljavalo kao smrtonosno (smrt fetusa).

**Vinjeta:** (iz sećanja na trudnoću) *„Mislila sam da ću da eksplodiram. Živelo je tamo neko stvorenje, selilo se, išlo sa mnom u toalet. Plašio sam se da će tamo umreti.” Došlo je do pobačaja. Zatim zamrznuta trudnoća i još jedan pobačaj, pa abortus.*

Ovako žena opisuje svoja iskustva u vezi sa trudnoćom: *„Užas. Nešto je u stomaku, onda ovaj stomak raste. Onda neću moći da abortim, nema povratka. Idem u ovaj užas, pakao, gde nema povratka. Ne spavam, nego slušam da li je umrlo ili nije. Ono umire - ja umirem.*

Žensko telo se doživljava kao kontradiktoran i suštinski defektan objekat, povezan sa nečim arhaično negativnim u telesnom planu, što se ogleda u slici deteta takvih žena – one mogu maštati da će imati nenormalno dete. A žene mogu da izaberu, na primer, proceduru vantelesne oplodnje i proveru embriona na prisustvo ili odsustvo anomalija u njihovom razvoju.

Funkcije ženskog tela se doživljavaju kao nesposobne da dožive zadovoljstvo, poseduju strašnu i razornu moć. Ženske genitalije se doživljavaju kao instrumenti „masakra“ ne samo nad samimženama, već i nad seksualnim partnerom, kao i nad potencijalno mogućim potomstvom (Leuzinger-

Bohleber M., 2001). Poremećeno iskustvo ranih objektnih odnosa otkriva se u seksualnim ljubavnim odnosima odraslih.

Štaviše, takve žene podsvesno veruju da njihovo telo ne pripada njima samima, već njihovim majkama. I s tim u vezi, važno je dobiti "dozvolu" od majke da one postanu majka.

Povrh toga, činjenica da sebe definišu kao žene (u smislu seksualnosti i materinstva) za njih znači samo beskrajnu potčinjavanje svom seksualnom partneru i ocu buduće dece. To se manifestuje u neplodnosti, mržnji prema čoveku i zavisti na penis, kao i u paničnoj anksioznosti zbog mogućnosti da bude napuštena i izdata (Leuzinger-Bohleber M., 2001).

**Klinička slika pre početka terapije.** Slučaj M. (33 godine): traži pomoć da se nosi sa iskustvima vezanim za majčinstvo. Veoma se plaši trudnoće, mnogi strahovi povezani sa trudnoćom (strah od smrti, pre svega). Strah da će se roditi defektno dete (dakle, planira da uradi IVF i proveri patologiju). Jaka anksioznost zbog majke (da će se nešto dogoditi majci (umreti)); majčina opsesija i kontrola. U istoriji života, značajan broj abortusa, pobačaja. Destruktivan, agresivan (sodomazohistički), simbiotski odnos sa majkom. Potencijalno dete se doživljava kao objekat progona koji dete umrtvljuje (dete=smrt). „Nevoljena ćerka“, kako sama sebe naziva.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Prema rezultatima našeg istraživanja (klinički slučajevi), žene koje pate od psihogene neplodnosti karakteriše granična i/ili narcisoidna struktura ličnosti. S tim u vezi, u terapiji se pokazuje značajnim obraditi cepanje identiteta, osećanja mržnje, straha od progona, gubitka. M. karakteriše sukob ambivalencije, straha od progona, uništenja iseparacije („Bojim se da ne izgubim majku. Kako ću ostati bez majke” ili obrnuto (na drugom sastanku) „Kako će moja majka ostati bez mene. Ona ima samo mene. Osećam je čak i na daljinu”).

M. karakteriše spoljašnji sukob između komponenti Id-Ego i predmetnog sveta (izaziva strah od sveta objekata), na primer, strah (fobije) od hrane, strah od letenja avionima; preferira udaljene veze, izbegava bliske odnose sa drugim ljudima. Spoljni svet se doživljava kao neprijateljski.

Unutrašnji sukobi ambivalentnosti: u odnosu na majčinu figuru i u odnosu na figuru supružnika, u odnosu na njihovu nerođenu decu – da daju život ili oduzmu život, da zatrudne ili da ne zatrudne.

Internalizovani konflikt: Ego – Ne želim decu. Super-Ego i Id - morate roditi i ubiti = krivica za agresiju i uništenje / krivica za agresiju prema majci. Njeni abortusi i postupak vantelesne oplodnje = samokažnjavanje (za želju za smrću) + reprodukcija traume nasilja (unošenje u telo, kršenje granica).

Samonasilje. M. kao da je sama sebi dželat. Ciljni organ su ženski reproduktivni organi (uterus). Abortusom M. napada matericu kao materinski princip. Ona ne može dozvoliti (Super-Ego) da uništi njenu majku u stvarnosti (ali to radi u snovima - napada majku), abortusi dozvoljavaju da se to uradi simbolično na nivou tela.

**Rezultati.** Aktuelna je, u ovom trenutku, nesposobnost M. da se izbori sa privlačnošću smrti. Na njenom telu se vraća privlačnost smrti M., koja se izražava u vidu abortusa, pobačaja, čedomorstva dece (nerođene).

**Zaključci.** Infantilna vezanost, ranije iskustvo depresije, rana traumatizacija. Narcistička struktura ličnosti sa mazohističkim i paranoidnim osobinama. Štaviše, klinički slučajevi su pokazali da ženska neplodnost deluje kao odbrana od regresije (straha od suočavanja sa unutrašnjim konfliktima). Nespremnost da se prenese „mandat života“ (S. Lebovisi) (nespremnost da se obnovi rana značajna figura; prema M. Klajnu, biti majka znači obnavljanje primarnog objekta, odnosno majke).

U zaključku napominjemo da narcisoidna struktura ličnosti, neprerađeni gubici, nesigurnost u svoj seksualni identitet, edipalni sukob, usled čega dete predstavlja ispunjenje incestuozne želje, i drugi mogući konflikti u mentalnom prostoru čoveka. Žena, može postati prepreka začecu i rađanju deteta, uprkos želji za trudnoćom na svesnom nivou. Da bi se izašlo na kraj sa intenzivnom unutrašnjom anksioznošću (uglavnom paranoidnom i (ili) odvojenošću), stvara se nesvesni kompromis psihe i tela, što dovodi do psihogene neplodnosti.

**Neke mogućnosti psihoanalitičkog rada:** integracija identiteta, prihvatanje ženstvenosti, rad sa narcističkim i paranoidnim transferom, rad kroz agresiju, diferencijacija Ja i objektnih reprezentacija i odvajanje, rad kroz iskustvo gubitka i nesvesnih sukoba, uključujući i one povezane sa majčinstvom.

**Ključne reči:** psihogena neplodnost, inverzija, trauma, nesvesni konflikt, destrukcija, gubitak.

#### **Literatura:**

1. Дойч Х. Психоанализ женских сексуальных функций. Ижевск: ERGO, 2013.
2. Мордас Е.С. Психоанализ женского: монография / Е.С. Мордас.-Прага: Vedecko vydavatel'ske centrum "Sociosfera-CZ", 2018.
3. Мордас Е.С., Харисова Р.Р. Беременность как стадия личностного развития женщины // Консультативная психология и психотерапия, 2018. Т. 26. № 2. С. 135—150.

4. Langer M. Sterility and Envy // Int. J. Psycho-Anal. 1958. Vol. 39. P. 139–143.
5. Leuzinger-Bohleber M. The ‘Medea fantasy’: An unconscious determinant of psychogenic sterility. // The International Journal of Psychoanalysis. - 2001. Vol. 82:2. - P. 323-345.

## **PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA ADOPIISNOG DERMATITISA KOD DECE I ADOLESCENATA**

**Tatjana Tiškova**

*Psihoanalitički terapeut, analitičar obuke i supervizor Evropskog udruženja za razvoj psihoanalize i psihoterapije (EAPP), klinički psiholog, potpredsednik Ruskog balintovog društva, Centar za praksu i nadzor Moskovskog instituta za psihoanalizu. Moskva, Rusija. E-mail: tatiana.tishkova@gmail.com*

**Svrha izveštaja:** demonstrirati uticaj komunikacije između dece i roditelja tokom lečenja dece i adolescenata sa atopijskim dermatitisom.

**Klinička slika pre početka terapije.** Atopijski dermatitis, osip, svrab, kolike, anksioznost, poremećena komunikacija u porodici i društvu. Skoro sve manipulacije deteta imaju za cilj privlačenje pažnje majke, kontrolu do potpunog savladavanja, što se manifestuje u obliku simptoma. Kožne bolesti su usko povezane sa narcističkim neuspesima i strukturnom insuficijencijom ega i nastaju kao odgovor na konfliktne signale majke. Reakcija deteta je poziv majci da ga češće dodiruje. Simptom svraba, koji se u dermatologiji poistovećuje sa anksioznošću sa psihološke tačke gledišta, i sa bolom sa organske tačke gledišta, javlja se u atmosferi stalne pretnje i stalne spremnosti na doživljavanje anksioznosti i predstavlja somatsko pražnjenje ovih stanja.

Češće je noćni simptom i pogoršava se pred spavanje.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Psihoterapija deteta, individualna i grupna, rad sa roditeljima na individualnim i grupnim webinar konsultacijama. Cilj je naučiti decu i adolescente da razumeju svoje emocije, naučiti ih kako da upravljaju njima, naučiti ih nenasilnu komunikaciju sa vršnjacima i odraslima. Deca otkrivaju nove mogućnosti komunikacije – verbalnu, bez psihosomatskog odgovora, nove izlaze, sposobnost saradnje, promene. Koža radi kao prevodilac primitivnih simbola razmišljanja, govora, delovanja i neophodno je pomoći pacijentu, koji koristi

kožu da misli, oseća i deluje, da nauči da verbalizuje svoja osećanja i stanja. Ovo će pomoći da se zaustavi regresija ega i preverbalna ekspresija koja je svojstvena dermatološkim reakcijama.

**Rezultati.** Simptomi atopijskog dermatitisa su značajno smanjeni do potpunog izlečenja, promene kvaliteta života (bez svraba, osipa), promene u komunikaciji deteta i roditelja i psihičke klime u porodici.

**Zaključci.** Psihosomatske bolesti, posebno atopijski dermatitis, moguće je izlečiti psihoterapijskim metodama.

**Ključne reči:** atopijski dermatitis, psihoanalitička psihoterapija dece i adolescenata.

## ŠAMANSKE TEHNIKE ZA PREVENCIJU SAMOUBISTVA

**Dr Valerij Topojev**

*Psiholog, psihoterapeut, Moskva, Rusija. E-mail: topval@mail.ru*

**Svrha izveštaja:** da pokaže mogućnost šamanističkih metoda lečenja samoubilačkog stanja.

**Klinička slika pre početka terapije.** Klijent se žalio na ozbiljno smanjenje pozitivnog raspoloženja, depresiju, ravnodušnost prema svemu, hronični umor, nedostatak smisla života, emocionalni bol koji nije mogao da podnese. U toku razgovora ispostavilo se da često razmišlja o okončanju života i metodama samoubistva.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Tehnika prevencije samoubistva koju koriste šamani zasniva se na konceptu duhova (slika) koji nastaju kao rezultat odbacivanja života, mržnje prema sebi. Slike formiraju stabilno stanje samoubilačke svesti pojedinca, koje karakterišu navedeni simptomi. Sa pozicije šamana, nosioci psihoemocionalnih procesa, stanja, reakcija su određeni duhovi (u psihološkom smislu – emocionalne slike). Jedna od meta terapijske intervencije je podličnost koja odbacuje život, duh samoubistva.

**Korišćeni su principi** šamanskih metoda uticaja na klijenta kroz rad sa slikama, koji su u skladu sa metodama emocionalno-slikovne terapije.

Od klijenta je zatraženo da zamisli podličnost samoubistva. U svojim zamislima klijentovo lice je ličilo na lice naborano od starosti-pognuto, spuštenih ramena. Na pitanje šta ova slika želi, odgovor je

bio: „Gubi se iz života!“. Klijent je vizuelizovao put koji ovu sliku izvlači iz života, a od njega je zatraženo da se kreće njime dok ne nestane preko horizonta. Zatim je nastavljen rad sa slikama koje ometaju pun život. Bilo ih je nekoliko.

Ostatak sesije je bio posvećen diskusiji o negativnim posledicama samoubilačkih namera i formiranju vitalnih motiva.

**Rezultati.** Kao rezultat prve sesije, klijent je osetio nalet snage, slobodno disanje, nedostatak težine, turobni bol u predelu srca, optimizam. U narednim seansama formirani su životno-afirmativni motivi i promenjen je odnos prema postojećim društvenim uslovima kroz rad sa slikama koje odražavaju ovaj stav.

**Zaključci.** Praksa pokazuje da su šamanske metode terapije prilično efikasne i mogu se koristiti u terapijskoj praksi u korekciji samoubilačke svesti.

**Ključne reči:** šamanska terapija, emocionalno-figurativna sfera, samoubilačka svest ličnosti.

#### **Literatura:**

1. Топоев В.С., Чароква М.Н. Традиционные методы профилактики суицида в хакасском обществе. // В сб.: Материалы международного научно-практического интердисциплинарного симпозиума “Экология и традиционные религиозно-мистические знания”. М., 2001.
2. Топоев В.С. Об этнической картине мира, суициде и роли шаманов в его предупреждении. // В сб.: Материалы международного интердисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”». М., 2004, серия 10.1.
3. Харитоновна В.И., Топоев В.С. Шаманское целительство: к проблеме интерпретаций. // Полевые исследования института этнологии и антропологии 2005. Москва: Наука, 2007.

## RAD SA AGRESIJOM U LEČENJU DEPRESIVNIH I ANKSIOZNO-DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

**Jurij Tor**

*Psihoterapeut, psiholog, postdiplomac Državnog univerziteta u Beogradu, Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Beograd, Srbija. E-mail: mail@aipp.education*

**Svrha izveštaja:** da se otkrije uloga rada sa potisnutom agresijom u psihoterapiji depresivnih i anksiozno-depresivnih poremećaja.

**Slučaj 1.** Depresivni poremećaj.

**Klinička slika pre početka terapije.** Žena, 39 godina. U vreme lečenja bila je ambulantno lečena od depresije 2 godine i tokom tog perioda je uzimala antidepresive. Uočeno je smanjeno raspoloženje, usporen govor, fizička retardacija, slabost voljne sfere, slaba vitalnost, rano jutarnje buđenje sa uznemirujućim mislima i teškoće u uspavlivanju.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Kombinacija grupne i individualne psihoterapije. Korišćene su psihoanalitičke i sugestivne tehnike koje imaju za cilj otklanjanje zabrana svesti i ispoljavanja agresije, metode katatimsko-imaginativne psihoterapije, kao i psihokorekzione tehnike u cilju obrade traumatskog iskustva.

**Psihoterapija je trajala dve nedelje.** Sprovedene su dve dvočasovne grupne terapije u mini-grupi i jedna dvočasovna individualna terapijska sesija nedeljno. Održane su ukupno 4 grupne i 2 individualne sesije.

**Rezultati.** Do kraja prve nedelje psihoterapije, mentalna i fizička retardacija je nestala. Ostali simptomi depresije su nestali do kraja druge nedelje. Raspoloženje se stabilizovalo, vitalnost se normalizovala, bilo je ideja i planova vezanih za profesionalnu realizaciju. Rana buđenja su se i dalje dešavala, ali više nisu bila praćena iskustvom anksioznosti. Tokom narednih meseci ovaj simptom je nestao. U narednih šest meseci nakon psihoterapije, klijentkinja je potpuno odbijala da uzima antidepresive. U vreme pisanja ovog materijala prošlo je 1,5 godina od psihoterapije. Stanje klijentkinje je stabilno. Nisu primećeni recidivi simptoma depresije.

**Slučaj 2.** Anksiozno-depresivni poremećaj.

**Klinička slika pre početka terapije.** Žena, 19 godina. Pritužbe na smanjenu vitalnost, stanja nediferencirane anksioznosti i straha, tokom kojih nije mogla da se bavi produktivnim aktivnostima, strah od započinjanja profesionalnog života i akutno nezadovoljstvo međuljudskom komunikacijom, koje je karakterisalo neprirodnost, mehaničnost i nedostatak emocionalnog kontakta.

Primenjene metode i ključne intervencije. Individualna psihoterapija se sprovodila jednom nedeljno u trajanju od 1,5 sata, onlajn, u video režimu. Korišćen je psihoanalitički pristup u kombinaciji sa katatimsko-imaginativnom psihoterapijom i psihokorekcionim tehnikama.

**Rezultati.** Prva prekretnica u terapiji dogodila se na 15. sesiji, kada je tema agresije aktuelizovana u materijalu, pojavljujući se u slici crne tačke, koju je klijentkinja nazvala „slika srži, suštine“. Prilikom rada sa ovom slikom, po metodi katatimno-imaginativne psihoterapije, pretvorila se ukupnog insekta agresivnog izgleda. Klijentica je sebi dozvolila agresivnu interakciju sa ovom slikom. Posle ove seanse pojavilo se mnogo besa prema drugima, a kao glavna terapijska meta je uzet rad sa potisnutom agresijom. Nakon toga, u roku od dve nedelje, depresivni simptomi klijenta su se značajno smanjili, a počeo je da se javlja početak jake volje. Odselila se od roditelja i počela da pravi planove za zaposlenje.

Druga prekretnica bila je povezana sa prelaskom na rad na izražavanju agresivnih osećanja (24 sesije). Nakon nekoliko sesija rada u ovom pravcu, klijentkinja je mogla da dozvoli sebi da izrazi negativna osećanja. Nakon toga, simptomi depresije su potpuno nestali. Mesec dana kasnije, žena je dobila svoj prvi posao.

**Zaključci.** Uklanjanje psiholoških zabrana na svest i ispoljavanje agresije može se smatrati uzročnim nemedikamentoznim metodom lečenja psihogenih depresivnih poremećaja i depresivnom komponentom anksiozno-depresivnih poremećaja. Istovremeno, kada se radi sa anksiozno-depresivnim poremećajima, po pravilu je potrebna dodatna psihoterapeutska intervencija kako bi se eliminisali uzroci simptoma anksioznosti.

Za rad sa potisnutom agresijom u lečenju depresivnih i anksiozno-depresivnih poremećaja, pokazao se efikasnim integrisani pristup, koji obuhvata skup terapijskih metoda čiji je cilj otklanjanje zabrana svesti i ispoljavanja agresije, kao i sticanja zdravih ponašanja u suočavanju sa svojom agresijom.

Ove metode obuhvataju psihoanalitičke i sugestivne tehnike, metode katatimno-imaginativne psihoterapije, kao i psihokorekzione tehnike.



**Ključne reči:** potisnuta agresija; depresija; anksiozno-depresivni poremećaji; katatimno-imaginativna psihoterapija; psihokorekcija; psihoanalitička psihoterapija.

## **PREGOREKSIJA: MOGUĆNOSTI PSIHOTERAPIJE**

**Dr Natalija Fomičeva**

*Rukovodilac ANO „Centra za primenjena istraživanja „Rusko društvo psihosomatike“,  
Moskva, Rusija. E-mail: natalia.fomiceva.psi@gmail.com*

**Svrha izveštaja:** demonstrirati mogućnosti psihoterapije u pregoreksiji i značaj preventivnog rada sa trudnicama sa istorijom poremećaja u ishrani.

**Uvod.** Mesto pregoreksije u strukturi poremećaja u ishrani: 25% trudnica ima neke znake poremećaja u ishrani. Više od 90% slučajeva se ne dijagnostikuje.

Rizici koji povećavaju verovatnoću razvoja pregoreksije u pre- i postnatalnom periodu:

- depresija, anksiozni poremećaj, OKP
- epizode seksualizovanog nasilja
- visok ili nizak BMI
- epizode fizičkog zlostavljanja
- kršenje imidža tela
- neplanirana trudnoća
- zavisnosti
- problemi sa začecem
- poremećaji u ishrani u prošlosti (na primer, tokom adolescencije)

**Klinička slika pre početka terapije.** Žena, 35 godina, prva trudnoća, planirana, 30 nedelja. Ponovo se prijavila u 16. nedelji trudnoće zbog pogoršanja psihičkog stanja, pojave anksioznosti oko težine i zapremine tela, smanjenje broja utrošenih kalorija, aktiviranje ponašanja testiranja.

**Anamneza:** u dobi od 16 godina - početak anoreksije nervoze, na psihijatrijskom lečenju, postignuta stabilna remisija. Sa 29 godina, ponovljena epizoda u pozadini teške bolesti i kasnije smrti majke, prijavila se za psihoterapeutsku pomoć, bila na terapiji 1,5 godine i postigla remisiju.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Glavne intervencije koje se primenjuju u okviru terapijske interakcije:

- 1) u okviru inicijalnog intervjua sprovedene su dijagnostičke metode „Upitnik za sliku tela“, „Upitnik za proveru tela“, EAT-26
- 2) likovna tehnika „Silueta osećanja“ za dijagnostifikovanje i korekciju emocionalnog stanja;
- 3) dnevnik ishrane sa fokusom na emocionalno stanje pre i posle jela, i praćenje osećaja gladi i sitosti;
- 4) podučavanje tehnikama opuštanja tela za smanjenje nivoa anksioznosti (prakse svesnosti);
- 5) rad sa vrednostima fizičkog zdravlja i materinstva, postavljanje ciljeva i povećanje obrazaca motivisanog ponašanja (terapija prihvatanja i odgovornosti; korišćen je „Dnevnik vrednosti akcija“).

**Rezultati.** Klijentkinja je trenutno na terapiji. Održano je 12 seansi. Ponašanje u ishrani se normalizuje, anksioznost zbog telesnih promena i dalje postoji.

**Zaključci.** Prevalenca pregoreksije i nedovoljna njegova pravovremena dijagnoza može imati negativan uticaj na tok trudnoće, dovesti do poremećaja razvoja fetusa i pogoršanja fizičkog stanja trudnica; psihoprolaktičke mere su potrebne kada dođe do trudnoće kod žena sa istorijom poremećaja u ishrani; neophodna je interakcija psihologa i ginekologa za organizovanje procesa vođenja pacijenata sa pregoreksijom.

**Ključne reči:** pregoreksija, ponašanje u ishrani, anoreksija nervoza, trudnoća, slika tela.

## **UTICAJ MENTALNIH ODBRANA KLIJENTA NA KONTRATRANSFERNA OSEĆANJA TERAPEUTA. BALINT GRUPA KAO PODRŠKA SPECIJALISTI U OČUVANJU IDENTITETA SA LIKOM POMOĆNIKA**

**Anželika Čekalina**

*Rukovodilac Balint grupa nacionalne klase OPPL, član Ruskog Balint društva, specijalista u oblasti psihoanalitički orijentisanog savetovanja i katatimno-imaginativne psihoterapije, Moskva, Rusija. E-mail: [achekalina74@gmail.com](mailto:achekalina74@gmail.com)*

**Svrha izveštaja:** da se istakne značaj komunikacije između specijaliste i klijenta za psihoterapijski proces; pokazati uticaj komunikacije ne samo na klijenta, već i na samog specijalistu; demonstrirati mogućnost jačanja terapijske pozicije specijaliste kroz rad Balint grupe.

**Klinička slika pre početka terapije.** Prezentacija je sadržala vinjetu koja opisuje složenost posla, sa mentalnim odbranama klijentkinje kao što su regresija i projektivna identifikacija. Radi se o radu sa klijentkinjom granične strukture psihe, sa osobinama histerične, infantilne ličnosti i usmenog karaktera.

**Primenjene metode i ključne intervencije.** Radovi su trajali oko 2,5 godine. U razumevanju šta se dešavalo u odnosu sa klijentkinjom pomogao mi je rad u Balint grupi.

U početnim fazama rada, da bih stabilizovao stanje klijentkinje, koristio sam tehnike rada:

1. Analitički orijentisana psihoterapija „Simboldrama“ (motivi „Livada“, „Oaza“, „Mesto sigurnosti i mira“).
2. U terapijskom pristupu ovoj klijentkinji oslanjao sam se na teoriju objektnih odnosa M. Klajn, koristio analizu našeg odnosa sa njom u procesu rada, šta se dešava između nas upravo ovde i sada.
3. Elementi art terapije za rad kroz traumatska iskustva.
4. Analiza snova.
5. Vežba „Ja“ iz racionalno-intuitivne psihoterapije za integraciju u holističkiju percepciju njihovih aspekata ličnosti.

**Zaključci.** Rad u Balint grupi je odlična prilika da se odnos sa klijentom „posmatra“ u obimu, uz pomoć rada grupe, tj. da zauzme terapijsku meta-poziciju, da zaista zauzme mesto posmatrača i da stekne dublju svest o procesima transfera i kontratransfera na delu.

**Ključne reči:** Balint grupa, regresija, projektivna identifikacija, transfer i kontratransfer.

**Literatura:**

1. Балинт М. Врач, его пациент и болезнь. / Пер. с англ. А. Тишкова - М.: Псиллабус, 2018.
2. Кляйн М. «Плохая» и «хорошая» мать./ СПб.: «Астер - X», 2017.
3. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников./ Пер. с англ. А.Ф. Ускова. - СПб.: Б.С.К., 1997.
4. Оттен Х. Лидер Балинговской группы. Практическое руководство. / Пер. с англ. А. Тишкова. - М.:Псиллабус, 2017.
5. Оттен Х. Профессиональные отношения. Теория и практика Балинговской работы. / Пер. с немецкого А. Шапкиной - Ер.: РАУ, 2016.