

ČASOPIS ZA PSIHOLOGIJU, PSIHIJATRIJU, ANTROPOLOGIJU, SEKSOLOGIJU I SRODNE DISCIPLINE

e-mail: psihologijadanas@write.me.com

web.sajt: <http://www.bankerinter.net/btp>

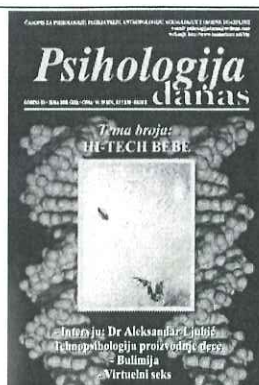
Psihologija danas

GODINA III • ZIMA 2000. GOD. • CENA: YU 59 DIN., RS 5 KM • BROJ 8

Tema broja:
HI-TECH BEBE



- Intervju: Dr Aleksandar Ljubić
- Tehnopsihologija proizvodnje dece
- Bulimija
- Virtuelni seks



Naslovna strana delo
ARSIC BRATISLAVA
ISSN 1450-5940

IMPRESUM

Psihologija danas

Časopis za psihologiju, psihijatriju, antropologiju, seksologiju i srodne discipline

Izdavač

Društvo biheorionalne teorije i prakse
18 000 Niš, Starca Vujadina 1
Tel/fax: 018/520-405

Glavni i odgovorni urednik

Prof. dr Jezdimir Zdravković

Direktor

Prof. dr Srbobran Miljković

Tehnički urednici

Ivana Todorović, Žilijeta Krivokapić, Vojin Popović

Redakcijski odbor

Petar Momčilović, Dušan Petrović, Vladimir Nešić,
Grozdanko Grbeša, Božidar Marković, Blagoje Nešić,
Joviša Obrenović, Veselin Ilić, Aleksandar Milojević,
Jovan Ničić, Vojislav Dević, Dragan Milošević

Redakcija

Jezdimir Zdravković, Žilijeta Krivokapić, Ana Đorđević,
Ivana Todorović, Vladan Radivojević, Olivera Žikić,
Slađana Jović, Tatjana Stefanović-Stanojević,
Petar Kostić, Slađana Golubović, Slavko Milojković,
Snežana Stojiljković, Miodrag Milenović, Miroslav Krstić,
Vojin Popović, Zoran Čirić

Sekretar redakcije

Ratomir Božović

Fotografija

Dušan Mitić - Car

Poster ilustrovao

Nebojša Novaković

Slike u ovom broju

akademski slikar Bratislav Arsić

Priprema i štampa

DIGP "Prosveta" - Niš, Vojvode Gojka 14

Oglašavanje i pretplata

Ratomir Božović
18000 Niš, Starca Vujadina 1
Tel/fax: 018/520-405

Internet

E-mail: psihologijadanas@write.com
web prezentacija:
<http://www.bankerinter.net/btp>

Časopis izlazi tromesečno

Časopis "Psihologija danas" se oslobađa poreza
na promet kao publikacija od posebnog interesa
za nauku po odluci Ministarstva za nauku i tehnologiju

Žiro račun

42500-678-5-24779

REČ UREDNIKA 5

NOVOSTI - LJUDI - ISTRAŽIVANJA - RELACIJE 6

- Vežbe relaksacije utiču na slabljenje blagih oblika hipertenzije
- Odvajanje u detinjstvu - panika i depresija u odraslom dobu
- Osobine ličnosti i teorija zavere
- Stres i trudnička hipertenzija
- Srednjoškolci su informisani o sidi
- Muškarci žele decu zbog nastavka loze, žene zbog potvrde veze

TEMA BROJA: 12

- Biopsihologija trudnoće 14
- Psihogeni sterilitet - poremećaj kao kazna 17

INTERVJU: 20

- Tehnopsihologija proizvodnje dece
- Ovca i pacovi u tehnologiji razmnožavanja 25
- IVF..... 26
- Etički i pravni problemi asistiranre reprodukcije..... 28

PSIHOINTIMOLOGIJA..... 32

- Čekajući rodu

SEKSUALNOST: 36

- Seks u trudnoći

ZAVISNOST: 38

- Bulimija

PSIHOBIOGRAFIJA: 40

- Misterije kralja Edipa

PROFESIONALNA ORJENTACIJA: 42

- "Sila Boga ne moli"

PSIHOMEDICO KOMPJUTERIZACIJA: 44

- Virtualni seks

PRIKAZ KNJIGE: 46

- O "sopstvenoj sobi" Virdžinije Vulf
- Devijantnost mladih - Skinhedsdi
- Dijagnostička klasifikacija od 0 do 3

ODJECI 51

Psihologija danas

Kojim to čudnim putevima, kasnije u životu, od ove uhranjene i dobro obučene, vaspitano odnegovane, jezički obdarene i umetnički nastrojene dece, postanu takvi...?

(parafraza slavnog aforizma D. Radovića)



Miodrag Milenović



Ivana Todorović



Srbobran Mijević



Tatjana Stefanović



Zoran Čirić



ŽiljeTa Krivokapić



Ana Dorđević



Olivera Žikić



Jezimir Zdravković



Snežana Stojiljković



Vladan Radivojević



Slavko Milojković



Miroslav Krstić



Petar Kostić



Slađana Golubović



Vojin Popović

Geniji, idioti, piloti, pošte, masoni, avioni, po(iti)roni, kulovi, somovi, lekari, vajari, modeli, piljari, oficiri(!), kelneri(!), šrafovi(!), šinteri(!).



reč UREDNIKA

Teško je zaista predvideti kuda se, gledano iz ugla psihologije, kreće čovek. Do pre tridesetak godina stvar je bila jasna. Na jednoj strani bio je Bog, na drugoj ljudi. Znalo se tačno šta je Bog dopuštao sebi, a šta dozvoljavao ljudima. Vantelesno oplodjenje device Marije, majke Isusa, bilo je neponovljivo božje delo, misaona imenica za ljude. Nije mi jasno, naravno, zašto je Bog sebi uskratilo seksualno zadovoljstvo, da bi ga omogućio ljudima koje i dan danas kažnjava zbog praroditeljskog greha). Vantelesno oplodjenje, čak i devica, danas je tehnička stvar. Stimuliše se jajnik lekovima, iz folikula se izdvoje jajne ćelije, oplode se, embrioni se ubace u matericu žene i ostaje da se čeka krštenje. Uz božju pomoć.

Tu se, međutim, ne završavaju čuda koja su do naučno-tehnološkog doba bila isključivo božansko svojstvo. Danas je moguće da se sperma umrlog muškarca zamrzne, i da žena, poput izvesne Diane Blood, donese na svet zdravo muško dete, dve godine posle smrti oca. Detetu, uzgred, nije priznato prezime oca, uz idiotsko objašnjenje da mrtvac nije dao pisani pristanak na zahtev majke deteta). Ili da muškarci rode dete, kako tvrdi profesor Robert Winston, pozivajući se na dokumentovane slučajeve žena s ektopičnom trudnoćom, koje su dete iznele noseći ga u trbušnoj duplji, izvan materice. Ovaj profesor smatra da muškarac za vreme trudnoće treba da primi dosta ženskih hormona, i još štošta što nisu krupna tehnička pitanja. Ovaj uvaženi profesor ne postavlja pitanje kako će dete, rođeno od muškarca, da objasni drugoj deci, da mu je majka otac. Nova tehnologija ne radije samo homoseksualne parove (najzad se i njima pruža mogućnost da u braku, kao i svi normalni ljudi, dobiju decu) nego i neplodne muškarce. Njih je, nažalost sve

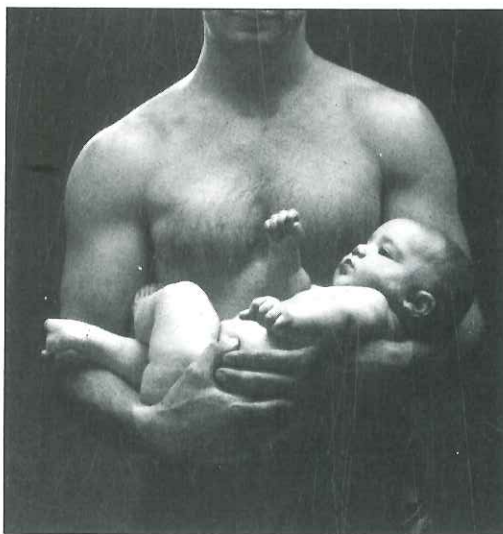
više. Neka istraživanja u Virdžiniji pokazuju da je 1938. godine broj neplodnih muškaraca u odnosu na plodne iznosio 1:200, danas 1:10. Ne treba brinuti. Na pomolu je nova tehnologija. Jednostavno, sperma neplodnog muškarca ubrizga se u testise glodara, poput pacova i miševa, i za nekoliko meseci dobijaju se super okretni spermatozoidi. I to kakvi spermatozoidi? Naučnik Nicolaos Sofikitis, iz japanskog grada Yonago, kaže: "pokretljiviji od spermatozoida veoma plodnih muškaraca." S reči na dela.

Italijanski naučnik, Severino Antirioni, tvrdi da je tehnikom uspeo da dosad napravi četiri nove bebe. Ko je zapravo napravio te bebe, i da li će deca iz homoseksualnih brakova biti srećna što im je majka otac, a ne p.... (čitaoću se dopušta da završi rečenicu kako želi).

Da ne govorimo o kloniranju. Ovca Dolly, "karbon kopija" postojećeg pretka, rundave životinje opominje nas da treba da smo srećni što DNK Adolfa Hitlera nije sačuvana i posle njegove smrti.

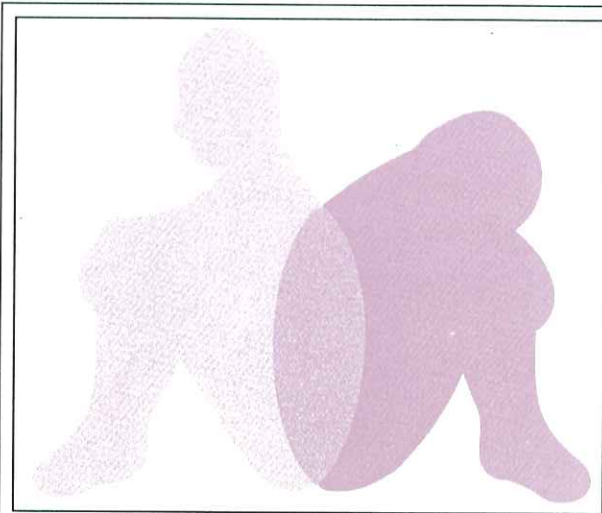
Čovek se, dakle, izjednačio s Bogom. Ostaje jedino da se Bog povuče iz

slikovnice, ili da kazni ljude. Verujem u ovu drugu mogućnost, jer istorija kazuje da, osim na početku stvaranja sveta, nikada nije bio milosrdan prema ljudima. Negde je pohranio DNK Firera i čeka. Pitanje je samo, šta mi čekamo?



Wtem. Inulte

Arterijska hipertenzija ili visok krvni pritisak najčešća je hronična bolest. Skoro jedna petina stanovništva Evrope i SAD-a ima arterijsku hipertenziju. Bolest je češća u starijem životnom dobu. Arterijska hipertenzija je, takođe, najčešći i najvažniji uzrok kardiovaskularnih bolesti. Najznačajnija je njena uloga u razvoju arterioskleroze, ali i slabosti srčanog mišića i srčanih aritmija. Lečenjem arterijske hipertenzije mogu se sprečiti komplikacije u vezi s ovom bolesti, ili umanjiti ako su prisutne. Utvrđeno je da se komplikacije javljaju i u onih bolesnika s manjim povećanjima krvnog pritiska, s tzv. blagom ili umerenom hipertenzijom. Lečenje bolesnika s blagom i umerenom hipertenzijom značajno je, jer je najveći broj ovih bolesnika, pa i komplikacija, u vezi s ovom bolesti. Bolesnici



- ◆ Vežbe relaksacije utiču na slabljenje blagih oblika hipertenzije
 - mr Marina Hadži Pešić, psiholog
- ◆ Odvajanje u definjstvu - panika i depresija u odraslom dobu
 - Miodrag Mlilenović, psiholog
- ◆ Osobine ličnosti i teorija zavere
 - dr Snežana Stojiljković, psiholog
- ◆ Stres i trudnička hipertenzija
 - V. Kostić, M. Cvetković, A. Ljubić
- ◆ Srednjoškolci su informisani o sidi
 - Krivokapić Žilijeta, psiholog
- ◆ Muškarci žele decu
 - dr Snežana Stojiljković, psiholog

hipertenzije, od specijaliste interniste. Oni su lečeni metodom relaksacije, na Klinici za zaštitu mentalnog zdravlja i neuropsihijatriju razvojnog doba u Nišu. Bolesnici su u vremenskom intervalu od 36 nedelja bili podvrgnuti individualnom tretmanu, jednom nedeljno, u trajanju od 60 minuta. Primenjivana je Ažurijagerina metoda relaksacije, psihotonička re-educacija. Pored ovih seansi s terapeutom, sprovedenih na Klinici, bolesnici su imali obavezu da svakodnevno kod kuće rade vežbe relaksacije, u trajanju od 30 minuta. Vežbe relaksacije sastoje se od vežbi težine, disanja, srčanog ritma, abdominalnih vežbi i vežbi čela. Vežbe se završavaju iznošenjem bolesnikovih doživljaja u toku seanse. Bolesnici nisu primali nikakvu medikamentoznu terapiju.

VEŽBE RELAKSACIJE UTIČU NA SLABLJENJE BLAGIH OBLIKA HIPERTENZIJE

oboleli od arterijske hipertenzije najčešće pripadaju grupi tzv. esecijalne arterijske hipertenzije, za koju nije utvrđen siguran uzrok nastanka, ali se smatra da hiperaktivnost simpatičkog nervnog sistema ima značajnu ulogu, pored naslednog faktora.

Interes za nefarmakološko lečenje esencijalne hipertenzije povećan je poslednjih godina. Dva su razloga za to. Prvi, medikamentno lečenje može biti

praćeno neželjenim dejstvima lekova, a i skupo je. Drugo, nefarmakološke mere lečenja efikasne su u lečenju blage ili umerene arterijske hipertenzije. Nefarmakološke mere lečenja preporučuju se i bolesnicima koji se medikamentno leče. Terapija relaksacijom, kao jedan od vidova nefarmakološkog lečenja, naročito je efikasna u bolesnika s povećanom aktivnosti simpatičkog nervnog sistema.

Cilj ispitivanja mr Marine Hadži Pešić, psihologa, bio je da se utvrdi da li terapija relaksacijom smanjuje krvni pritisak bolesnika s blagom i umerenom esencijalnom arterijskom hipertenzijom, i da li se lečenjem menjaju parametri anksioznosti.

Ispitano je trideset bolesnika, jedanaest žena i devetnaest muškaraca srednjeg životnog doba 37,8 godina, s utvrđenom dijagnozom esencijalne arterijske

Merenje arterijskog krvnog pritiska vršeno je pre i na kraju svake pojedinačne seanse. Arterijski krvni pritisak određivan je u sedećem položaju, pet minuta posle odmora ispitanika, a pre započinjanja terapijske seanse. U sedećem položaju, takođe, meren je arterijski krvni pritisak posle seanse. Arterijski krvni pritisak merila je uvek ista osoba i istim sfingomanometrom. Kao vrednost sistolnog krvnog pritiska uzimana je pojava Korotkov-

ljevih tonova, a za dijastolni pritisak njihovo iščezavanje. Arterijski krvni pritisak meren je tri puta i uzimana je srednja vrednost ovih merenja. Na kraju poslednjeg merenja određivana je i učestalost pulsa. Za ispitivanje anksioznosti korišćeni su i Momirovićev suprest, Cornel Index i skala za merenje anksioznosti, konstruisana za potrebe rada.

Pre lečenja, sistolni krvni pritisak je 142 ± 12 mmHg, dijastolni krvni pritisak 100 ± 6 mmHg, učestalost pulsa 84 ± 8 u min. Dvadeset jedan bolesnik klasifikovan je kao anksiozan, a devet njih kao neanksiozni.

Posle 36 nedelja lečenja, sistolni krvni pritisak se smanjio na 128 ± 8 mmHg, dijastolni krvni pritisak na 92 ± 5 mmHg, frekvencija pulsa na 79 ± 6 min. Parametri anksioznosti takođe su se značajno smanjili.

Povoljni efekti relaksacione terapije na visok krvni pritisak i anksioznost imaju u osnovi uticaj na smanjivanje povećane aktivnosti simpatičkog nervnog sistema i na povećavanje aktivnosti parasimpatičkog nervnog sistema.

Mr Marina Hadži Pešić zaključila je u svom istraživanju da je terapija relaksacijom efikasna metoda u lečenju bolesnika s blagom formom arterijske hipertenzije. Povoljan je efekat relaksacione terapije na usporavanje učestalosti pulsa i smanjivanje anksioznosti – dodatna korisna dejstva ove terapije – a relaksaciona terapija je bezbedna, jeftina i nema neželjenih efekata. ■

odvajanje u detinjstvu –

– PANIKA I DEPRESIJA U ODRASLOM DOBU

Odnos ranog odvajanja i kasnije psihopatologije nije nova tema u psihijatriji. Podeljenost shvaćanja oko uloge i značaja ovog potencijalno traumatskog faktora, jedan je od razloga koji su opredelili Ljiljanu Mitić - Randelović da razmotri uticaj ranog odvajanja deteta od roditelja na psihopatologiju odraslog doba, u istoimenoj doktorskoj disertaciji, odbranjenoj pre godinu i po dana u Nišu.

U teorijskom delu najviše prostora i pažnje posvećeno je epigenetskom razvojnom modelu ličnosti, naglašavanju alternativnosti u razvoju, čime je još u uvodu predstavljen sistemski pristup u psihijatriji: između pojava ne postoji jednostavna linearna uzročnost; mnoštvo unutrašnjih i spoljašnjih faktora, koji su u neprestanom međudejstvu, i stoga nesabirljivi, ishodi nekada delikatnom ravnotežom i funkcionalnošću, a nekada narušenim skladom i psihopatologijom. Autor definiše rano odvajanje kao nezavisnu varijablu, psihopatološke sindrome kao zavisnu varijablu, a porodične faktore i faktore ličnosti kao kontrolne varijable, napominjući da su obuhvaćeni oni parametri, koji su bili dostupni me-

renju, dok, verovatno, postoji još mnogo činilaca koji učestvuju u kompleksnom međudejstvu, koje određuju jedinstvenost i neponovljivost svake pojedine ličnosti. Jedno od pitanja koja su usledila jeste i sledeće: šta je to što određuje psihopatološke ishode u jednom, i funkcionalan razvoj, u drugom slučaju? Preciznom i savremenom statističkom obradom ukazano je na vezu koja postoji između pojedinih tipova i vrsta ranog odvajanja (permanentni,



intermitentni i tranzitorni), i vrste poremećaja. Nalazi ukazuju da je depresija odraslog doba u značajnoj vezi s trajnim gubitkom jednog ili oba roditelja, u ranom detinjstvu. Generalizovana anksioznost posebno je povezana s

intermitentnim odvajanjem deteta od roditelja (kao što je rad roditelja u drugom mestu). Odvajanje od oba roditelja (kao što je hospitalizacija deteta do pete godine, a bez roditelja u pratnji), ima značajan udeo u pojavi paničnog poremećaja u odraslom dobu. Moguću zaštitu od traumatskog dejstva ranog odvajanja predstavljaju najpre porodični faktori, koji se tiču strukture porodice (višečlani sistem omogućava prenošenje uloga i bolju emocionalnu potporu, nakog gubitka) i emocionalnih odnosa (bliskost uspostavljena pre odvajanja u recipročnom je odnosu s dejstvom traume nakon odvajanja). Sistem vrednosti takođe je važan činilac, a razlika između funkcionalnih i disfunkcionalnih porodica u ovom istraživanju iskazana je na sledeći način: u kontrolnoj grupi vrednost *deca* na vrhu je hijerarhije vrednosti, za razliku od eksperimentalne grupe, gde se najviše vrednuju poštenje, red i rad, i gde se "trenira strogoća". Subjekti s psihopatologijom najčešće ostvaruju nepovoljne emocionalne odnose u svojim primarnim i aktuelnim porodicama. Oni se kreću između dvaju nepovoljnih polova – preteranog uplitanja (fuzije) i

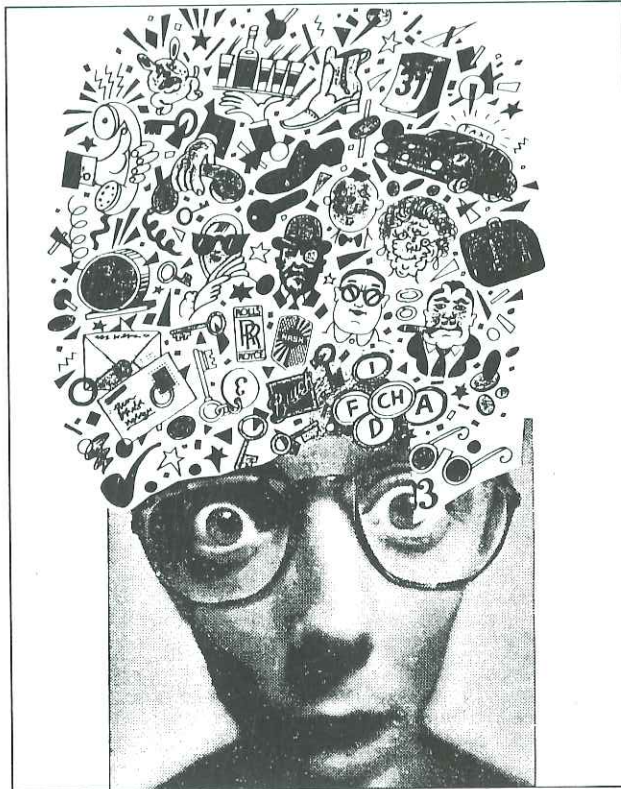
udaljenosti (distance). Između ovih dveju krajnosti nalazi se konfliktna fuzija, gde se preterana bliskost i uplitanje ostvaruju kroz svađu i ishode čestim prekidima kanala komunikacije. S pomenutim stilom emocionalne razmene povezana je i pojava nasilja, koje se sreće u porodicama svih psihopatoloških gru-

pacija. Nasilje se, kao obrazac međusobnog odnošenja, ponavlja kroz generacije i najizraženije je u porodicama depresivnih i paranoidnih, koji su imali traume odvajanja. Dakle, oni koji su danas tužni ili sumnjičavi, tučeni su u detinjstvu, i, nažalost, tuku svoju decu po strukturi ličnosti i po temperamentu,

i jedni i drugi su plašljivi, stidljivi, pesimistični. Nije, onda, čudo što su ovi subjekti nedovoljno samoupućeni i nerado saraduju, što se iskazuje kroz dimenzije karaktera. Na ovom mestu autor naglašava interakcionističku poziciju u shvatanju ovakvih ishoda u razvoju karaktera.

I ako neizgovorena do kraja, teza da je odvajanje neumitnost svakog života, "čita se" sve jasnije, kako se približavamo kraju teksta: zajedništvo koje se uči u primarnoj porodici može zaštititi čak i vulnerabilnu ličnost od traumatskog dejstva odvajanja i gubitka. ■

U osnovi teorija zavere jeste *verovanje da svi bitni događaji nastaju kao rezultat zakulisnog delovanja moćnih grupa i pojedinaca*, čiji je cilj da gospodare svetom i steknu materijalnu dobit. Tačnije, veruje se da iza svih važnih, a posebno političkih, događaja stoji skrivena ruka tajnih organizacija i centara moći, koji po svojoj volji upravljaju svetom. Za razliku od prave zavere, teorija zavere je konstrukcija i *neadekvatan način objašnjavanja sveta*: postojanje zavere protiv određenih naroda ili društvenih grupa, naime, ne može se dokazati. Bez obzira na to, teorije zavere mogu biti od (većeg ili manjeg) uticaja na društveno-politička zbiivanja, a njihovom širenju naročito pogoduju krizna društvena stanja. U literaturi se najčešće navodi kolike je razmere dostigla optužba da Jevreji nastoje da zagospodare svetom, što je zatim poslužilo kao opravdanje za pojavu neprijateljskog raspoloženja i obračuna s Jevrejima u vreme Holokausta. Autoritarni režimi redovno pokušavaju da sopstvene probleme i neusphe objasne zaverom različitih neprijatelja reži-



OSOBI NE LIČNOSTI I TEORIJA ZAVERE

ma, što dalje ukazuje na aktuelnost proučavanja teorija zavere.

U našoj sredini ovoga posla prihvatio se psiholog Rade Bojanović, s Filo-

zofskog fakulteta u Beogradu. Profesor Bojanović sproveo je istraživanje korelacionog tipa, na uzorku od 109 studenata, s ciljem da ispita *odnos između pri-*

hvatanja teorija zavere i nekih osobina ličnosti. Za potrebe studije napravljene su dve četvorostepene skale Likertovog tipa: za procenu personalne (uperene protiv privatnog i profesionalnog života pojedinca) i *političke teorije zavere* (uperene protiv celog sveta, ili pojedinih naroda i društvenih grupa). Takođe su primenjene skale za merenje: *opšteg odnosa prema drugim ljudima, nepoverenja u ljude, autoritarnosti, dogmatizma i paranoje*. Rezultati pokazuju da su pomenute osobine ličnosti statistički značajno povezane s prihvatanjem oba tipa teorija zavere. Najubedljivije su veze između negativnog shvatanja ljudske prirode – nepoverenje u druge ljude – i personalnih teorija zavere (korelacije iznose oko 0,60), što je logično, jer se u svim slučajevima iskazuje nepovoljan sud o ljudima i uverenje da su ljudi skloni malignim i nelegalnim postupcima. Naredna istraživanja ovog fenomena trebalo bi da uključe, osim psiholoških, i druge relevantne činioce (na primer, stepen obrazovanja, pripadnost različitim ideologijama, političku moć pojedinca ili grupe). ■

stres i trudnička hipertenzija

Tim psihologa i ginekologa uz saradnju kardiologa (stručnjaka za hipertenziju) i psihijatra ispitivali su žene, koje su ležale na odeljenju za visoko rizičnu trudnoću.

UZORAK SU ČINILE DVE GRUPE TRUDNICA:

I grupa (ispitivana grupa) sastoji se od trideset pet pacijentkinja, hospitalizovanih na Odeljenju visokorizičnih trudnoća, zbog hipertenzije. Detaljnim ispitivanjem, za vreme hospitalizacije, nije pronađen organski poremećaj kao uzročnik postojeće hipertenzije.

II grupa (kontrolna grupa) sastojala se od trideset zdravih trudnica, koje su pristupile programu za psihofizičku pripremu.

Sve ispitanice su trudnice starosne strukture između 19 i 40 godina (najčešće između 33 i 38 godina), pretežno srednjeg stručnog obrazovanja (70%), u braku i sve su ispitivane u periodu od 33 do 38. nedelje gestacije.

Sa svim ispitanicama obavljen je polustrukturisani dijagnostički intervju MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), višedimenzionalni "test ličnosti", tipa upitnika.

Primenjen je i test-upitnik za procenjivanje kvaliteta partnerskih odnosa, kao mogućeg stresnog faktora.

RGM test (za svrstavanje u Grossarth-ovu tipologiju) vrši predikciju nastanka određenih oboljenja, posebno u stresnim situacijama, a sve s ciljem da se utvrde i oni faktori, koje



treba promeniti da bi se postigli značajni efekti prevencije.

Polustrukturisanim intervjuom ni kod jedne ispitanice nije otkriveno prisustvo bilo kakvog psihičkog poremećaja, ni u ispitivanoj, ni u kontrolnoj grupi.

Dobijeni MMPI profil, u ispitivanoj grupi, odgovara profilu zdrave ličnosti, s izuzetkom povišenih dimenzija histerije i hipohondrije, koje se u ovom kontekstu ne tumače kao poremećaji ličnosti, već su posledica realno postojeće somatske simptomatologije (hipertenzija), a dobijeni MMPI profil kod kontrolne grupe nema patoloških ispoljavanja.

Test-upitnik za procenjivanje kvaliteta partnerskih odnosa pokazao je da ovi odnosi nisu bili izvor stresne situacije, s obzirom na to da su sve trudnice bile u kategoriji između 41. i 60-te go-

dine života, koju karakteriše dobar kvalitet partnerskih odnosa.

Rezultati RGM testa pokazali su da 65% trudnica u ispitivanoj grupi pripada tipu 5 ličnosti (antiemocionalno ponašanje, pokušaj samoregulacije kroz izrazito racionalno ponašanje), a 35% trudnica pripada tipu 2 ličnosti (prenadraženost zbog negativno doživljenih prepreka). U kontrolnoj grupi sve trudnice pripale su tipu 4 ličnosti (ekspresija ličnih potreba koja vodi unutrašnjoj ravnoteži).

Istraživanje je pokazalo da je 65% trudnica u ispitivanoj grupi emocionalno neadekvatno reagovalo na stres. Naime, po Grossarth-ovoj tipologiji ove pacijentkinje pripadaju tipu 5, čije je ponašanje odražavalo krajnju ranjivost (nastaje stres), u situacijama u kojima

nije u stanju da pridolazeća osećanja racionalno kontroliše, tumači i njima vlada.

Zbog inhibicije da razvije oblike ponašanja koji bi bili usklađeni s emocionalnim potrebama, pacijentkinja somatizuje problem, a kao rezultat nastaje hipertenzija.

Ostalih 35% pacijentkinja u ispitivanoj grupi odlikuju se nemogućnošću ispoljavanja ličnih potreba, njihovog zadovoljavanja trajno su usmerene na uzroke svoje inhibicije, ocenjuju ih negativno i doživljavaju kao smetnje i prepreke, pa se osećaju bespomoćnima u odnosu na njih. Pritom nastaje psihosocijalno uslovljena trajna prenadraženost. CNS, koja se manifestuje, kao: uzrujanje, unutrašnja napetost, razdraženost, koje rezultiraju hipertenzijom. Tip 2 je predisponiran za stres.

Sve ispitanice kontrolne grupe pripadale su ličnosti tipa 4, koji ne pokazuje suviše veliku pozitivnu ili negativnu zavisnost prema objektima koji mogu biti stresogeni. Ove osobe poseduju visok stepen samoregulacije u stanju su da kroz samoaktivnosti izgrađuju uslove u svom organizmu i u socijalnim odnosima koji vode unutrašnjoj ravnoteži, zadovoljstvu i zadovoljavanju potreba, a stres savladavaju na optimalan način.

Dobijeni rezultati pokazali su da određeni tipovi ličnosti neadekvatno reaguju na stres i nemaju odgovarajuće mehanizme adaptacije na stresnu situaciju, što rezultira somatizacijom (hipertenzijom). ■

srednjoškolci su informisani o SIDI



Istraživanje je sprovela Ljiljana Pavlović, psiholog u Medicinskoj školi "Dr Milenko Hadžić" u Nišu.

Cilj istraživanja bio je utvrditi stepen informisanosti sredškolača o SIDI, kao i primenu znanja u svakodnevnom životu.

Istraživanje je podstaknuto podacima koji govore o tome da je u Nišu registrovano 66 osoba kao nosioca HIV-a, ili obolelih od side 51 muškarac i 15 žena. Umrlo je 36 osoba. U Srbiji je do 31. 10. 1998. godine prijavljen 751 slučaj. Od toga je umrlo 496.

Do 2000 godine Svetska zdravstvena organizacija prognozirala je preko 100 miliona osoba u svetu koje nose HIV virus.

Anketom je obuhvaćeno 160 učenika, anketiranje je bilo anonimno.

Pitanja su se odnosila na to da li učenici znaju šta je SIDA, šta je HIV, kako se prenosi HIV infekcija, kod kojih oblika ponašanja postoji rizik od HIV infekcije, koja populacija najčešće oboljeva od ove bolesti, da li se može utvrditi da li je neko zaražen HIV-om, kako se možemo

zaštititi od HIV infekcije i sl. Iz dobijenih podataka može se zaključiti:

89% učenika zna šta je SIDA

85% učenika zna šta je HIV

26,2% učenika je navelo sve puteve prenošenja infekcije

29,5% ne zna da se HIV može preneti preko majčinog mleka

17% učenika ne zna da se HIV može preneti vaginalnim sekretom

6,6% učenika ne zna da se HIV može preneti preko semene tečnosti,

3,3% učenika ne zna da se HIV može preneti putem krvi

6,6% učenika je u zabludi da se HIV može preneti preko izmeta

3% učenika je u zabludi da se HIV može preneti mokraćom

1% učenika je u zabludi da se HIV može preneti preko suza

0,6% učenika je u zabludi da se HIV može preneti preko kože.

Na pitanje kod kojih aktivnosti postoji rizik da se dobije HIV predpostavljajući da u svakoj aktivnosti postoji veza sa osobom koja

je inficirana HIV-om 16% učenika je odgovorilo tačno, odnosno naveli su sve aktivnosti.

13% učenika nije znalo da se HIV može preneti preko brijača

9,3% učenika nije znalo da se HIV može preneti preko transfuzije

4,6% učenika nije znalo da se HIV može preneti preko analnog seksa

0,6% učenika nije znalo da se HIV može preneti preko zajedničke igle.

U zabludi je bilo 12% učenika koji misle da se HIV može preneti ujednom insekta, 12% učenika je u zabludi da se može preneti preko poljupca, 8% je u zabludi da se HIV može preneti preko toaleta, 6% preko pribora za jelo, 3% kupanjem u zajedničkom bazenu, 0,6% grljenjem.

- šta znači biti HIV pozitivan zna 60,6% učenika

- kako se možemo zaštititi od HIV infekcije tačno je dogovorilo 82,7% učenika

- da postoji test kojim se može utvrditi zaraženost HIV-om zna 86,6% učenika

- da osoba koja izgleda potpuno zdravo može imati HIV infekciju znalo je 93,5% učenika

- 86,6% učenika zna da nisu samo homoseksualci i narkomani izloženi opasnosti od HIV virusa

- 94,6% učenika zna da seks sa mnogo partnera bez zaštite povećava opasnost od zaraze HIV-om

- da je osoba koja je inficirana HIV-om uvek zaražena za druge bez obzira u kojoj se fazi bolesti nalazi znalo je 72,6% učenika.

Obzirom na podatak da se najveći broj nosioca HIV virusa zarazio seksualnim putem, ovom anketom obuhvatili smo i neke aspekte seksualnog života učenika.

Došli smo do podatka da 32% učenika ima seksualne odnose, 31,3% devojaka i 68,7% dečaka.

Prve seksualne odnose imali su na uzrastu od 13 do 18 godina. Najveći broj učenika imao je prve seksualne odnose u 16 godini života (27%), zatim 23% učenika u 17 godini i 18,7% učenika u 15 godini, 16,6% učenika u 14 godini, 6,2% učenika u 18 godini, 4% učenika u 13 godini.

- Najveći broj devojaka je prvi seksualni odnos imalo u 16 godini, a najveći broj dečaka u 15. godini.

- Prilikom seksualnih odnosa koriste zaštitna

sredstva: ponekad 47,5% učenika, uvek 37,5% učenika, ne koriste 14,5% učenika.

- Niko od učenika do sada nije imao neku od različitih polnih bolesti.

- Na pitanje koje razne bolesti znate? 14,5% učenika nije dalo odgovor, a ostali su navodili uglavnom sifilis, gonoreju.

- Samo jedna devojka je imala abortus.

- 66,6% dečaka je odgovorilo da oni brinu o zaštiti pri seksualnom odnosu, a 18,7% da to prepuštaju partnerki, 14,7% nije dalo odgovor.

- Da često menja partnere odgovorilo je 15,5% dečaka, a 5% devojaka.

Iz dobijenih podataka može se zaključiti da je

većina učenika informisana o načinu prenošenja i komplikacijama koje SIDA izaziva, ali nedopustivo je da ima i neinformisanih učenika o pojedinim činjenicama značajnim za prenošenje ove smrtonosne bolesti. Dovoljno je jednom napraviti grešku i dovesti život u pitanje.

Ispitujući neke aspekte seksualnog života mladih

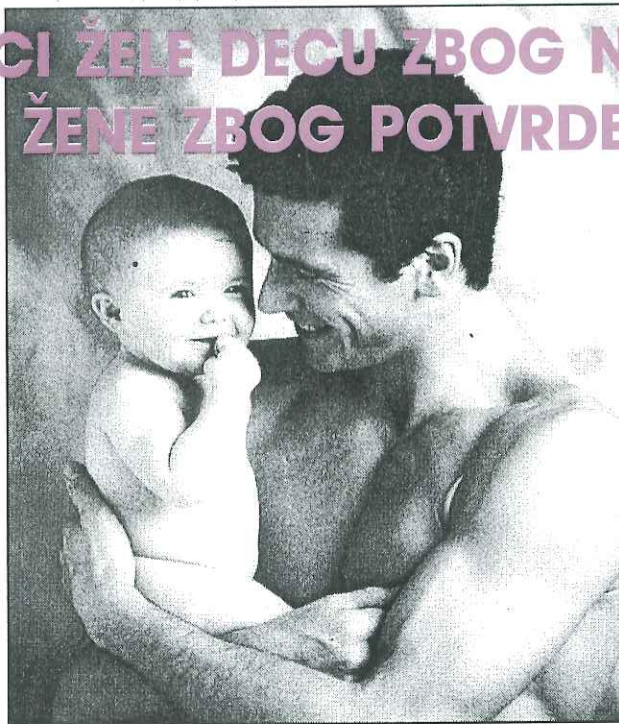
saznali smo da su neki od njih skloni oblicima rizičnog ponašanja što može predstavljati opasnost od HIV infekcije.

Pošto do današnjeg dana nije pronađen lek protiv SIDA, prevencija je jedini oblik borbe protiv ove bolesti i zato joj u budućem radu sa mladima moramo posvetiti veću pažnju. ■

MUŠKARCI ŽELE DECU ZBOG NASTAVKA LOZE, ŽENE ZBOG POTVRDE VEZE

Učesnici nedavno održanog naučno-stručnog skupa, četrdeset sedmog Sabora psihologa Srbije, imali su prilike da prate i simpozijum, pod radnim naslovom "Brak i porodica". Među radovima izdavaju se dva koja dotiču problem *bračnog steriliteta*, a saopštila ih je Mirjana Vukšanović, psiholog u domu zdravlja "Dr Milutin Ivković", u Beogradu.

Ispitivanjem su obuhvaćeni bračni parovi bez dece, koji se leče od steriliteta. Iako pacijenti imaju poverenja u lekare koji pokušavaju da im pomognu da ostvare potomstvo, pokazalo se da oni često imaju potrebu za većom toplinom u komunikaciji sa zdravstvenim radnicima, od one koja je uobičajena i moguća u standardnim ustanovama. S obzirom na to da proces lečenja steriliteta zahteva (veliku) istrajnost, i muševci i žene navode da im je ponekad *potrebna psihološka potpora*, da bi izdržali brojna iskušenja na putu do



zdravog potomstva. Upravo iz ovog razloga pomoć psihologa/psihijatra može biti važna karika u pojedinim fazama lečenja bračnog infertiliteta. Istraživanjem je utvrđeno da pacijenti najčešće biraju individualne oblike rada, i to uglavnom pod okriljem ustanova u kojima se lečenje obavlja. Nalazi upućuju na to, da problem bračnog steriliteta, značajan koliko za pojedinca, toliko i za za-

jednicu u celini, mora biti multidisciplinarno tretiran i da to povećava šanse da se na odgovarajući način prevaziđe. Konkretnije rečeno, tim stručnjaka koji se bavi humanom reprodukcijom trebalo bi proširiti uključivanjem psihologa i/ili psihijataru, onda, kad se proceni da za to ima opravdanja.

Drugi rad bavi se jednim aspektom roditeljskog motiva, tačnije pita-

njem *zašto ljudi žele decu*. Ispitivanjem su obuhvaćene dve grupe subjekata: (a) bračni parovi koji se leče od steriliteta i (b) bračni parovi koji imaju decu. Rezultati pokazuju da su veće razlike između ispitanika različitog pola, nego s obzirom na to da li par ima ili nema dece. Za muškarce obe grupe karakteristično je da žele da imaju decu, jer ih vide kao *nastavak loze i nosioce imena i stečenog imetka*. Žene žele decu prvenstveno kao *objekat roditeljske ljubavi, a doživljavaju ih kao potvrdu postojeće ljubavi između njih i njihovih partnera*. Svi ispitanici iz grupe brakova bez potomstva smatraju da *deca obogaćuju brak*, kao i svi muškarci koji imaju decu. Ovaj nalaz samo se delimično odnosi na žene: deo žena koji ima decu ne ističe da deca obogaćuju bračni život. Izgleda da to mogu tvrditi samo žene koje su imale sreću da zadovolje svoj materinski nagon i želju za potomstvom. ■



Bi psihologija trudnoće



Davanje života drugom biću grandiozan je akt, skopčan s neslućenim mogućnostima, ali i velikim rizikom. Plod, naime, nije pasivno prisutan putnik u utrobi majke. Veruje se da je Šopen prvo muzičko obrazovanje stekao u utrobi majke. S druge strane, alkoholizam trudnice utiče na to da novorođenče u prvim nedeljama života ispoljava apstinencijalni alkoholni sindrom.



Prof. dr
Miloš
Cvetković,
ginekolog

Trudnoću karakterišu brojne i izrazite anatomske, fiziološke i biohemijske promene. Njihov cilj je da omoguće optimalan razvoj ploda koji će, na taj način, u idealnoj sredini koja ga okružuje, u potpunosti izraziti nasledeni genetski potencijal. Mnoge od ovih promena nastaju veoma brzo posle oplodjenja i nastavljaju se tokom trudnoće, u najvećem broju slučajeva podstaknute fiziološkim dražima, poteklim od ploda ili plodovih tkiva.

GOJAZNE TRUDNICE RAĐAJU VELIKU I TEŠKU, A SLABIJE UHRANJENE, MANJU I MALOKRVNU DECU

Uticao mikrosredine, kako na razvoj fetusa, tako i na definisanje čitavog kasnijeg života, neosporan je i veoma značajan.

Idealno bi bilo kad bi priprema za začeće, trudnica, porođaj i roditeljstvo bili deo osnovne edukacije, počev od detinjstva, tako da trudnoća bude planirana na vrhuncu mentalnog i fizičkog zdravlja roditelja. U okviru opšte edukacije, svakako treba istaći značaj zdravog načina života, koji se održava, kako na kvalitet sopstvenih psihofizičkih mogućnosti i sposobnost začeća, ta-

ko i na kvalitet života deteta, određen ne samo tokom trudnoće, već i pre začeća.

U savetovalištu za planiranje porodice, pored uočavanja mogućih razlika koje mogu imati negativan uticaj na trudnoću, majku i plod, u okviru opšte edukacije, treba istaći značaj pravilne ishrane, izbegavanje cigareta, alkohola i droga. Ženama koje su prethodno rodile decu s anomalijom neuralne cevi, kao i onima s poremećajem ravnoteže šećera u krvi, savetuje se dopunsko uzimanje vitamina B9 (folna kiselina). Ženama vegetarijancima preporučuju se preparati gvožđa i vitamini.

Neadekvatna ishrana u trudnoći nosi određene rizike. Gojazne trudnice sklone su nastanku trudničkog dijabetesa, povišenom krvnom pritisku, uzrokovanom trudnoćom, rađanju velike i teške dece. Slabo

Idealno bi bilo kad bi priprema za začeca, trudnica, porođaj i roditeljstvo bili deo osnovne edukacije, počev od detinjstva, tako da trudnoća bude planirana na vrhuncu mentalnog i fizičkog zdravlja roditelja. U okviru opšte edukacije, svakako treba istaći značaj zdravog načina života, koji se održava, kako na kvalitet sopstvenih psihofizičkih mogućnosti i sposobnost začeca, tako i na kvalitet života deteta, određen ne samo tokom trudnoće, već i pre začeca.

uhranjene žene rađaju slabije razvijenu, manju decu i češće su anemične.

Naporne fizičke vežbe i težak fizički rad tokom trudnoće imaju dokazane negativne uticaje na plod. Kod ploda se razvija povišene temperature tela, dolazi do gubitka tečnosti, nedostatka kiseonika, zastoja u rastu, a može doći i do prevremenog porođaja, s dobro poznatim negativnim efektima. U stanjima povišene telesne temperature majke (sauna, tople kupke, veći fizički napor, infekcije) nastaje porast raspadnih produkata mlečne kiseline, koji uslovljavaju porast ovih produkata i u serumu ploda, što može dovesti do njegovog oštećenja. Negativni uticaj povišenja temperature ogledaju se u zastoju rasta ploda, poremećuju razvoja centralnog nervnog sistema (prevashodno mozga), psihomotornoj zaostalosti, razvoju ploda s ne-normalno malom glavom ili nakošću lica.

FETALNI ALKOHOLNI SINDROM (FAS)

Konzumiranje alkohola u periodu pre začeca, kao i u trudnoći takođe može imati neposredne (fetalni alkoholni sindrom – FAS) i po-

sredne, udaljene posledice. Minimalna neškodljiva količina alkohola u trudnoći nije poznata. Alkohol – pretpostavlja se – blokira prenos



magnezijuma kroz posteljicu, dovodi do zastoja rasta ploda, kako tokom trudnoće, tako i kasnije, po rođenju, zatim do oštećenja centralnog nervnog sistema, mentalne zaostalosti. Abnormalnosti lica i urođenih anomalija. Novorođenče u prvim danima, nedeljama života ima apstinencijalni alkoholni sindrom, dakle, njegov organizam pati zbog prestanka unošenja alkohola od koga je stvorena zavisnost, i ovo se karakteriše neprekidnim plačem, poremećajem sisanja i opistotonusom (grčem celog tela u vidu luka – potiljak i pete su na podlozi, a telo je izdignuto i kao da pravi "most").

Nikotin prouzrokuje nedostatak kiseonika i slabu pokretljivost

ploda. Nastaje zastoj rasta ploda, a u kasnijem periodu, posle rođenja, dolazi do poremećaja intelektualnog i emocionalnog razvoja. Češća je nezrelost ploda, prerano pucaanje plodovih ovojaka i povremeno odlublivanje normalno usađene posteljice. Minimalna bezopasna koncentracija nikotina nije sa sigurnošću utvrđena, ali se misli da količina popušanih cigareta manja od deset dnevno ne dovodi do navedenih negativnih efekata, ili su bar manje izraženi.

Kokain, najčešće korišćena droga, izaziva skupljanje krvnih sudova i nastanak nakaznosti ploda. Najčešće uočeni negativni efekti na plodu su nedovoljna prokrvljenost, krvarenje i infarkt centralnog nervnog sistema, razvoj ne-normalno male glave, psihomotorna zaostalost i sindrom iznenadne smrti deteta u periodu posle porođaja, a i kasnije.

DECA ANKSIOZNIH MAJKI IMAJU "TEŽAK" TEMPERAMENT

U literaturi postoje radovi koji ukazuju na značajan uticaj navika i emotivnog života majke na plod. Naime, smatra se da plod nije

pasivno prisutan putnik u materici majke. Veruje se da je Šopen prvo muzičko obrazovanje stekao još u majčinoj utrobi. Uočena je promena frekvencije (ritma) srca ploda kada "čuje" glas svoje majke. Harmonična bračna sredina ne samo da doprinosi normalnom toku trudnoće, već ima i značajnog udela na život novorođenčeta, a i kasnije odraslog čoveka. Plod reaguje na stresogene situacije, promene dijetetskog režima, zvuk, pokrete majke, promene u intenzitetu svetla. Da li će odrasla jedinka biti "jutarnji" ili "noćni" tip, definisano je, kako se pretpostavlja, navikama majke u toku trudnoće. Emocije majke utiču na učestalost i trajanje disanja i pokreta tela ploda. Plodovi anksioznih majki su aktivniji.

Emotivno stanje majke tokom trudnoće ima uticaja na rano detinjstvo, kasno detinjstvo, a možda čak i na odraslo doba deteta. Deca anksioznih majki imaju češće probavne probleme, više plaču i imaju "težak" temperament. Zamerka

ovoj hipotezi ogleda se u nepoznatom uticaju genetskih faktora i neposredne okoline na emotivni razvoj deteta posle rođenja. Naime, anksiozne trudnice kasnije su i anksiozne majke, sa nesumljivo negativnim uticajem na ponašanje i navike deteta.

ŠEĆERNA BOLEST DAJE "GORKE" POSLEDICE

Dijabetes melitus, šećerna bolest, najčešće je endokrino oboljenje majke u trudnoći, ima brojne negativne uticaje, kao na tok trudnoće, tako i na plod i na kasnije odraslo doba deteta. Poznavanje mehanizama koji dovode do ove bolesti, adekvatna kontrola pre začeća, uz postizanje idealne ravnoteže šećera u krvi, edukacija pacientkinja (samo-kontrola, striktna kontrola tokom



Alkohol – pretpostavlja se – blokira prenos magnezijuma kroz posteljicu, dovodi do zastoja rasta ploda, kako tokom trudnoće, tako i kasnije, po rođenju, zatim do oštećenja centralnog nevnog sistema, mentalne zaostalosti. Abnormalnosti lica i urođenih anomalija.



trudnoće, porođaja, kao i posle porođaja), učinili su da rađanje zdravog potomstva nije fikcija, već stvarnost. Žene s dijabetesom treba shvatiti kao uslovno zdrave, a njihovu želju za materinstvom kao opravdanu i prirodnu.

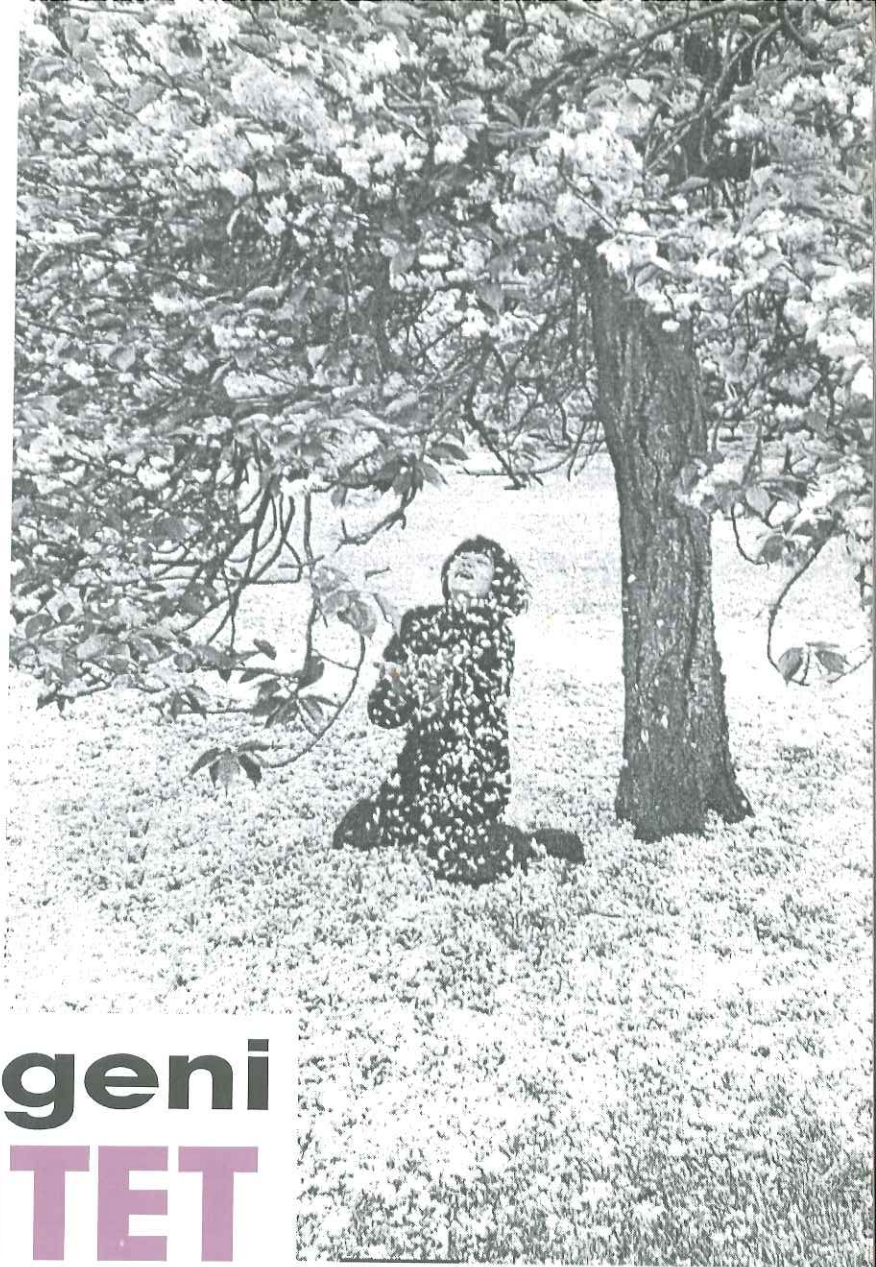
Negativan uticaj dijabetesa započinje se već u najranijoj trudnoći. Dolazi do poremećaja metabolizma, s oštećenjem funkcije žumančane kese, i poremećaja ishrane embriona. Urođene anomalije u trudnoćama komplikovanim dijabetesom majke viđaju se u 6-10% slučajeva, i dva do tri puta su češće u odnosu na ukupnu populaciju. Urođene anomalije nastaju u uslovima povišenog ali i sniženog nivoa šećera u krvi, stvaranja ketonskih tela, nemogućnosti iskorišćavanja glukoze, koja je osnovni izvor energije, itd. Ne treba gubiti iz vida imunološke činioce, kao ni genetsku predodređenost češće nego kod zdravih trudnica, s normalnim tokom trudnoće.

Povećan broj mrtvorodne i obolele dece u trudnoćama s dijabetesom majke uslovljen je, pored urođenih anomalija, i nedostatkom kiseonika, velikim dimenzijama ploda, zastojem rasta, usporenim sazrevanjem pluća, nezrelošću, itd.

Postoje takođe brojni biološki činiooci nepoznatog porekla koji onemogućavaju ispravnu komunikaciju majke i ploda (feto-maternalnu komunikaciju), a koji imaju za posledicu prerano sazrevanje ploda (prematurnitet), rađanje krupne dece (makrosomija), zastoj rasta, druge pojave koje utiču na povećanu smrtnost novorođenčadi.

Bolje poznavanje feto-maternalne komunikacije – osnova za normalan i skladan razvoj ploda – omogućuje i suptilnije spoznaje patofizioloških zbivanja i negativnih posledica na život jedinice u dečijem i odraslom dobu. ■

Problem psihogenog steriliteta je kompleksan. Ako ne postoje ubedljivi naučni dokazi da je sterilitet kod izvesnih parova posledica dejstva psiholoških faktora, nesumnjiva je činjenica da sam sterilitet uzrokuje stres. Šta se uopšte zna o psihogenom sterilitetu?



PSIHO **geni** STERILITET -poremećaj kao **kazna**



Prof. dr
Srbobran
Miljković,
neuropsihijatar

Uobičajeni stav u medicini, da sve što se ne može objasniti trenutnim saznanjima egzaktne nauke pripada oblasti psihologije, ogleda se posebno u domenu afertiliteta i steriliteta. Ve-

ruje se da afertilnost pogađa oko 10% parova, a među njima oko 10 do 20 % nema očigledne medicinske uzroke svoje neplodnosti. Ovaj mit o magičnoj moći psihologije da objasni pojavu steriliteta u slučajevima kad je tradicionalna medicinska nauka nemoćna, kao i da svojim intervencijama pomogne rešavanju tako delikatnog problema, počiva na dvema realnim situacijama: gubitku menstruacije u žena koje su smeštene u koncentracione logore i začecju nastalom nakon adopcije (usvajanja) deteta.

Dok se u prvom slučaju objašnjenje može naći u potrebi žene da se biološka egzistencija sačuva prekidom gubitka krvi u situaciji kad je

unos hrane smanjen, podatak da izvesni parovi koji su mnogo godina bili bez dece dobijaju sopstveno dete ubrzo nakon usvajanja, smatra se dokazom da postoji psihogena afertilnost. Ova pojava objašnjava se činjenicom da adopcija deteta smanjuje stanje napetosti koje je uzrokovano ambivalentnošću prema materinstvu, strahom od odgovornosti, itd. Suprotni stavovi, međutim, ukazuju na to da ne postoji veza između iskustva materinstva i oslobođanja od afertilnosti: iskustvo materinstva u izvesnim slučajevima samo precipitira događaj, koji bi se u svakom slučaju dogodio pre ili kasnije. Drugi terapeuti navode da se psihološka intervencija lekara, koja prethodi odluci para da usvoji dete, u

Nesposobnost da se začne ili iznese trudnoća predstavlja narcističku povredu ličnosti i značajan psihološki gubitak. Pacijenti koji su iskusili ove probleme izjavljuju da se ne osećaju pravim muškarcem ili pravom ženom. Ovakvo osećanje često se odražava na seksualno ponašanje.

vidu saopštenja da ne postoji ili postoji mala šansa da se koriguje njihova afertilitet – bolje doživljava, nego li ostavljanje u neizvesnoj prognozi.

Ideja da sterilitet ili fertilitet mogu biti pod uticajem psiholoških faktora leži u osnovi brojnih legendi, dajući fertilitetu mitski karakter (bacanje pirinča ili žita na mladence, vezivanje cipela za automobil kojim mladenci odlaze na bračno putovanje)...

Zaista, da li postoji psihosomatski poremećaj koji ima za posledicu naplodnost, pored odsustva telesnog oštećenja, ili poremećaja funkcija organa za reprodukciju?

PSIHA PROTIV PLODNOSTI

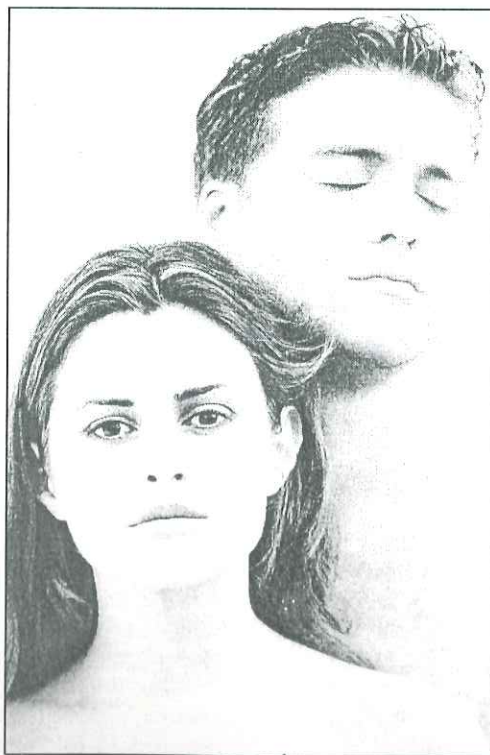
Brojni autori razmatrali su ulogu različitih puteva koji mogu uticati na pogoršanje fertiliteta, usled stimulusa s bilo kog nivoa polnih organa: iz vagine, uzrokujući hemijske promene koje uništavaju spermatozoide; iz grlića materice, usled najčudnijeg, gotovo protivprirodnog mehanizma "antimaterinskog orgazma", u toku koga se sperma izbacuje iz grlića materice i vagine serijom nevoljnih grčeva (objašnjenje zbog čega žena u momentu doživljavanja orgazma ne može ostati trudna) iz jajovoda, provocirajući funkcionalne smetnje u vidu grča. Novija istraživanja ukazuju na postojanje antispermatskih antitela u krvi normalnih žena. Takva inkompatibilnost u ljudi, koju u životinja odgajivač može rešiti zamenom mužjaka, verovatno je cena monogamije.

Kako objasniti uticaj emocija na pogrešno funkcionisanje pojedinih delova, ili čitavog genitalnog trakta?

Prva veza na koju je ukazano jeste ta, da je sterilitet udružen s frigidnošću, a da orgazam olakša-

va začecje, te da se lečenjem jednog problema automatski rešava drugi problem (H. Deutsch: "Za normalnu ženu koitus psihološki predstavlja prvi akt materinstva... način na koji se akt odvija za nas je često pokazatelj strukture njene ličnosti, posebno dela njene ličnosti koji je u direktnoj vezi za oplodnjom"). Kasnije istraživanje ukazala su na to da "kada žena želi da bude trudna, ona sve više postaje frigidna u odnosu na partnera". (Benedit).

Nesumnjivo je dokazano da se stanje napetosti zapaža češće u sterilnih žena, nego što pokazuju žene koje su rađale. Najčešće je ono povezano s emocionalnim šokom koji utiče na promenu funkcija hormona, sa strahom od trudnoće i pobačaja, ili je uzrokovano bračnim, profesionalnim ili drugim egzistencijalnim problemima.



PREDPOSTAVLJENI TIPOVI NEPLODNIH ŽENA

Iako nema dovoljno pouzdanih dokaza o ulozi strukture ličnosti u afertilitetu žena, najpopularnija hipoteza je u vezi s ambivalentnim stavom u odnosu na materinstvo. Bez obzira na intenzitet ispoljavanja svesne želje da se postane majka, sugerise se da je to u stvari maska nesvesne reakcije na materinstvo. Pretpostavljeni efekat ovog konflikta, između želje da se ima dete i strepnje kako biti majka, jeste kočenje jednog ili više mehanizama neophodnih za oplodnju.

Pri pokušaju da se opišu psihološki tipovi sterilnih žena najčešće se pominju:

– psihička i /ili emocionalna nezrelost: slabe, osećajne, prezaštitene zavisne žene, koje prikrivaju svoju agresivnost prema majci;

– maskulini / agresivni tip, koji odbija žensku ulogu, pa samim tim i materinstvo;

– naglašeno materinski tip, koji investira svoj materinski duh pre svega u svog supruga i tretira ga kao sina; biti roditelj predstavlja ozbiljnu pretnju bliskosti bračnih partnera i začecje se nesvesno izbegava.

– žensko-erotivni tip, za koji je materinstvo teškoća, izvor briga,

– opsesivni tip, visokih intelektualnih potencijala, koji ne može da reši konflikt profesije i svoje uloge u domaćinstvu nerado se odriče ambiciozne karijere;

– hronično anksiozne žene, koje nisu u stanju da se emocionalno investiraju u trudnoću.

Ovi tipovi žena ponaosob se opisuju, jer je tako pogodnije, ali mogu postojati u različitim kombinacijama.

Treba naglasiti da u psihološkoj literaturi ima i suprotnih

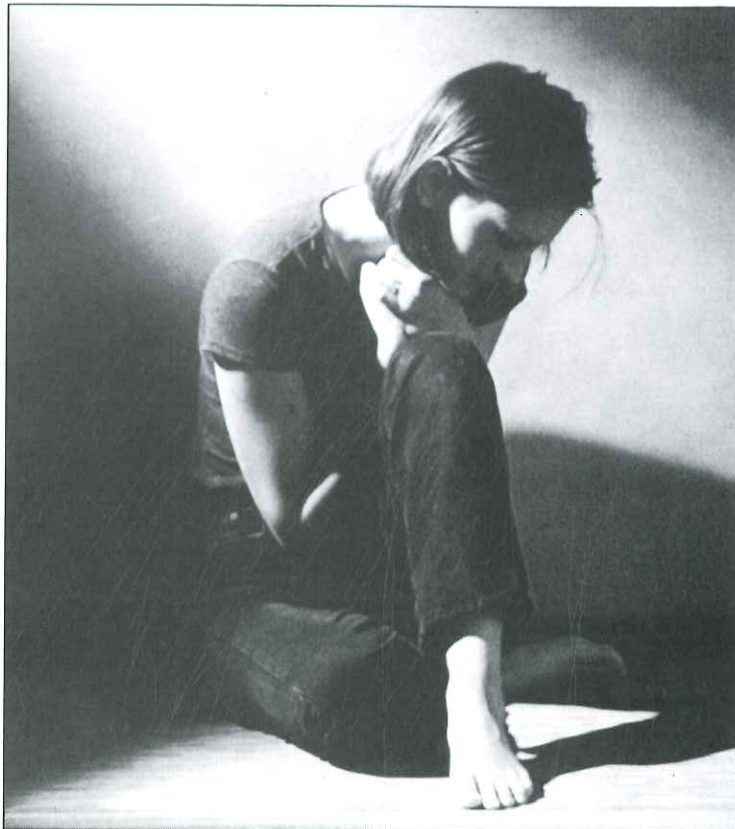
stavova, prema kojima ličnost sterilnih žena nije ni po čemu specifična, posebno maskulina ili infantilna, jer ne postoje relevantni podaci iz ozbiljnih kliničkih istraživanja, koji bi potvrdili hipotezu o tipičnom profilu takvih ličnosti.

Razmatrajući nesvesne mehanizme sterilnih žena, Loftus konstatuje predominaciju majčine i odsustvo očeve figure (otac slab, odbačen ili odsutan) i sputanu agresivnost prema majci (strah od gubitka njene ljubavi, osećanje krivice zbog neprijateljskih osećanja prema majci). Langer je pokazao da su izvesne sterilne žene ostale trudne nakon što su proživele težak period (ratovi, ekonomske neprilike), jer su tada imale osećaje da su okajale svoje grehe.

Ortodoksní sledbenici Frojda analizirali su odnos sterilne žene sa slikom koju je imao otac u njihovom životu. Frojd je, naime, ukazao na to da se u normalnoj evoluciji žene želja za penisom u preedipalnoj fazi psihoseksualnog razvoja progresivno zamjenjuje željom da se ima dete, najpre od oca, potom od muža. U izvesnim slučajevima veza za oca ostaje kao privilegovana relacija žene koja je sterilna, zbog toga što bi svako začecje imalo karakter opasne incestuozne veze. Kod infantilnih žena koje nikada nisu napustile primarni odnos otac – kći postoji nesvesna želja da se održi ovakav odnos, koji bi bio naružen prisustvom deteta koje je začeto od drugog čoveka.

AGONIJA IDENTITETA

Problemi afertilnosti i terapijske procedure, navode parovi podvrgnuti ispitivanju i lečenju, tretiraju se kao stresogeni doživljaj, a žene ih opisuju kao najveću životnu krizu koju su ikada iskusile. Myers iznosi iskustvo da



se žene prijatnije osećaju kad govore o fertilitetu, iskazujući svoje emocije, dok muškarci imaju potrebu da se prikažu jakim, prikrivajući svoja osećanja kroz rad ili neki hobi. Nesposobnost da se začne ili iznese trudnoća predstavlja narcističku povredu ličnosti i značajan psihološki gubitak. Pacijenti koji su iskusili ove probleme izjavljuju da se ne osećaju pravim muškarcem ili pravom ženom. Ovakvo osećanje često se odražava na seksualno ponašanje: pacijenti mogu izbegavati seksualne aktivnosti ili, u pokušaju natkompenzacije, odaju se pomamnim seksualnim aktivnostima.

Novi način tretiranja afertilnosti donose i mnoge dileme: da li se lečiti u svom mestu, ili putovati u poznate centre, kome se obratiti, da li su mere lečenja dovoljno efikasne? Dijagnostička procedura i tretman afertilnosti izuzetno su skupi, često zahtevaju preformulaciju seksualnih odnosa i njihovo odvijanje po od lekara propisanim pravilima. Menstrualni ciklus i ovulacija podvrgavaju se uticaju hormona koji se doziraju, jajna ćelija se vadi iz ženskog tela, dok se spermatozoidi pribavljaju kroz akt masturbacije. Na taj način parovi su lišeni

sopstvene seksualne intimnosti, a njihova uloga svodi se na objekte prokreacije. Tokom tretmana afertilnosti svaki menstrualni ciklus je krešendo nade i uzbuđenja, koji se često završava razočaranjem. Takođe, postoji i suprotan efekat i smanjena učestalost koitusa usled promena u raspoloženju. Stanway (1980) je skrenuo pažnju za rizik od jatrogeno izazvane nesposobnosti kod parova kojima medicinsko osoblje "ne da mira"!

Afertilni parovi mogu povremeno doživljavati okolinu kao prepunu trudnih žena i srećnih roditelja. Činjenica da izvestan broj žena namerno abortira, ili postaje neodgovarajući roditelj potencijalno je bolna za

parove bez dece. Stoga, kod njihovog kontakta s tuđom decom može provocirati ljubomoru i bes, emocije koje kod njih izazivaju oseća krivice i čine prethodna zadovoljstva u druženju s prijateljima veoma bolnim. Sve ovo nameće ključno pitanje: koliko, zapravo, vremena, emocija, energije i novca treba potrošiti da bi neko postao roditelj?

Problem je očigledno kompleksan: ako nema ubedljivih naučnih dokaza da je sterilitet kod izvesnih parova posledica neposrednog dejstva psihičkih faktora, nesumljivo je da on sam po sebi predstavlja stres. Istraživanja su pokazala veliku zastupljenost anksioznosti u toku lečenja steriliteta, ali i visok procenat depresije nakon neuspeha lečenja, čija klinička ekspresija veoma podseća na oplakivanje umrle bliske osobe.

Bez obzira na to da li konačno rešenje problema zavisi od medicinske pomoći, ili je ono u domenu lične odluke zainteresovanih partnera, nameće se problem cene, koji određuje kvalitet života nesuđenih roditelja. ■



Intervju: Dr Aleksandar Ljubić, ginekolog

TEHNOPSIHOLOGIJA PROIZVODNJE DECE

"Psihologiji danas" pružila se retka prilika da razgovara s mladim stručnjakom (tek je prešao četrdesetu godinu života), koji nije političar, a ipak je opterećen velikim brojem funkcija. Reč je o Aleksandru Ljubiću, doktoru medicinskih nauka, iz oblasti humane reprodukcije, asistentu medicinskog fakulteta u Beogradu, generalnom sekretaru Udruženja ginekologa i ipstretičara Jugoslavije, sekretaru međuoddeljenskog odbora za biologiju humane reprodukcije SANU, članu svetske i evropske asocijacije za perinatalnu medicinu i članu Evropskog udruženja za humanu reprodukciju. Pre nekoliko godina dobio je Oktobarsku nagradu grada Beograda i američku nagradu za istraživanja o infekcijama u trudnoći. Radi (i praktično živi!) na Odeljenju za visoko-

rizičnu trudnoću i na Odeljenju asistirane reprodukcije Instituta za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Srbije.

Interesovale su nas teme u okvirima psihologije steriliteta, visokorizičnih trudnoća i svojevrsni društveni i etički problemi rađanja, uz asistenciju (pripomoć) stručnjaka raznih profila. Uproščeno rečeno, šta se dešava s majkama čiji je materinski nagon ometen teškoćama u rađanju, zatim s očevima, biološkim ili socijalnim, s muškarcima i ženama donatorima sperme i jajne ćelije, implikacijama rađanja deteta više godina posle smrti oca, s kloniranjem...

Da prepustimo ipak reč dr-u Aleksandru Ljubiću.



Tatjana
Stefanović-
Stanojević,
psiholog

♦ *Pre nego što vam postavim pitanje o psihologiji steriliteta, želela bih da ukratko prokomentarišete sledeći eksperiment sa životinjama. S jedne strane elektrificirane podloge situirani su ženka i mužjak pacova, a s druge strane tek rođeno mladunče. Da bi došle do mladunčeta, životinje su morale da pređu preko podloge koja ih je kažnjavala jakim i izrazito bolnim električnim udarima. Prelazile su samo ženke.*

I pored raznih priča koje sam čula o ponašanju majki i očeva u sličnim (ali prirodnim!) ljudskim situacijama, ne verujem da su očevi zadržali neku vrstu pacovske filozofije.

Odgovor: Sigurno je da je eksperiment o kome govorite veoma interesantan. Bez obzira na to što niste za to da se uspostave paralele između eksperimenata na životinjama i ljudima, u svakodnevnoj praksi nailazimo na stalne primere da su žene spremne da urade mnogo toga, da ne kažem sve, da bi došle do potomstva, dok muškarci često nisu voljni ni da daju seme na analizu.

Humana reprodukcija veoma je složen fenomen, koji ima mnogo psiholoških implikacija. Da navedemo neke od problema humane reprodukcije, koji imaju važne psihološke posledice. U današnjem broju vašeg časopisa razgovaraćemo o nemogućnosti začeća, ili sterilitetu.

Važan problem u reprodukciji je *infertilitet*, ili nemogućnost iznošenja živog potomstva. Naime, jedan broj trudnoća (oko 15 do 17%) završava se spontanom pobačajem. Ovaj pore-

mećaj ponavlja se kod oko 5% žena. Sledećih 8 do 10% žena ima prevremene porođaje, koji su odgovorni za 75% smrtnosti i obolevanja novorođene dece. Oko 3% trudnoća komplikovano je urođenim anomalijama ploda. Dodatnih 10 do 15% žena ima teška oboljenja (šećerna bolest, povišeni pritisak u trudnoći, srčana oboljenja, oboljenja endokrinog – hormonskog sistema, vezivnih tkiva i druga). Kao što se vidi, više od polovine trudnoća spada u one koje imaju probleme sa iznošenjem potomstva.

Žene koje su imale spontane pobačaje imaju veliki strah da se tako nešto ne ponovi. Na našem Odeljenju (Odeljenju visokorizičnih trudnoća Instituta za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Srbije – prim. ur.) imali smo uspešne porođaje žena koje su imale veliki broj (i po 13) neuspelih trudnoća i bile trudne više od 10 godina (bez žive dece). Novi metodi dijagnostike i terapije pružaju šansu i ovim ženama da imaju potomstvo. Možete zamisliti koliko je njihovo psihičko opterećenje i kako one reaguju i na najmanji problem koji se u toku njihove trudnoće javi. Najmanji grč u trbuhu, da ne pominjemo krvavljenje, za njih je strašan šok. U terapiji ovih pacijentkinja od velike po-

"Problem steriliteta veoma je raširen. Procenjuje se da 15% parova ima probleme vezane za bračni sterilitet, tj. ne može da ima željeni broj dece. Veliki deo parova sa sterilitetom (s tendencijom sve veće zastupljenosti) kandidat je za tehnike asistirane reprodukcije. Smatra se da u Srbiji postoji 150.000 parova koji su kandidati za vantelesnu oplodnju (IVF – in vitro fertilizaciju). Da pojasnimo. Tehnike asistirane reprodukcije podrazumevaju manipulaciju reproduktivnim ćelijama – jajnim ćelijama ili spermatozoidima, tj. semenom, u cilju začeća – trudnoće"

moći je saradnja sa specijalizovanim psihologom.

Slične probleme imaju i žene koje imaju preteći prevremeni porođaj. One su duži vremenski period vezane za postelju, s posebnim higijensko-dijetskim režimom. Ove specifičnosti važe za sve trudnoće visokog rizika.

Kod nekih trudnica može biti u velikoj meri prisutan strah od po-

rođaja, bilo da je reč o prirodnom putu, tj. vaginalnom porođaju, bilo o carskom rezu. Ovaj strah može se odnositi na bezbednost bebe ili na sopstvenu (što je ređe od prvog straha) bezbednost.

Kod svih trudnica prisutan je strah u vezi s ishodom trudnoće, tj. da li će novorođena beba biti normalna. Ovo je naročito prisutno u onim slučajevima, kad je trudnica već rodila dete s anomalijom, ili se to desilo u njenom okruženju. Ponekad je ovaj strah u toj meri izražen, da ometa normalno funkcionisanje i veoma ga je teško suzbiti racionalnim pokazateljima. Čak i primena najsavremenijih ispitivanja i tehnološki savršenih aparata, koji omogućavaju sagledavanje najfinijih detalja bebe u razvoju, nisu dovoljni da strah kod ovih trudnica svedu na prihvatljivu meru.

U slučajevima kad postoji komplikacija trudnoće koja može imati udaljene posledice (tj. one koje se pojavljuju tek u određeno vreme, i po nekoliko godina posle rođenja), majke su u konstantnom produženom strahu i stresu u pogledu razvoja svoga deteta.

♦ *Koji su najznačajniji psihološki aspekti asistirane reprodukcije, ili vantelesne oplodnje?*

Odgovor: Da se vratimo na temu na koju bi trebalo da se govori – psihološki aspekti asistirane reprodukcije ili vantelesne oplodnje.

Problem steriliteta veoma je raširen. Procenjuje se da 15% parova ima probleme vezane za bračni sterilitet, tj. ne može da ima željeni broj dece. Veliki deo parova sa sterilitetom (s tendencijom sve veće zastupljenosti) kandidat je za tehnike asistirane reprodukcije.

Smatra se da u Srbiji postoji 150.000 parova koji su kandidati za vantelesnu oplodnju (IVF – in vitro fertilizaciju). Da pojasnimo. Tehnike asistirane reprodukcije podrazumevaju manipulaciju reproduktivnim ćelijama – jajnim ćelijama ili spermatozoidima, tj. semenom, u cilju začeća – trudnoće.

Tehnike asistirane reprodukcije su:

– Inseminacija – ubacivanje posebno pripremljenog semena u različite delove genitalnog trakta žene, u: a) vaginu, b) grlić materice, c) šupljinu materice, d) jajovode, e) folikule, f) trbušnu šupljinu.

Složenije tehnike asistirane reprodukcije su:

– Vantelesna oplodnja – vađenje jajne ćelije i njena oplodnja van tela žene, s vraćanjem oplođene jajne ćelije u matericu.

– Mikrohiruske tehnike inseminacije – mikrohiruska manipulacija jajnom ćelijom i ubacivanje nekoliko, ili samo jednog, spermatozoida oko, ili u jajnu ćeliju žene, s vraćanjem oplođene jajne ćelije u matericu (PZD – delimično oštećenje spoljašnje membrane jajne ćelije; SUZI – injekcija nekoliko spermatozoida ispod

Kod bračnih parova najpre se javlja *neverica* u rezultate, s obzirom na to da se obično radi o sasvim zdravim ljudima. Po prihvatanju problema, javlja se krivica, s prebacivanjem njenog većeg dela na ženskog partnera. Zatim sledi period ispitivanja koji najkraće, kad su parovi izuzetno motivisani i zdravstveno obrazovani (što u našim krajevima nije čest slučaj) traje nekoliko meseci. Ovaj period obično se oduži i dovede do toga da jedan broj parova odustane od daljeg ispitivanja i time lečenje odloži za kasniji period.

Tokom ispitivanja steriliteta dolazi do *jatrogenizacije*. Parovi s ovim problemom postaju "pacijenti" i na neki način "bolesnici". U tom periodu počinje brojanje plodnih dana, temperiranje odnosa, očekivanje menstruacije. Seksualni odnosi gube *sponta-*

nologije. One zahtevaju savršenu operu i kvalifikovan kadar. S druge strane, složenost postupka zahteva intenzivnu saradnju pacijenata sa stručnim timom i njihovo razumevanje problema i detalja postupka, kako bi se izbegle greške koje mogu dovesti do neuspeha terapije.

Bez obzira na sva dostignuća koja su primenjena na ovom polju reproduktivne medicine, a koja su bitno promenila šanse pacijenata da dođu do potomstva, uspeh jednog pokušaja je oko 30 do 35% (trudnoća). Neka ilustracija uspeha metode bude činjenica da, kod normalno plodnih parova, tek svaki peti odnos dovodi do trudnoće (20%). Znači da je asistirana reprodukcija prevazišla prirodu u efikas-

"Kod jedne naše pacijentkinje, koja je na postupak vantelesne oplodnje došla iz inostranstva, postupak je tekao normalno sve do uzimanja jajnih ćelija. Kada smo videli kakve smo jajne ćelije dobili, bilo je potrebno da suprug da seme. Njemu to nije išlo od ruke (zamislite pritisak kome su izloženi muškarci koji moraju da seme daju masturbacijom, u određeno vreme, u uslovima koji su daleko od romantičnih). Kad se žena probudila iz anestezije i čula da suprug ne može da da uzorak, u čekaonici ga je nekoliko puta udarila kišobranom po glavi. Uz posredovanje medicinskog osoblja, situacija se smirila i oni su nekako uspeli da daju uzorak"

spoljašnjeg omotača jajne ćelije; ICSI – injekcija jednog spermatozoida u jajnu ćeliju).

– GIFT – vađenje jajne ćelije i njeno vraćanje sa spermatozoidima u jajovod.

– ZIFT – vađenje jajne ćelije i njena oplodnja van tela žene, s vraćanjem embriona u jajovod.

To su tehnike koje su se razvile posle prve uspešne vantelesne oplodnje 1978. godine. O novijim tehnikama biće reči kasnije. Da se vratimo bračnim parovima koji imaju problem steriliteta. Ovaj poremećaj u najvećoj meri se javlja kod inače zdravih ljudi. Sterilitet, pogotovu kad traje duže, menja socijalne i psihološke odnose u užoj i široj porodici, kao i u okolini. On izaziva osećaj sažaljenja kod okoline, želju svih da se uključe u rešavanje problema i da "pomognu", obično s potpuno suprotnim efektom.

nost i stavljaju se isključivo u funkciju reprodukcije. Bračni odnosi prolaze kroz krizu. Svako menstrualno krvavljenje, koje označava još jedan "neuspešni" mesečni ciklus, predstavlja *razočaranje* i povod za nova optuživanja.

Posle više godina povremenog ispitivanja i odlaska kod lekara i/ili nadrilekara, počinje medikamentozni ili hirurški tretman. Tek ukoliko ni ta terapija nema efekta, pacijenti se upućuju, ili samoodlučuju, na asistiranu reprodukciju. Ovo se, nažalost, najčešće dešava sa zakašnjenjem od više godina, kad su šanse za uspeh u lečenju bilo kojom terapijom znatno manje.

Kao što se iz uvodnog dela može videti, tehnike, vantelesne oplodnje podrazumevaju veoma složen način lečenja, uz upotrebu sofisticirane teh-

nosti. Posle tri postupaka zatrudni oko 60% a posle šest postupaka oko 75 do 80% žena.

Dakle, vantelesna oplodnja postavlja velike zahteve pred bračni par i stručni tim. Psihološki aspekti asistirane humane reprodukcije podrazumevaju *strah od nepoznatog* i od primene veoma komplikovane tehnologije. Kad već uđu u postupak, najbitniji problem je *strah od neuspeha* (i pored uložene energije, emocija i novčanih sredstava). Svaka faza postupka nosi neke rizike za neuspeh i samim tim predstavlja mali ispit za pacijente, što im donosi anksioznost.



U prvoj fazi medikamentozne pripreme i stimulacije ovulacije postoji rizik da jajnici ne odgovore na hormonsku terapiju stvaranjem jajnih ćelija. Svakodnevno određivanje nivoa hormona i ultrazvučno merenje folikula (šupljina u kojoj se nalaze jajne ćelije, *stres je za pacijente*).

Po stimulaciji ovulacije, nailazi faza prikupljanja jajnih ćelija. S jedne strane *strah od samog postupka*, koji podrazumeva ulazak iglom u jajnike, najčešće kroz vaginu, pod ultrazvučnom kontrolom, povećava napatost, a tu je i stalno prisutan *strah od neuspeha* postupka, tj. da se jajne ćelije neće dobiti. Sama intervencija za

Pojava menstruacije, je za te pacijente kraj sveta, bar tog momenta. Po toj frustraciji sledi obično ponovno okrivljavanje sebe i okoline za još jedan neuspeh. Kod uspešnog postupka, za one pacijente kojima je nalaz hormona u krvi pozitivan (još jedan stres iščekivanja), što ukazuje na trudnoću, nailazi period neizmerno *radosti, pomešan sa strahom*. Šta će biti sada? Da li će do kraja biti sve u redu? Da li je trudnoća u materici, ili van nje? Da li će beba biti zdrava?

Trudnoće nastale posle postupka vantelesne oplodnje nose specifične rizike i zahtevaju intenzivni nadzor. Česte su višestruke trudnoće. Često se, u ovim slučajevima, primenjuju prenatalni invazivni postupci, kao što su, recimo, smanjivanje broja embriona u materici (redukcija embriona, sa selektivnim usmrćivanjem jednog ili više embriona), invazivna prenatalna dijagnostika (uzimanje buduće posteljice, plodove vode ili bebine krvi, s ciljem otkrivanja različitih poremećaja). Kod svih ovih postupaka, pacijentkinje imaju daleko *više straha* za svoj plod, u odnosu na trudnice kod kojih je do trudnoće došlo spontano.

Kao što se iz rečenog moglo videti, postupci asistirane reprodukcije veoma su složeni i kod njih veliku ulogu ima psihičko stanje pacijenta. Izložićemo nekoliko primera koji će verno ilustrovati našu tezu.

Kod jedne naše pacijentkinje, koja je na postupak vantelesne oplodnje došla iz inostranstva, postupak je tekao normalno sve do uzimanja jajnih ćelija. Kada smo videli kakve smo jajne ćelije dobili, bilo je potrebno da suprug da seme. Njemu to nije išlo od ruke (zamislite pritisak kome su izloženi muškarci koji moraju da seme daju masturbacijom, u određeno vreme, u uslovima koji su daleko od romantičnih). Kad se žena probudila iz anestezije i čula da suprug ne može da da uzorak, u čekaonici ga je nekoliko puta udarila kišobranom po glavi. Uz posredovanje medicinskog osoblja, situacija se smirila i oni su nekako uspeli da daju uzorak. Ova priča nema baš srećan kraj. Suprugu je te noći pozlilo i on je, zbog izliva krvi u mozak, prebačen u bolnicu. Umro je iste noći. Posle dugog savetovanja s Etič-

kim komitetom i pravicima, toj ženi su vraćeni embrioni koje je začela s preminulim suprugom i ona se, ostavši trudna, s nerođenom bebom i mrtvim suprugom, vratila u zemlju iz koje je došla. *Anksioznost* tokom celog postupka, i verovatno i drugi uzroci, doveli su do tragičnog ishoda.

Drugi primer *stresa* koji je negativno uticao na uspeh postupka zabeležen je kod pacijentkinje kod koje je postupak protekao uspešno. Sutradan posle prve ultrazvučne kontrole, na kojoj je viđena živa i lepo smeštena beba, u materici majke, došlo je do akcidentalne smrti supruga. Dva dana kasnije konstatovano je da je došlo i do smrti ploda u materici.

♦ **"Psihologiju danas" posebno interesuju dva problema. Jedan se odnosi na psihopatološke posledice steriliteta. Da li postoje studije koje se bave ovim važnim pitanjem? I drugo, da li postoje studije, kod nas ili u svetu, koje su se bavile sudbinom (u širem smislu te reči) dece donesene na svet različitim metodama asistirane reprodukcije?**

Odgovor: Neuspeli pokušaji vantelesne oplodnje nose posebne psihosomatske implikacije. Pacijenti se, posle neuspešnih pokušaja IVF, žale na mnogo veći broj somatskih tegoba nego kontrolna grupa. Menstrualni poremećaji, bolovi, akne, vlažna koža, najčešći su simptomi. Ovi simptomi u velikoj su korelaciji sa stanjem depresije.

Žene sa neuspešnim pokušajima IVF-a na višem su socijalnom nivou. Ovo je verovatno posledica izraženog pozitivnog stava, s ciljem prevazilaženja unutrašnjih (skrivenih, potisnutih) strahova.

Velika holandska studija je, u svojim ispitivanjima o psihoemocionalnim iskustvima žena koje prolaze kroz program lečenja steriliteta, došla do sledećih zaključaka. Žene s ovim problemom imaju veću prevalencu negativnih emocija od kontrolne grupe. Kod njih su, u većem broju, prisutne promene u odnosu sa partnerom. Seksualni život takode je promenjen, u negativnom smislu. U vreme konsultacija ovi pacijenti su češće bili u depresivnom raspoloženju, sa smanjenom memorijom, i koncentracijom i vrednovanjem sopstvene ličnosti, s prisutnim strahovima i anksioznošću.



neke pacijentkinje predstavlja bolan čin, zbog čega se one odlučuju za opštu anesteziju. Druge pacijentkinje se plaše gubitka kontrole nad situacijom nesvesnog stanja i toga da se neće probuditi iz anestezije, pa radije trpe bol.

Sledeća dva do tri dana prolaze u *ogromnom iščekivanju* – da li će se jajna ćelija oploditi i, ukoliko se oplodi, da li će se embrion deliti. Posle vraćanja embriona u matericu, sledi *period iščekivanja, pomešan s nadanjem* – da li će doći do trudnoće.

Postoje velike studije koje su ispitivale psihološki razvoj dece posle postupka asistiranu reprodukcije. Ovo je posebno interesantno kod dece koja su rođena uz donaciju biološkog materijala. Velika australijska studija nije ukazala na razliku u psihološkom razvoju dece posle donacije jajnih ćelija ili spermatozoida, u odnosu na spontano začetu ili usvojenu decu.

♦ *Jasno je da je razvoj tehnika asistirane reprodukcije otvorio čitav niz problema, ne samo psihološke prirode. Pretpostavljamo da se granice rađanja, u pogledu godina proširuju, a tu su i problemi donacije...*

Odgovor: Razvoj tehnika asistirane reprodukcije zaista je stvorio čitavu paletu novih terapijskih mogućnosti. One sa sobom nose brojne psihološke, etičke, moralne, religijske i socijalne dileme. Danas se može izvršiti ne samo donacija sperme, što je postupak koji postoji od početka ljudske vrste, već i iskoristiti jajna ćelija donatora. Ova tehnika dovela je do velikog broja trudnoća kod žena preko 50, pa i 60 godina starosti. Sigurno je da je psiha ovih žena opterećena brojnim, nažalost opravdanim strahovima za svoju budućnost, i vezi s mogućnošću da novorođeno dete izvedu na put, i slično.

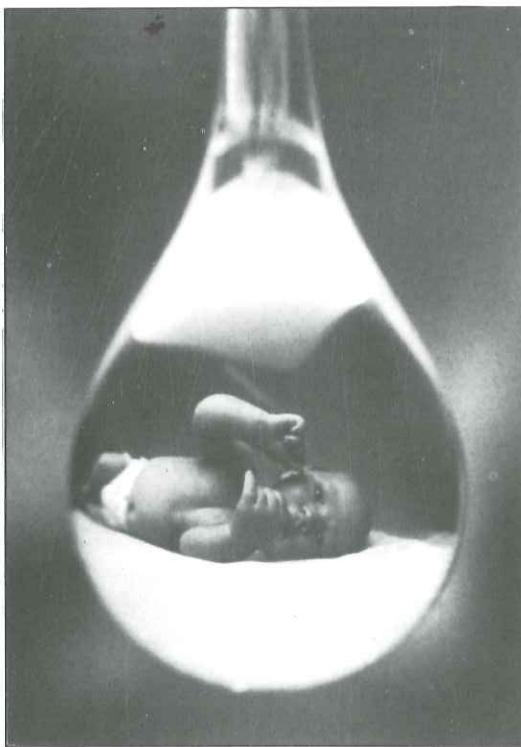
Dovoljno je da samo navedemo koje su to grupe žena koje se odlučuju na ovaj postupak, pa će biti jasno koliko je njihovo psihičko opterećenje. To su obično pacijentkinje kojima je to drugi, treći brak (ili ih je u pitanju više) u kome obično deset do dvadeset godina mlađi, muž nema dece. Želja da mu žena radi decu obično je povezana s "učvršćivanjem" veze. Te žene najčešće imaju unuke, koji onda čekaju da im se rode tetka ili stric.

Drugu veliku grupu sačinjavaju pacijentkinje koje su imale tragediju da im dete (ili deca) strada u njihovoj mladosti. Ovi parovi su sa takvim opterećenjem, da se desi da celo osoblje plače zajedno s njima. Jedna od naših pacijentkinja iz te grupe je, kad smo je

poveli u salu na porođaj, zaplakala po prvi put za sve vreme postupka vantelesne oplodnje i trudnoće. Na naše pokušaje da je smirimo, odgo-

Uspeh jednog pokušaja je oko 30 do 35% (trudnoća). Neka ilustracija uspeha metode bude činjenica da, kod normalno plodnih parova, tek svaki peti odnos dovodi do trudnoće (20%). Znači da je asistirana reprodukcija prevazišla prirodu u efikasnosti. Posle tri postupaka zatrudni oko 60% a posle šest postupaka oko 75 do 80% žena.

vorila je da ne plače zbog straha za sebe ili buduće dete, već zbog toga što, održavajući trudnoću, nije mogla da ode na grob svoje devojčice, koji je



prethodnih osam godina posećivala svakog dana.

Da se vratimo na stavove prema donaciji. Za donaciju reproduktivnih ćelija karakteristično je:

1. Donacija je socijalno pitanje. Oko 90% donatora diskutuje o ovom problemu s partnerom, familijom i/ili prijateljima.
2. Altruistički motivi važni su u ovoj grupi pacijenata.
3. Donori su zabrinuti zbog načina uzimanja jajnih ćelija (iglom kroz zid vagine);
4. Primaocem najviše brinu karakteristike davaoca.

5. Većina davalaca (63%) i primalaca (72%) reproduktivnih ćelija ponovila bi intervenciju.

Dve trećine donatora voleli bi da primalac zna njihov identitet, a samo 20% primalaca žele da donor zna kome je izvršena donacija. Sedamdeset procenata donatora anonimno bi dali materijal poznatom licu.

Što se kontakta donatora s decom rođenom iz postupka IVF tiče, ogromna većina primalaca smatra da donor ne bi trebalo da kontaktira s detetom. Polovina donatora ne bi imala ništa protiv ukoliko bi dete bilo kasnije s njim u kontaktu. Većina primalaca i polovina davalaca ne bi volela da zna da su rođeni zahvaljujući donaciji jajne ćelije.

♦ *Na kraju, šta nas očekuje u budućnosti? Da li ima smisla Huhly-jevo proročanstvo da će nastupiti vreme kad će se deca začinjati isključivo vantelesnim putem?*

Odgovor: Ne bih želeo da budem prorok.

Da samo nagovestimo šta nas čeka u budućnosti.

Postojanje surogat-majki, koje iznajmljuju svoju matericu.

Mogućnost preimplantacione dijagnostike, tj. ispitivanja nasledne osnove pre vraćanja embriona u matericu. Ovo ukazuje na mogućnost biranja pojedinih karakteristika (pola, na primer!)

Kloniranje?

Razvoj novih tehnologija ne vodi nas uvek, samo i jednosmernom, napred. On sa sobom nosi opasnosti, kako za one koje lečimo, tako i za one koji leče.

Dakle, da zaključimo, mislim da smo ukazali na to u kojoj meri psiha reaguje na sve što se oko nas dešava, pa i na terapijski tretman problema steriliteta. Kao terapeuti, sagledali smo da ona može biti naš saveznik, ali i protivnik. To čini one koji mogu da sagledaju probleme ljudske psihe (psihologe, ginekologe, prijatelje, neprijatelje...) mnogo moćnijima u onome što rade. ■

Od našeg saradnika
iz Londona

OVCA I PACOVI

u tehnologiji razmnožavanja



Suzana
Amovrosiou,
psichoanalitički
psihoterapeut

DA LI BISTE VOLELI DA BUDETE KLONIRANI?

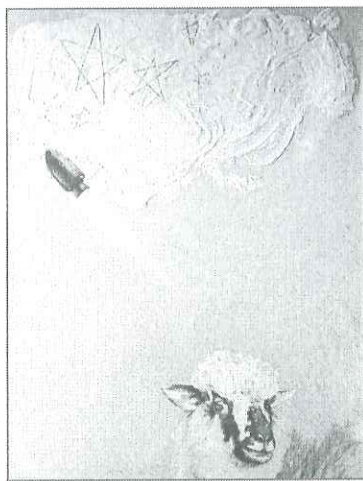
Nakon rođenja ovce Doli pojavilo se i ostalo otvoreno kontraverzno pitanje humanog kloniranja. Klon je veštački stvorena, identična kopija postojećeg organizma. Genetska informacija o čoveku, biljci ili životinji, sadržana je u dugim, složenim lancima, jedinjenjima koja se zove DNK (dezoksiribonukleinska kiselina). Neki njen deo može se uzeti iz ćelije "originala" i staviti u jajnu ćeliju koja zatim izrasta u organizam sa identičnom DNK, pa samim tim i identičnim genetskim osobinama kao i prvobitni organizam. Izražena briga o reprodukciji ljudskih klonova, uključujući bezbednost ali i druga etička pitanja, rezultirala je potpunom zabranom njene upotrebe u bilo koje svrhe. Pa ipak, mnogi u ovim tehnikama vide korisne stvari koje bi dovele do razvoja tehnika, lečenja ozbiljnih bolesti...

U Britaniji je kloniranje zakonski kažnjivo i sva istraživanja na tu temu su zabranjena od jula 1999 godine. Naučnici tvrde da terapeutsko kloniranje može eventualno podrazumevati korišćenje delova organizma, kao što su: koštana srž, koža... ili čak čitavih organa, kao: srce, jetra... koji bi se kasnije transplatalirali i čime bi se izbeglo odbacivanje transplatalata od strane organizma.

Februara 1997 ovca Doli, prvi kičmenjak kloniran iz somatske ćelije odrasle životinje, probudila je veliki interes javnosti i izazvala brojne komentare u medijima. Glavni motiv bio je da se genetski unapredi stočarstvo. Ova tehnologija može da unapredi produkciju transcenetskog stočarstva, npr. povećanje humanih proteina u mleku transcenetske stoke.

Većina evropskog voća i povrća su klonovi. Ali kada govorimo o kloniranju čoveka nailazimo na brojna etička pitanja. Kako se danas nauka razvija i šta je najaktuelnije u oblasti tehnopsihologije proizvodnje dece u Velikoj Britaniji ilustruje ovaj revijalni članak. Podaci za ovaj članak dobijeni su iz: Nacionalno ministarstvo za zdravlje – UK, Instituta za istraživanje neplodnosti – UK i Medicinskog žurnala (sep. '99)

Bez obzira na brojne prednosti ove metodologije javlja se opravdana briga da se ove metode mogu koristiti i za kloniranje čoveka.



NAUČNO-FANTASTIČNE BEBE

Danas je teorijski moguće da i muškarci imaju bebe. Profesor Robert Winston, prvi čovek Londonske klinike za oplodnju, izjavio je ove godine: "Obzirom da postoje dokumentovani slučajevi žena koje su izvele trudnoću u trbušnoj duplji, praktično je moguće da se iznese trudnoća bez postojanja materice". Muška trudnoća je definitivno moguća i bila bi potpuno ista kao i kod žene da vanmateričnom trudnoćom. Da bi se trudnoća održavala muškarac bi dobijao mnogo ženskih hormona. Porodaj bi se vršio carskim rezom, a moguće komplikacije i rizici unapred bi se predvideli. Napredak tehnologije i nauke omogućio bi na ovaj način muškim homoseksualnim parovima da imaju decu, kao i heteroseksualnim parovima kod kojih žena nije u stanju da iznese trudnoću.

GLODARI ČUVAJU SPERMU NEPLODNIH MUŠKARACA

Istraživač Nikolas Sofikitis iz Jonaga u Japanu ubacio je injekcijom ljudsku spermu u testise 10 pacova i 8 miševa. 5 meseci kasnije detektovao je izuzetno velike količine zrele ljudske sperme u 3 pacova i 2 miša. Kod jednog pacova pokretljivost spermatozoida bila je bolja nego kod većine plodnih muškaraca. On je dalje nastavio saradnju sa italijanskim naučnikom Severinom Antanorijem koji tvrdi da su od tada rođene četiri bebe pomoću ove tehnike. Ukoliko bi se ova metoda mogla izvoditi bez rizika od infekcije ili genetskih oštećenja, na ovaj način omogućilo bi se muškarcima sa malim brojem spermatozoida u spermi (koji sada koriste spermu donatora) da postanu očevi sopstvenoj deci.

DAJANA BLOOD

Dajana Blood ušla je u istoriju 1997. godine, rodivši dete dve godine nakon što je njen muž, otac deteta, umro. Lekari su uzeli spermu njenog muža dok je bio na samrti i zamrzli je. Posle dugogodišnje, sudske borbe izborila se za pravo da bude oplodena spermom svog pokojnog muža. Rodila je zdravog dečaka kome ipak u krštenicu nije mogla da upiše ime svog muža kao ime oca.

I pre slučaja Dajane Blood, čovek na samrti imao je zakonsko pravo da ostavi spermu kako bi mogao i posthumno postati otac. Danas i žene koje se leče od bolesti koje mogu ugroziti njihovu sposobnost začeća (npr. pacijentkinje obolele od raka koje se podvrgavaju hemoterapiji) mogu da izvade i zamrznuti jajne ćelije, kako bi kasnije, kada se steknu uslovi, mogle da zatrudne.■

IVF



Tamara Zdravković, molekularni biolog

I u ovom broju šifra umesto punog naslova. Reč je o skraćenici termina "in vitro fertilizacija", opštem nazivu za znatan broj tehnika kojima se žene oplođuju vantelesno, odnosno u laboratorijskim uslovima. Kod nas su u upotrebi dve rutinske IVF tehnike: klasična IVF i ICSI. Kako se to radi, čitajte u donjim redovima.

Dijagnoza neplodnosti obično se postavlja kad par u toku jedne godine, i nešto duže vreme nezaštićenog seksualnog odnosa ne uspe da začne dete.

Etiologija neplodnosti nije u potpunosti jasna. Procenjuje se da se ženski faktor kao uzrok steriliteta javlja u oko 40% slučajeva, a sa istom učestalošću javlja se i muški faktor. Kombinacija muškog i ženskog faktora prisutna je u 5% slučajeva, dok je u 15% slučajeva uzrok steriliteta idiopatski.

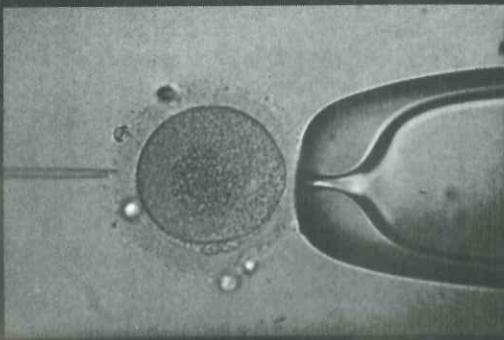
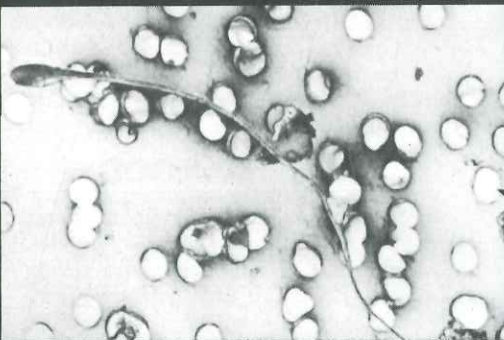
Prema nekim procenama, oko 15% svih parova je neplodno. Ako izuzmemo slučajeve u kojima žena ima kompletnu opstrukciju jajovoda, najveći broj parova prolazi kroz proces detaljnog ispitivanja uzroka steriliteta, pre nego što bude uključen u program asistiranu reprodukciju. Mnogi od ovih parova mogu da začnu dete već nakon nekog od bazičnih tretmana neplodnosti; kod drugih je, međutim, neophodno pribеći naprednijim (što po pravilu znači i agresivnijim) tehnikama asistiranu reprodukciju.

Smatra se da otprilike jedna trećina neplodnih parova predstavlja kandidate za *in vitro* fertilizaciju (IVF) – vantelesno (u laboratorijskim uslovima) oplođenje.

U istoriji razvoja *in vitro* fertilizacije primenjivane su brojne tehnike, koje su manje ili više uspešno prevazilazile različite uzroke neplodnosti. Međutim, danas su u rutinskoj upotrebi dve IVF tehnike:

- klasičan *in vitro* fertilizacioni postupak i
- intracitoplazmatska injekcija spermatozoida (ICSI).

Početni koraci ove dve tehnike su zajednički, a razlike među njima odnose se na način na koji se vrši sam proces oplođivanja. Naime, kod klasičnog IVF-a spermatozoid sam nalazi put do jajne ćelije, pričvršćuje se za njenu membranu i prodire u jajnu ćeliju, što znači da se odabir spermatozoida kojim će jajna ćelija biti oplodena, kao i sam proces oplođivanja, vrše prirodnim putem. Međutim, ovaj metod može se primeniti samo u slučajevima kad muški partner ima, ejakulat normalnih karakteristika, odnosno, kad su broj, pokretljivost i građa spermatozoida koji se u njemu nalaze zadovoljavajući. U suprotnom, mora biti primenjena tehnika ICSI, što podrazumeva ubacivanje pojedinačnog spermatozoida mikropipetom, direktno u citoplazmu jajne ćelije. Ova tehnika, dakle, osigurava ulazak spermatozoida u jajnu ćeliju, pa je njenom primenom sigurnije da će doći do fertilizacije, međutim, istovremeno podrazumeva da izbor spermatozoida, kojim će se ona ostvariti vrši biolog, što ostavlja mogućnost da spermatozoid kojim je oplođenje izvršeno nije istovremeno i biološki najpodobniji. ICSI predstavlja direktnu mikromanipulaciju polnim ćelijama, pa je znatno agresivnija metoda od klasičnog *in vitro* fertilizacionog postupka, međutim, rezultati koje ICSI ostvaruje, u smislu povišenog stepena oplođenja, implantacije, broja kliničkih trudnoća i, konačno, zdravorođenih beba, čine da ona danas dobija sve širu primenu. Postoji tendencija da se njena primena proširi i na slučajeve u kojima nije prisutan muški faktor steriliteta, tj. na one slučajeve gde spermatozoidi imaju mogućnost da i sami prodru u jajnu ćeliju i oplode je.



Kao što smo već napomenuli, prvi koraci ove dve tehnike su isti.

Prvi korak je stimulacija jajnika žene na produkciju većeg broja jajnih ćelija. Ovo je veoma bitno, jer jedino transferom većeg broja embriona u matericu žene postoji značajan stepen verovatnoće da će se neki od njih implantirati i da će postupak rezultovati trudnoćom. Stimulacija se vrši primenom čistog folikulo-stimulirajućeg (FSH) ili luteinizirajućeg (LH) hormona, u obliku dnevno apliciranih intramuskularnih injekcija, koje pacijentkinja prima deset do četrnaest dana. Stimulacija se prati određivanjem nivoa estrogena (hormona koji proizvode folikuli u kojima sazrevaju jajne ćelije) u serumu i ocenjivanjem razvika folikula i endometrijuma transvaginalnim ultrazvukom. Kad se uoče folikuli veliki osamnaest i više santimetara, pristupa se njihovoj ultrazvučno vodenoj punkciji.

Punkcija folikula predstavlja drugi korak u postupku *in vitro* fertilizacije. Folikularna tečnost dobijena punkcijom prenosi se potom u embriološku laboratoriju, kako bi se u njoj, pomoću odgovarajućeg mikroskopa, identifikovale jajne ćelije.

Zrela jajna ćelija, ona za koju se spermatozoid može vezati i koja po njegovom ulasku u citoplazmu može biti oplodena, odlikuje se specifičnom morfologijom, kako svojom sopstvenom, tako i ćelija koje je okružuju. Zbog toga je važno da biolog-embriolog, po prikupljanju jajnih ćelija, pravilno oceni stepen njihove zrelosti, koji je, praktično, pokazatelj njihove sposobnosti za fertilizaciju.

Seme se od muškog partnera prikuplja na dan postupka, nekoliko sati pre punkcije folikula. U embriološkoj laboratoriji se, po pristizanju semena, vrši brza analiza broja i pokretljivosti spermatozoida (s obzirom na to da su podaci o njihovom kvalitetu već poznati, zahvaljujući podrobnim, prethodno sprovedenim analizama). Kad su broj i pokretljivost spermatozoida poznati, pristupa se pravljenju suspenzije podešene koncentracije spermatozoida za inseminaciju. Ovo se postiže centrifugiranjem određene zapremine ejakulata u odgovarajućem medijumu, u određeno vreme i tačno utvrđenom brzinom, nakon čega se na talog dodaje svež medijum, u koji isplivavaju samo pokretni spermatozoidi, koji na ovaj način bivaju izdvojeni od nepokretnih (često mrtvih) spermatozoida i drugih ćelija (leukocita, eritrocita, epitelnih ćelija...).

Sada, pošto imamo prikupljene jajne ćelije, na jednom, i spermatozoide, na drugom mestu, pristupa se sledećem koraku – njihovom združivanju. Upravo u ovoj fazi *in vitro* fertilizacije nastaju razlike između klasične metode i postupka intracitoplazmatske injekcije spermatozoida.

Postupak klasične *in vitro* fertilizacije izvodi se tako, što se jajne ćelije prebacuju u određenu zapreminu medijuma, koji se komercijalno proizvodi, a služi za gajenje jajnih ćelija i embriona, i potom inseminiraju prethodno napravljenom suspenzijom spermatozoida. Ovako inseminirane jajne ćelije inkubiraju se preko noći na 37 stepeni Celzijusa i 5% CO₂ u vazduhu (ovo su zapravo uslovi kakvi postoje u materici žene – dakle najpogodniji za razvoj embriona).

Postupak intracitoplazmatske injekcije spermatozoida nešto je komplikovaniji. On podrazumeva primenu visokorazvijenog mikrooruđa, kojim se vrši manipulacija humanim polnim ćelijama, tačnije direktno mehaničko spajanje svake jajne ćelije, ponaosob sa spermatozoidom. Naime, po prikupljanju jajnih ćelija, one se "čiste" od ćelija koje ih okružuju, nakon čega se prebacuju u pločicu u kojoj se izvodi ICSI, a u koju su prethodno stavljeni spermatozoidi. Pojedinačan spermatozoid odabira se po principu slučajnosti i aspirira u injekcionu mikropipetu. Jajna ćelija prihvata se pipetom za pridržavanje i kad je stabilizovana negativnim potpritiskom, spermatozoid se mikroinjekcionom pipetom ubacuje u njenu citoplazmu. S obzirom na to da su dimenzije, kojima se pri izvođenju ovog postupka manipuliše, reda mikrometra, možemo slobodno reći da su od presudnog značaja za njegovu uspešnost veština i utreniranost biologa-embriologa.



Nakon ICSI-ja, jajne ćelije svake pacijentkinje gaje se zajedno u već pomenutom medijumu i pod istim uslovima (37 stepeni Celzijusa i 5% CO u vazduhu) kao i kod klasičnog IVF-a.

Dalji postupak ove dve metode je istovetan. Naime, nakon 18 do 22 časa od početka inkubacionog perioda, na inverzionom mikroskopu posmatra se da li je došlo do oplodjenja jasnih ćelija. Postoje izričiti morfološki uslovi na osnovu kojih se ovo utvrđuje (prisustvo pronukleusa u citoplazmi i polarnih tela u perivitelinskom prostoru jajne ćelije). Sve oplodene jajne ćelije, od iste pacijentkinje, dalje se gaje u svežem medijumu, do sledećeg jutra, kad se očekuje da se nađu na dvoćelijskom stupnju. Tada se ocenjuje kvalitet ovih preembriona (takođe na osnovu morfoloških parametara).

Transfer preembriona vrši se najčešće 42 do 80 časova od punkcije folikula transfer-kateterom, kroz cerviks, u matericu žene.

Oko 15 dana nakon embriotransfera pacijentkinja se podvrgava testu trudnoće – određuje se vrednost beta subjedinica HCG-a (hormona koji se pojačano luči u trudnoći) u serumu. Pacijentkinje s pozitivnim beta HCG-om dalje se prate preko nedeljnih kontrola nivoa beta HCG-a, estradiola i prolaktina u serumu, a nakon šest nedelja od embriotransfera transvaginalnim ultrazvukom utvrđuje se eventualna intrauterina trudnoća.

Veoma visok nivo fertilizacije (oko 75%), koji se ostvaruje postupkom ICSI (kod klasičnog IVF-a on iznosi između 55 i 65%), a koji je udružen s visokim stepenom implantacije embriona i uspostavljenih kliničkih trudnoća, uslovio je da se primena ove tehnike proširi na sve ranije stupnjeve zrelosti ćelija spermatozene linije. Tako su razvijene dve nove metode, koje za oplodjenje jajne ćelije koriste okrugle (ROSI), odnosno elongirane (ELSI) spermatozoidne. Mogućnost da se za oplodjenje jajne ćelije koriste pojedinačne ćelije, nezavisno od stadijuma razvića na kome se nalaze, ukazuje na to da se za fertilizaciju može upotrebiti bilo koja ćelija s haploidnim jedrom.

Takođe je bitno istaći da embrioni, dobijeni *in vitro* fertilizacijom ne pokazuju povećan stepen hromozomskih anomalija, a kod beba rođenih posle *in vitro* fertilizacije nije zapažen povećan stepen kongenitalnih malformacija, u odnosu na populaciju normalno začetih beba.

Ove činjenice opravdavaju primenu tehnika asistiranog oplodjenja i čine verovatnijim Huxly-jevo predviđanje da će nastupiti vreme kad će se deca začinjati isključivo vantelesno. ■

etički i pravni problemi asistirane reprodukcije

Pre dvadesetak godina rođena je Louise Brown, "prvo dete iz epruvete". Interesantno je da još uvek nema zakona koji eksplicitno reguliše korišćenje metoda asistiranog oplodjenja, iako je problem novih tehnologija za razmnožavanje povezan s brojnim, etičkim, pravnim i teološkim problemima.

Prof. dr
Srefen Bila,
ginekolog

Razvoj asistiranog oplodjenja ostavlja brojne probleme vezane za etiku, pravo i teologiju. O ovim problemima mnogo je pisano i govoreno, ali definitivni stavovi nisu doneseni.

Gotovo da još uvek nema zakona koji eksplicitno reguliše korišćenje

metoda asistiranog oplodjenja. U nekim zemljama izvesnim zakonskim odredbama regulisani su prekid trudnoće, ispitivanje ploda, kao i usvajanje i roditeljstvo ostvareno primenom metoda vantelesnog oplodjenja. Međutim, ovim zakonima nisu obuhvaćene nove tehnologije, nastale razvojem medicine, pa otuda ostaju i različiti pristupi lekara i pacijenata ovom problemu. U nedostatku jasnih zakonskih uputstava ili načela, koja bi usmeravala korišćenje metode IVF-a, nacionalni komiteti i različite profesionalne organizacije predlažu uputstva koja bi razjasnila prava i odgovornost učesnika, kao i profesionalne standarde za postupke.

U Australiji se ovom problematikom bave Medicinsko istraživačko društvo i Komitet koji je odredila vlada.

Etički komitet Američkog društva za fertilitet zauzeo je stav da su IVF i AIH etički prihvatljivi, jer predstavljaju logično tehničko produženje prokreacije i seksualne bliskosti.

Ove profesionalne organizacije i komisije vlada pokušale su da daju etičku procenu IVF/ET rizika i dobiti za embrion, buduće dete, roditelje, donore gameta, surogat-roditeljstvo, lekare, istraživače, kao za društvo.

Pri sprovođenju IVF postupka, treba voditi računa o rađanju psihički i mentalno zdravog deteta, reproduktivnoj autonomiji bračnih parova zaštititi donora ili surogat-roditelja od mogućih manipulacija, o lekarima i istraživačima i njihovim obavezama da pomognu pacijentima i razvoju nauke, pri čemu društvo treba da sačuva vrednost institucije porodice. Vodi se računa o svim slučajevima gde se primenjuju metode reproduktivne tehnologije, a što je potrebno i pravno regulisati. Treba naglasiti da se posebno mora voditi računa o obećanjima koja se daju učesnicima u postupku.

Etički interesi su da se smanji rizik od fizičkih i psihičkih trauma, a sam postupak da se sprovede prema najvišim tehničkim standardima. Obećanje, da se pružiti kvalitetna primena IVF metode podrazumeva maksimalnu stručnost učesnika uključenih u program.

Pošto je stvaranje života veoma osetljivo pitanje, jasno je da je neophodna vera muškarca i žene u postupke koji se primenjuju u reproduktivne svrhe. Da bi bila ispunjena obećanja koja se nude, Američko društvo za fertilitet zahteva da oni koji sprovode postupak IVF budu vrhunski stručnjaci iz oblasti: izvođenja određenih intervencija, ultrazvučnih pregleda, andrologije, endokrinologije, kulture tkiva, maturacije gameta, fertilizacije i embriologije. Takođe, minimalni standardi propisuju da odeljenja, ili servisi, raspoložu: ultrazvučnim aparatima, endokrinološkom laboratorijom, službom anestezije, mogućnošću da se vrši aspiracija folikula, radi dobijanja jajnih ćelija i transfera embriona, laboratorijom za fertilizaciju i razvoj, kao i operacionom salom, kojom je obezbeđena dvosmerna i komunikacija.

Britanski Warnockov komitet preporučuje usvajanje zakona, kojim bi se regulisali uslovi rada, odnosno postojanje specijalnih pogodnosti za sprovođenje IVF, za donacije jajne ćelije, krioprezervacije gameta i embriona, kao i za arteficielne inseminacije.

Treba preduzeti i odgovarajući medicinski skrining donora jajnih ćelija i spermatozoida, bez čega postoji mogućnost rađanja dece s genetskim defektima. Skrining treba sprovoditi kod davalaca gameta i embriona, prema tačno određenim i zvanično propisanim uputstvima. Pri tome,

kao na primer u SAD-u, vodi se računa da davaoci semena ne budu lica sa specijalnim oboljenjima, kao i ona kod kojih postoji rizik začeca deteta s genetskim oštećenjima, koji se javlja u više od 1% slučajeva. Vodi se računa o radnom mestu davaoca, mogućnosti njegovog izlaganja hemijskim uticajima ili zračenju kao i o tome da li je alkoholičar ili, možda, čak uživa u drogi. Sličan skrining primenjuje se i kad je o donaciji jajne ćelije ili embriona.

Genetska anamneza sorogot-majke, koja ne obezbeđuje genetski materijal za dete, nije od značaja. Pri tome je, međutim, potrebno voditi računa o delatnosti surogat-majke, zbog mogućnosti štetnog uticaja na plod. Treba izvršiti i psihološku procenu donora gameta, ili surogat-majke.

Pre preduzimanja IVF postupka, bračnim parovima treba pružiti potpune informacije o prirodi preduzetog postupka i o mogućim rizicima, ali, naravno, i o izgledima za uspeh. Veoma je značajno, da lekar upozna bračni par koji se nalazi u postupku, s brojem dobijenih jajnih ćelija, s brojem ćelija koje su fertilisane, s brojem embriona koji su transferisani, kao i s mogućnošću nastajanja trudnoće s više plodova, i rađanja dvojki ili trojki. U vezi sa svim ovim, treba da postoji njihova pismena saglasnost. S obzirom na da su trudnoće s više plodova veoma rizične, i za trudnicu i za plodove, postoje ograničenja o transferisanju najviše triju embriona. U vezi s ovim treba napomenuti da hirurška redukcija broja embriona – embriocid – nije ni medicinski, ni moralno opravdana.

Američko društvo za fertilitet zahteva da oni koji sprovode postupak IVF budu vrhunski stručnjaci iz oblasti: izvođenja određenih intervencija, ultrazvučnih pregleda, andrologije, endokrinologije, kulture tkiva, maturacije gameta, fertilizacije i embriologije.

Pre preduzimanja IVF postupka, bračnim parovima treba pružiti potpune informacije o prirodi preduzetog postupka i o mogućim rizicima, ali, naravno, i o izgledima za uspeh.

Uzimajući u obzir činjenicu da se za transfer koriste tri do četiri embriona, bračni par treba da odluči šta će se uraditi s viškom embriona. Zamrzavanje viška embriona postala je standardna medicinska praksa, koja se sprovodi uz pismenu saglasnost učesnika u ovom postupku. Njihova saglasnost je neophodna i u slučajevima donacije viška embriona drugom bračnom paru.

Pri primeni IVF metode, lekar je odgovoran za tačnost obaveštavanja bračnih parova o vrednosti testova, kojima se utvrđuje da li postoji rizik od genetskog oštećenja. Ova odgovornost identična je onoj, kad je reč o trudnoći nastaloj prirodnim putem, a kad bračni par očekuje da zna da li određeni činioci, kao što su, na primer, godine, i drugi, mogu doprineti genetskom poremećaju deteta. Bračne parove treba informisati o potrebi amniocenteze, kordocenteze i biopsije horionskih ćupica.

Pri primeni IVF metode, lekar je odgovoran za tačnost obaveštavanja bračnih parova o vrednosti testova, kojima se utvrđuje da li postoji rizik od genetskog oštećenja. Ova odgovornost identična je onoj, kad je reč o trudnoći nastaloj prirodnim putem, a kad bračni par očekuje da zna da li određeni činioci, kao što su, na primer, godine, i drugi, mogu doprineti genetskom poremećaju deteta. Bračne parove treba informisati o potrebi amniocenteze, kordocenteze i biopsije horionskih ćupica.

Po rođenju Louise Browa, poznate kao "prve bebe iz epruvete", u nekim zemljama doneti su posebni zakoni kojima se reguliše vantelesno oplodjenje. Njima se reguliše obaveza centara, u kojima se sprovodi IVF program, da svaka tri meseca podnose izveštaje Ministarstvu zdravlja, u kojima se navode imena onih koji učestvuju u programu, mesto gde je fertilizacija izvršena, broj fertilisanih jajnih

ćelija, broj dobijenih embriona, broj žena kojima se embrioni transferišu, kao i broj neodgovarajućih ili odbačenih embriona.

Uzimajući u obzir činjenicu da se za transfer koriste tri do četiri embriona, bračni par treba da odluči šta će se uraditi s viškom embriona

DONACIJA GAMETA I VANTELESNA OPLODNJA

Kad se jajna ćelija ili seme donora koriste za vantelesnu oplodnju i kad je obavljeno odgovarajuće ispitivanje davaoca, sam postupak predstavlja rizik za embrion, koji se ne razlikuje od rizika pri uobičajenoj primeni IVF metode. Slično kao kod donacije embriona, donacija gameta uvećava mogućnost psihološkog opterećenja učesnika. Učešće trećeg lica u stvaranju deteta može oštetiti bračnu vezu. Partner koji ima problema s infertilitetom osećaće da je dete manje njegovo. On može osećati ljutnju prema svom partneru, zbog njegove sposobnosti da biološki u potpunosti doprinosi stvaranju deteta. Davaoci semena, jajne ćelije ili embriona, a delimično i surogat-roditelji, mogu imati osećaj psihološke investicije u dete čijem su stvaranju pomogli.

Američko društvo za fertilitet smatra etički prihvatljivim kod IVF korišćenje semena ili jedne ćelije donora. Donacija gameta može biti gest plemenitosti. Warnock-komiteo podržava donaciju semena jajne ćelije kod vantelesne oplodnje, ali je protiv njene komercijalizacije, odnosno plaćanja. Ovaj komiteo preporučuje da se od svih učesnika traži pristanak, da se dete sa svojim genetskim poreklom upozna kad bude punoletno. Ovaj komiteo ima stav da broj dece rođene od jednog donora treba ograničiti na deset. Možda zbog teškoća u dobijanju najnih ćelija, Warnock-komiteo dozvoljava mogućnost da anonimnost bude prekršena kad je donor sestra.

DONACIJA EMBRIONA POSLE VANTELESNE OPLODNJE

Kod donacije embriona posle vantelesne oplodnje sam postupak predstavlja rizik, sličan onom u standardnoj primeni IVF metode. Donacija embriona posle IVF-a može

dovesti do povećanja izvesnog psihičkog opterećenja, koje inače nije prisutno prilikom primene vantelesne oplodnje na uobičajeni

način. U ovim situacijama postoji mogućnost da donor pati zbog ustupanja embriona. Ovo može biti posebno izraženo kod žena kod kojih je sproveden postupak vantelesne oplodnje, a koje su višak embriona ustupile drugoj ženi, a kad je naknadno konstatovano da nije došlo do trudnoće. Uz sve ovo, i dete docnije može emotivno patiti zbog saznanja da negde postoje njegovi biološki roditelji s kojima nema kontakata. U određenim centrima, gde se sprovodi program IVF, kakvi su u Australiji, donor embriona i primalac posebno se tretiraju u različitim centrima, tako da postoji potpuna anonimnost. U tom slučaju, donor ne saznaje da li je kod primaoca ostvarena trudnoća. Mada anonimnost može biti psihološko umirenje, dete rođeno posle donacije embriona može postaviti pitanje svom po-

reklu, a roditelji ne znaju ko je biološka majka. Ostaje pitanje da li anonimnost obezbeđuje potpunu emotivnu zaštitu učesnika.

Warnock-komiteo u Velikoj Britaniji preporučuje potpunu anonimnost donora embriona koji

se koriste za transfer. On zahteva da su učesnici u potpunosti upoznati s postupkom, da su deca obaveštena o njihovom jedinstvenom začecu, a roditeljima i detetu kad odraste daje se informacija o genetskom zdravlju donora. Pri ovome se majka recipijent – primalac – embriona smatra zakonitom majkom, iako nije genetska majka. Ovo zbog toga što se, po kanonu, smatra da je žena koja daje život zakonita majka.

KRIOPREZERVACIJA EMBRIONA – ETIČKO – PRAVNI ODNOSI

Zbog porodičnih odnosa, kao i mogućih oštećenja embriona procesom krioprezervacije, sugerisana je potreba da se ograniči vreme čuvanja embriona. Američko društvo



za fertilitet preporučuje čuvanje embriona sve dok traje reproduktivni život žene donora. Warnock-ov komitet ograničava čuvanje embriona na deset godina, a posle toga oni prelaze u nadležnost institucije. Ovaj komitet zahteva da se

svakih pet godina automatski vrši pregled zamrznutog materijala. Prema uputstvima ovog komiteta, ukoliko dođe do smrti jednog bračnog partnera, pravo korišćenja i upotrebe embriona prelazi na preživelog.

U slučajevima smrti obaju bračnih partnera, pravo korišćenja embriona prelazi na instituciju gde se embrioni čuvaju. Komitet odbacuje ideju o vlasništvu. Bračni par koji je dao embrion na čuvanje, radi sopstvenog korišćenja, ima, svakako, pravo raspolaganja, ali to pravo ne treba da bude neograničeno. Ukoliko veza među supružnicima nije više odgovarajuća, pravo o sudbini embriona prelazi na instituciju gde se on čuva. U pogledu nasleđivanja, Komitet smatra da se u višestrukoj trudnoći ne menja princip prvorođenog potomka, a isto važi i za zamrznute embrione. Odlučujući faktori su datum i vreme rođenja, a ne datum fertilizacije. Prema Warnock-ovom komitetu, dete rođeno korišćenjem zamrznutog embriona koji nije bio in utero u vreme smrti oca, nema prava da ga nasledi.

SUROGAT-RODITELJSTVO

Ovaj postupak retko se koristi. Ukoliko postoji medicinski ili fizički razlog zbog koga genetska majka ne može da zatrudni, može se koristiti surogat-nosilac deteta, odnosno surogat-majka koja nosi embrion nekog bračnog para, a potom, posle rođenja, dete predaje bračnom paru. Medicinski postupak sličan je kao kod donacije embriona, posle primene IVF metode ili, pak, in vivo fertilizacije, s tim što su namere učesnika različite, jer primalac ne podiže dete. Kad je reč o korišćenju embriona dobijenog posle in vivo fertilizacije, Warnock-ov komitet ne preporučuje donaciju embriona dobijenog lavižom iz materične duplje, zbog moguće infekcije, ili, pak, missed abortion-a.

Indikacije za surogat-roditeljstvo su: nedostatak materice bilo urođeni, bilo stečeni, posle operativnog tretmana, uz prisustvo jednog ili obaju jajnika, zatim teška oboljenja žene, čiji bi život bio ugrožen trudnoćom, kao što su slučajevi teških oblika hipertenzije, i slučajevi gde više puta primenjivana IVF metoda nije dala rezultate.

U vezi s ovim treba napomenuti da postoje: surogat-gestacione majke, kod kojih se koristi samo njihova materica za razvoj embriona, odnosno ploda, i koje genetski nisu u vezi s roditeljima i plodom koji nose, i surogat-prirodne majke, čija se materica i jajna ćelija koriste. Kako je njihova jajna ćelija, one su i genetske majke deteta. U najvećem broju slučajeva koriste se surogat-gestacione majke. U SAD-u su dozvoljena oba oblika surogat-roditeljstva. Inače surogat-majka izložena je svim rizicima vezanim za implantaciju, trudnoću i porođaj. Ima slučajeva

da žene iz određenih razloga, a najčešće finansijskih, prihvataju da budu surogat-majke, uprkos mogućem riziku. Dešava se da sestra ili bliska prijateljica učestvuju u ovome zbog svojih ličnih odnosa s genetskom majkom.

Mada anonimnost može biti psihološko umirenje, dete rođeno posle donacije embriona može postaviti pitanje svom poreklu, a roditelji ne znaju ko je biološka majka. Ostaje pitanje da li anonimnost obezbeđuje potpunu emotivnu zaštitu učesnika.

Lekar koji je angažovan u postupku, kroz razgovor s mogućim nosiocem, može sam zaključiti da li se radi o dobrovoljnom

učesću u postupku. Analizira se i psihičko i fizičko stanje buduće surogat-majke, a vrši se i genetska analiza roditelja. Po dobijanju pismene saglasnosti učesnika, započinje se s postupcima stimulacije ovulacije kod infertilnih pacijentkinja, dobijanja jajnih ćelija, aspiracijom folikula i njihovim oplodivanjem semenom genetskog oca. Transfer embriona vrši se ukoliko su testovi na HIV i hepatitis B negativni, ali nakon ponovnih razgovora s učesnicima u postupku. Embrioni mogu biti transferisani tri meseca pošto su zamrznuti. Buduća surogat-gestaciona majka treba da je psihički zdrava osoba, da nije starija od 38 godina i da ima jedno dete. Transfer embriona obično se vrši u ciklusu koji je hormonski kontrolisan. Surogat-majka može biti psihički povređena učesćem u postupku, koji se završava njenim napuštanjem deteta, što za nju može predstavljati traumom.

Protiv surogat-roditeljstva su Warnock-ov komitet u Velikoj Britaniji, Waller-ov komitet u Australiji, i drugi. I u mnogim drugim zemljama ova metoda manje je prihvatljiva od drugih reproduktivnih metoda. Američki koledž za opstetriciju i ginekologiju preporučuje da lekar odabere odgovarajuće parove, kao i surogat-nosioca, koji moraju dati svoj pristanak. U slučaju prve bebe koja je rođena na ovaj način, sud je dodelio genetskim roditeljima pravo da dete nosi njihovo ime na krštenici, i da su oni zakoniti roditelji. U izvesnim slučajevima, dešavalo se, da se roditeljstvo moralo utvrđivati sudskim postupkom. Moralne i pravne probleme surogat-roditeljstva treba tačno definisati.

KOMERCIJALIZOVANJE HUMANE REPRODUKCIJE

Smatra se da su prodaja humanih gameta, ili plaćanje za surogat-roditeljstvo, nemoralni iz triju razloga. Prvo – na takvo naplaćivanje mogu biti prisiljene siromašne osobe, koje daju svoj germinativni materijal, ili se žrtvuju fizički i emotivno. Drugo – biološka i emocionalna investicija u roditeljstvo, s finansijskom koristi, može se nepovoljno odraziti na dete. Treći razlog za zabranu komercijalizacije u humanoju reprodukciji je i to što ona vodi ugrožavanju vrednosti ljudskog života.

Sve ovo ukazuje na kompleksnost etičkih i pravnih problema, koji su vezani za primenu IVF i metoda asistirane reprodukcije. ■

(Autor rada je načelnik Odeljenja za asistiranu reprodukciju Instituta za ginekologiju i akušerstvo KC Beograd.)

Radost, smeh, igra i pesma, čestitanja, želje: "Mnogo sreće i mnogo dece..." Tako je sve počelo.

A onda, zadubljena u recepte i šerpe, u pravljenu melema za lečenje opekotina od pegle, usaglašavajući slike i lampe sa stilom nameštaja, nisam ni primetila kako protiču dani. Izlasci, druženja, zajedničko listanje albuma, gledanje filmova, ispunjavalo je noći. I tako, prođe mnogo dana i noći. Sve dok me jednog jutra nije probudilo pitanje: "Dobro, sreća je tu, a gde su deca?" Tada još nisam znala, ali strepnja, koja me je obuzela, postala je od tog trenutka moj nerazdvojni saputnik. Sva ostala osećanja, tuga, bes, ljubomora, nadanje, razočaranje, smenjivala su se i prolazila, ali strepnja me je uvek i u svemu pratila, narednih nekoliko godina.

KOMPLIKOVANA ŽENSKA PSIHOLOGIJA

Pošto je problem identifikovan, najpre pokušavam da stvari racionalizujem. Bio je ovo naporan period prilagođavanja zajedničkom životu, mnogo sam radila, bila pod stresom. Uostalom, niko u mojoj porodici nije bio bez dece. Ubeđujem sebe da ima vremena, dok mi se u glavi iscertava slika peščanog sata u kome je pesak već na izmaku.

Svaki naredni mesec postaje veliko iščekivanje. Svakog dvadeset i osmog dana veliko razočaranje. Svim silama se trudim da vođenje ljubavi ostane pre svega zadovoljstvo, a ipak hvatam sebe kako ga odlažem za dane kad je mogućnost oplodnje najveća.

Postaje mi jasno da se nešto mora preduzeti. Suprug podržava ideju da se JA javim lekaru. Prvi kontakt deluje prilično umirujuće, uradićemo nekoliko analiza i pregleda, možda je u pitanju neka banalna infekcija. Naredni period sam raspoložena. Puna nade i optimizma krećem s ispitivanjima, i to najpre od određivanja nivoa hormona i ultrazvučnog praćenja spontanog ciklusa. Rezultati su normalni. Doktor predlaže još neke analize. Ovoga puta spisak je poduži: potrebna je

citohormonalna analiza, pregled vaginalnog sekreta, kariogram, vaginalno-cervikalni bris, postkoitalni test, krvna slika i sedimentacija, Papanikolau test. Za svaki pregled potrebno je vreme, strpljenje mi je već ozbiljno načeto, količina peska u pomenutom satu drastično se smanjuje.

Odlučujem se na to da konsultujem i druge ginekologe. Ništa novo, malo utešnih reči, ali svaki traži bar još neku dopunu. Potrebno je uraditi još i histerosalpingografiju, antispermatozoidna antitela, čak i biopsiju uterusa. Pri svakom polasku lekaru ljutim se na svoju komplikovanu žensku biologiju. Svaki put sam na milimetar od oduštanja, ali me onda komplikovana ženska psihologija sprečava. Često poželim da naredni rezultat bude definitivno loš, da znam na čemu sam, da okončam ovu užasnu neizvesnost.

O GLAVICI KUPUSA

Koliko god se trudim da funkcionišem uobičajeno i zadržim svoja ranija interesovanja, pažnju mi neodoljivo privlače članci, knjige i emisije o natalitetu. U radnjama, s čežnjom mi pogled pada baš na dečje igračke, krevetić, odelca. Čini mi se da nikada nije bilo više male dece i novorođenih beba u gradu. Počinjem da izbegavam prijatelje, pre ili kasnije svaki susret završi se pitanjem o deci. Proslave dečijih rođendana najteži su ispit samokontrolne – hoću li se raspući na samoj žurci, ili ću uspeti da to odložim do povratka kući. Svaku ideju poklopi pitanje: "Za koga?" Zato najveći deo vremena provodim spavajući.

Jedina dobra stvar je razumevanje supruga. Od momenta kad je prihvatio da prvi put uradi spermogram (a radiće ga još bezbroj puta), postali smo i saradnici i sapatnici. Možda baš zbog toga ne mogu da se otarasim slike sredovečnog bračnog para koji šeta psa po gradu. Ta slika, za mene simbol promašenosti i užasa budućnosti, pokreće me na novu akciju.

Rukovođena principom "ne može da šteti", i pričama o nalaženju



ČEKAJUĆI

komplikovana



RODU

ženska
psihologija



dece u glavici kupusa. uvodim novi režim ishrane, obilazim travare, odlazim kod bioenergetičara, naručujem životni horoskop. Svi tvrde da će, najduže za šest meseci, početi stomak da mi raste. S obzirom na količinu čajeva, kapi, tinktura koje dnevno popijem, stomak mi zaista, i to od prvog dana, raste.

I tako, neosetno, sterilitet, umesto medicinskog problema, postaje zapravo način života.

PROSTIRANJE SIVILA UMESTO BELIH PELENA

U narednom periodu sve radimo po navici. Po navici se budim, krećem. Razgrčem sivilo koje me obavlja od ranog jutra. Po navici uzimam preporučenu terapiju, pristajem na razne intervencije... Bez gorčine zaključujem da mi je sudbina namenila da ostanem nedovršena. Mirim se s idejom da majku prirodu ne možeš prevariti. Pomišljam i na to da je vreme da nabavim psa.

Po navici i dalje odlazim lekaru, tražeći potvrdu ovakvih razmišljanja, tražeći, u stvari, opravdanje za odustajanje.

Ipak i dalje je prisutna strepnja, neki nemir koji upozorava. Odlučujem da poslušam svoj unutrašnji glas.

EPRUVETE, DONESITE DETE!

Pre dvadeset i više godina, s interesovanjem sam pratila novosti o rađanju prve "bebe iz epruvete". Nisam ni slutila da ću jednoga dana i ja u epruveti tražiti svoju bebu.

Počinem s pripremama. Prvo saznajem da majčinski nagon, koji se smatra jednom od osnovnih, urođenih životnih potreba, zakon izjednačava s krivim nosom ili klem-pavim ušima. Čak i kod tih, takozvanih estetskih, problema postoji olakšavajuća okolnost, ako oni bitno utiču na kvalitet fizičkog ili psihičkog zdravlja, ali potreba da imaš potomstvo je, izgleda, čista izmišljotina i lični hir. Zato taj luksuz, koji sebi želiš da priuštiš, moraš sam

i da platiš. To uključuje nabavku svih potrebnih lekova (od toga samo 50 do 60 ampula veoma skupih hormonskih preparata), neophodne opreme i sredstava (kateter za embriotransfer, igla za aspiraciju jajnih ćelija, epruvete, posude za epruvete, čak i četiri metra gaze!), kao i troškove intervencije i nege u bolnici. Pitanja o etičnosti ovakvog pristupa, o još od Hipokrata proklamovanoj jednakosti prava na lečenje, diskriminaciji po tipu "ko ima novac – imaće i decu", neizbežno se nameću, izazivajući jezu i snažan osećaj neprijatnosti. Ipak, ostavljam ih za kasnije, jer mi je potrebna sva snaga da nastavim dalje.

Zatim saznajem da većinu analiza, već rađenih, moram da obnovim, jer za postupak vantelesne oplodnje rezultati ne smeju biti stariji od godinu dana (neki), a neki svega desetak dana.

Sam postupak prvo kreće od hormonske stimulacije jajnika. Najveći strah u tom periodu izaziva mi pomisao na moguću infekciju. Ako dođe makar i do obične prehlade, sve se odlaže. Zato prijateljima, pre nego se sastanemo, uzimam detaljne podatke o stanju zdravlja, ukućane teram na temeljnu dezinfekciju. Kad u gradu čujem da neko kine, uhvati me panika.

Posle petnaestak dana odlazim na Kliniku. Prva intervencija je aspiracija, tj. vađenje jajnih ćelija. Unose me u operacionu salu, uzbuđenje je dostiglo tačku ključanja (iako su mi dali sredstvo za smirenje). Ne osećam bol, brzo je sve gotovo. Suprug tvrdi da je večnost kratka u poređenju s vremenom koje je proveo čekajući ispred sale. Nešto kasnije, takav isti doživljaj imam i ja. Dok ležim u bolničkoj sobi i odmaram se, red je na supruga da odradi svoj deo posla. Prolazi, čini se, čitav vek, on ulazi i... ništa! Ne može! Užas me obuzima, potpuno obamirem. Razumem da su uslovi u kojima treba da postigne ejakulaciju stimulativni kao javni toalet, a intimni kao železnička stanica. Ali, pomišljam i na ovo – dok su mene morali da buše on samo treba da doživi zadovoljstvo. Jer ako se u na-

rednih nekoliko sati moje jajne ćelije i njegovi spermatozoidi ne sretnu, sve je uzalud! Žene iz sobe me smiruju, uveravaju da je to uobičajeno u ovakvoj situaciji, da ima vremena.

Tada se osvrćem oko sebe i vidim da nas ima desetak, raznih godina, od kasnih dvadesetih, do onih koje su već u klimakterijumu. Tu su i domaćice, žene sa sela, intelektualke. Nekima je ovo prva vantelesna oplodnja, većini je ovo drugi, peti, osmi pokušaj. Umetnost samozavaravanja ili nadljudska (ženska) upornost?

Ulazi medicinska sestra, kaže da je napokon sve u redu, vidimo se za dva dana. Tih 48 sati čekanja na rezultat, mogu se preživeti samo u stanju depersonalizacije. Gubi se odnos prema telu, koje nastavlja da funkcioniše, spoljni događaji potpuno su nevažni. Sve misli ostale su u laboratoriji. Prave se proračuni: toliko jajnih ćelija, puta toliko miliona spermatozoida, u epruveti od 10 ml. Već mi se smeši majušno lice iza stakla.

Povratak na Kliniku. Čekajući saopštenje ishoda, visoke damske potpetice svodim na nivo mokasina, bolnički hodnik dovodim u stanje kriptodepresije. Konačno, biolog se pojavljuje. Došlo je do oplodnje, razvio se embrion, koji sada treba da bude vraćen u matericu (embriotransfer). Kamen koji mi pada sa srca verovatno je izazvao zemljotres na suprotnom polu zemaljske kugle.

Nakon te intervencije (još brže, i skoro bezbolne, kao ona prva), smeštaju me na odeljenje, uz napomenu da ležim na leđima i ne savijam noge. Prolazi nekoliko sati, sve počinje da me boli i trne. Hoću da ustanem. Sobne drugarice me ubeđuju da je važno da što duže izdržim, spominju cifru od 10, 12, čak 14 sati.



Posle još par sati nepomičnog ležanja u stanju sam da vrištim i oteram sve do đavola. Bukvalno se bacaju na mene, da bi sprečile da se mrdam.

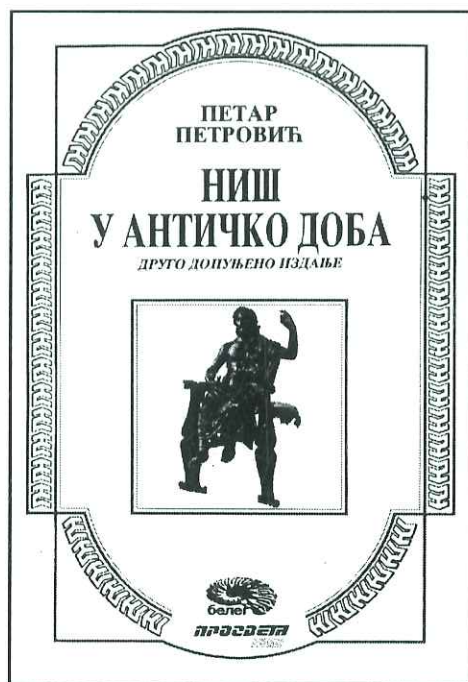
U bolnici se ostaje dva dana. Za to vreme doktor, ili drugo medicinsko osoblje, retko ili nikako ne svraćaju. Same se snalazimo, jedna drugoj odgovaramo na pitanja, delimo strepnju, nadu. Pri otpustu kratko saopštenje o daljoj terapiji i postupku u slučaju izostanka menstruacije, za otprilike dve nedelje. Tek tada mi postaje jasno da se podatak o 30 % uspeha odnosi samo na postignutu oplodnju, a ne i na iznesenu trudnoću. To dakle ne znači da će svaka treća žena dobiti toliko željeno dete! Nadalje je sve u velikoj meri nepoznanica. Tu kao da je kraj naporima čoveka da pobedi prirodu, ipak ona ima završnu reč.

EPILOG

Narednih petnaestak dana prestrašena sam do te mere, da moram svakog jutra da se podsetim na to da treba da počnem da dišem. Ni na šta ne mogu da se skoncentrišem. Do podneva mrzim sebe, od podneva i ostatak sveta. Svakoga dana sam, na otprilike svakih pola sata, ubeđena da sam upravo prokrvarila. Isti toliki broj puta ubeđena sam i da sam zaista zatrudnela. Smišljam imena svom detetu.

Bez obzira na to kakav je epilog ove priče, jedno je sigurno. Ovog savršenstva, koje se mota oko mojih nogu i svojim brbljanjem čini pisanje nemogućim poduhvatom, ne bi bilo, da nije pređen ovaj višegodišnji, i ovakav put. Savršenstva, koje je stvoreno zahvaljujući staklu. Da li staklenoj srči koju, sam morala da pregazim ili staklenoj epruveti? ■

Autor:
IVANA Ž. MIJALKOVIĆ

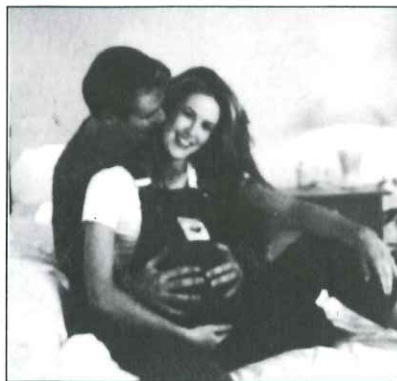


"Ниш у античко доба" је постхумно објављено дело (II, допуњено издање) Петра Петровића, донедавног директора Археолошког института у Београду.

Ниш (Naissus), један од најстаријих српских градова, представљен је, преко докумената, споменика и обиља археолошких остатака, као неосвојиво војничко упориште, стециште бројних култова и економско и културно средиште простране територије, током шест дугих векова. Зато је књига важно сведочанство о једном од најзначајнијих периода из дуге историје овога града.

Штампарија: Ниш, Војводе Гојка 14, централа 018/365-444, 365-524
Великопродаја: Ниш, Станоја Бунушевца 20, 018/591-828, 591-838
Редакција, Дом "Просвете" Ниш, Филипа Кљајића 2, 018/22-476
Књижаре: Ниш, Т.Ц. "Калча", I спрат, 018/547-265
Ниш, Дом "Просвете", 018/547-761

SEKS U TRUDNOĆI



Vesna
Kostić,
klinički
psiholog

Postoje brojni fiziološki i psihološki činioci koji utiču na seksualni život trudničkog para. Nakon postepenog smanjivanja učestalosti seksualnih odnosa, u prvom i drugom tromesečju trudnoće, u trećem tromesečju seks, praktično, zamire. Istraživanja pokazuju, međutim, da žene koje se naviknu da i za vreme trudnoće vode ljubav postaju lepe i zavodljive.

Uprkos izuzetnoj važnosti seksualnosti, s biološkog, sociološkog i psihološkog aspekta, humana seksualnost veoma je kasno postala predmet naučnog interesovanja. Zaista, ne postoji oblast koja je u većoj meri bila predmet društvene i religijske zabrane.

Do objavljivanja Masters-ove i Johnson-ove studije, 1966. godine, jednog od najvažnijih istraživanja iz oblasti fiziologije seksualnosti žene, vladali su postulati Alberta Kihsey-a (1948) o tipičnim obrascima seksualnog ponašanja žene, uslovljenim njenim godinama, bračnim stanjem i socio-ekonomskim statusom. I pored opsežnosti navedenih istraživanja, nije dat odgovor na pitanje na koji način ličnost integriše seks u svoj svakodnevni život. Dakle, reč je o problemu odnosa ličnosti i seksualnosti, odnosno kako pojedini tipovi ličnosti utiču na usvajanje stavova o seksualnosti, kako pristupaju seksualnosti i kako ispoljavaju sopstveno seksualno ponašanje.

Savremena seksologija, kad je o ovom problemu reč, sledi dva osnovna pravca. Hiteova istraživanja, prva u istoriji seksualnosti, na sistematizovan način otkrivaju kako žene prihvataju i doživljavaju tuđu i sopstvenu seksualnost. S obzirom na strogo subjektivni i individualni pristup seksualnosti, rezultati ovih istraživanja ne podležu uopštenim zakonima. Za razliku od navedenog istraživanja, rezultati drugih autora pokazuju da, u okviru postojećih tipova ličnosti (ekstroverti/introverti, stabilan/neurotičan tip ličnosti), postoje različiti oblici seksualnog ponašanja (Eyseck, 1975). Bez obzira na pol, ekstrovertne ličnosti slobodnije i češće iskazuju seksualno ponašanje od introvertnih ličnosti. Kad je reč o odnosu dimenzije ličnosti i seksualnog ponašanja (stabilnost/neurotičnost), utvrđeno je da neurotične žene ređe doživljavaju orgazam, dok s druge strane, značajno češće imaju dismenoreju.

SEKSUALNO PONAŠANJE ŽENE ZA VREME TRUDNOĆE

Trudnoća je normalno, psihofiziološko stanje, ali je istovremeno i izuzetno stanje, po tome što su sve rezerve i celokupne fizičke i psihičke karakteristike u iskušenju. Ona dovodi do niza promena, koje u "negativnim" uslovima (nezrele i neurotične ličnosti) mogu uzrokovati dezorganizaciju ličnosti i patološke reakcije. Ako je u pitanju stabilna struktura ličnosti, sve "normalne krize", koje nastaju tokom trudnoće, prolaze nakon porođaja, a mogu dovesti i do sazrevanja ličnosti. *Jedna od kriza koje mogu nastati u trudnoći jeste kriza seksualnog funkcionisanja.* U periodu prilagođavanja na trudnoću karakteristično je da se gubi seksualno interesovanje. Tokom prva dva tromesečja graviditeta dolazi do postepenog smanjivanja učestalosti odnosa. U posled-

njem tromesečju trudnoće seksualni odnosi predstavljaju retkost. Postavlja se pitanje faktora (psihološki, fiziološki, uticaj sredine) koji dovode do odbijanja ili motivisanosti za seksualne odnose u trudnoći.

Psihološki faktori su:

1. Stavovi trudnice o sopstvenoj trudnoći (željenost trudnoće, razlog za trudnoću).

2. Način na koji trudnica prihvata promene tela uzrokovane trudnoćom. Žene koje su bile zadovoljivog izgleda postaju nesigurne u način na koji će partner prihvatiti promene, što najčešće rezultira otuđivanjem partnera i osećanjem izolovanosti. Javlja se nesigurnost, te trudnoća može probuditi neke stare sumnje i konflikte.

3. Način na koji trudnica reaguje na stresne situacije (porodična, materijalna i profesionalna situacija).

4. Način na koji se trudnica prilagođava promenama u odnosu s partnerom.

Fiziološke promene:

1. Seksualno interesovanje može biti umanjeno dodirivanjem grudi, koje su bolne i osetljive.

2. Mučnina, koja može biti prisutna, često biva intenzivirana partnerovim zadahom, znojem ili parfemom.

3. Promena aktivnosti fetusa (aktivnost fetusa se za vreme seksualnog odnosa povećava) može biti uzrok nedovoljne opuštenosti i smanjene želje za seksualnim odnosom.

4. Teškoće u pronalaženju adekvatnog položaja, u kome bi seksualni odnos bio ugodan.

Postoji određen broj žena koje imaju povećanu seksualnu želju za vreme trudnoće, naročito u prva dva tromesečja. U poslednjem tromesečju trudnoće, kod većine žena, dolazi do gubljenja želje za seksualnim odnosom. Ovaj tip ličnosti doživljava trudnoću kao dokaz ženstvenosti i upravo u tome vidi izvor želje. Žene koje se naviknu na seksualnu aktivnost u trudnoći deluju veoma lepo i zadovoljivo.

MUŠKARAC KAO DEO "TRUDNIČKOG PARA"

Danas se ne govori samo o ženi trudnici, već i o trudničkom paru. Muškarac prolazi kroz period adaptacije u procesu formiranja identiteta roditelja. Dival, 1971. godine, opisuje nove emocije koje kod muškaraca izaziva trudnoća (osećaj "uhvaćenosti u zamku", ambivalencija, depresija, anksioznost). Povremeno se uočavaju i psihosomatske promene (promene raspoloženja, mučnina i nesаница). Sve iznete reakcije obično ostaju neprepoznate i dobijaju malo pažnje od profesionalnih radnika.

Muškarci imaju različita mišljenja o seksualnom odnosu s partnerkom u trudnoći:

1. Prvi tip muškaraca saopštava da je odnos s trudnicom potpuno drugačiji doživljaj i iskustvo. Ovaj tip muškaraca često izjavljuje: "...njeno telo je drugačije, grudi su punije, zategnutije, tkivo vagine izgleda čvršće..." S napredovanjem trudnoće, i povećanjem trbuha, muškarac više nije siguran kako da izvede seksualni akt. Javljaju se ve-



oma kompleksna osećanja, poput osećanja da seksualne odnose ima ne samo s dotadašnjom ljubavnicom, već s budućom majkom svoga deteta.

2. Drugi tip muškaraca ima povećanu želju za vreme trudnoće svoje partnerke. Razlozi za to su sledeći: osećanje velike bliskosti s partnerkom koja nosi njegovo dete, oslobođenost straha od neželjenog začeca, osećaj sazrevanja, doživljavanje trudnog tela kao zavodljivog tela.

3. Treći tip muškaraca u različitim periodima trudnoće ima različitu želju za seksualnim odnosima. U

prvom tromesečju trudnoće, kod ovih muškaraca postoji želja za seksualnim odnosima. U poslednjem tromesečju, želja se smanjuje, ili gotovo u potpunosti iščezava (frustracija uzrokovana nenalaženjem adekvatnog položaja u kojem je odnos ugodan; povećana vaginalna sekrecija – naročito kod onih muškaraca kod kojih je oralna predigra sastavni deo seksualnog akta; osećaj straha da se za vreme seksualnog odnosa ne povredi plod).

Brojni muškarci za vreme seksualnog odnosa s trudnom suprugom maštaju o drugim ženama (obično je to žena koja nije rađala). Pojedini izjavljuju da imaju "krizu" za vreme trudnoće svoje partnerke (nikada između), a kao razlog za to navode gubitak privlačnosti partnerke u trudnoći. Mada se smatra da su maštanja i ovakve "veze" u ovim situacijama normalni (uslovno rečeno), ipak se može zaključiti da najčešće ukazuju na postojanje problema u vezi. Ovakve situacije dovode do gubitka komunikacije, međusobnog udaljavanja. Muškarac najčešće ne razume svoja osećanja, a partnerka, ukoliko zna za muževljevu vezu, oseća bes,

napuštenost, odbačenost ili beznačajnost – oseća se kao izvor problema.

U ovakvim situacijama od izvanrednog je značaja da parovi imaju profesionalni savet, koji će im pomoći da, pre svega, nauče kako da komuniciraju. Razgovori će im omogućiti da uvide da prolaze kroz slične pritiske, da iznesu individualne potrebe i želje, kako se ne bi osećali neprijatno pri zadovoljavanju specifičnih želja, kao i da pronađu rešenja prihvatljiva za oboje. Komunikacija je najefikasniji način da uz što manje bola prođu kroz kontradiktorna osećanja koja trudnoća donosi. ■

BULIMIJA

Osobe koje pate od bulimije neprestano razmišljaju o hrani. Šta ću jesti? Kada ću jesti? Koliko sam kalorija danas uneo u organizam? Od ovog trenutka prestajem da jedem. Od sutra ću smanjiti količinu hrane koju unosim. Zamenimo reč "jesti" rečju "piti" i eto alkoholičara! Osobe koje pate od bulimije umnogome nalikuju bilo kojim drugim zavisnicima. Čitavi timovi stručnjaka već dugo pokušavaju da, primenjujući različite metode, "ukrote" ili stave pod kontrolu opsesiju hranom.



Dr Ana Đorđević

Uzimanje hrane je nagona radnja, i spada u vitalne nagone, odnosno predstavlja nagon za samoodržanjem. Kvantitativni poremećaj ovog nagona može dovesti do njegovog smanjivanja ili potpunog gašenja, s jedne, i povećavanja, odnosno bolesne proždrljivosti s druge strane.

Smanjen nagon za ishranom očitava se gladovanjem. Ono katkada može biti namerno, s ciljem da se smrša (održava ili postigne željena telesna težina), u vidu protesta (štraj-



kovanje glada), ili usled postojanja sumanutih ideja da je hrana otrovana, ili, kod shizofreničara usled postojanja imperativnih halucinacija koje sprečavaju uzimanje hrane. Poseban sindrom u kliničkoj praksi, predstavlja mentalna anoreksija, oboljenje koje se najčešće javlja u devojčica, posle puberteta, ili u vrlo mladih devojaka, i karakterišu ga drastično smanjenje ili potpuni prestanak uzimanja hrane, mršavljenje, gubitak menstruacije (amenoreja) i naročito mentalno stanje. Ovo oboljenje dovodi do progresivnog mršavljenja, sve do potpune iscrpljenosti organizma (kaheksije), a u čak 10% slučajeva završava se smrću.

Povećanje nagona za ishranom, u smislu bolesne proždrljivosti viđa se kod nekih oboljenja, kao što su progresivna paraliza, encefalitis, neki tumori mozga, kao i kod idiotije. Ovaj poremećaj može se javiti i kod nekih epileptičara, kao predznak same bo-

lesti (aura), gde je neposredno pred napad bolesnik, gonjen neodoljivom potrebom za hranom, u stanju da pojede enormne količine hrane – i do 10 kg u jednom obroku. Ovaj fenomen poznat je pod imenom "konjska glad".

Povećana potreba za hranom, u smislu bolesne proždrljivosti - BULIMIJA – može biti i opsesivno-kompulzivni poremećaj. U ovom slučaju, hrana ublažava ili otklanja stres, napetost ili strah. Po bihevioralnom učenju, ovaj poremećaj – bolesna proždrljivost – može se javiti kad je stres niskog, do umerenog intenziteta. U slučajevima kad su stres ili strah izrazito jak i nismo u stanju da jedemo.

Bulimiju karakterišu povremeni napadi proždrljivosti, kao i izražena briga za sopstveni izgled i težinu. Od ovog poremećaja pretežno pate žene. Mnoge poznate ličnosti iz sveta mode, filma, muzike priznaju da su imale ili imaju ovaj problem, čak je i engleska princeza Dajana svojevremeno javno priznala da je u dužem vremenskom periodu patila od bulimije.

Između dva napada, osoba se obično strogo pridržava asketskog zbira pravila i odoleva čak i najprimamljivijoj hrani, ukoliko njeno konzumiranje znači unošenje mnogo kalorija. Međutim, povremeno ove osobe u potpunosti gube kontrolu nad sopstvenim apetitom i "bacaju" se na velike količine "zabranjene", kalorične hrane. To se zove napad proždrljivosti. Da bi sprečile dobijanje na težini, ove osobe se služe brojnim trikovima: namerno povraćaju, uzimaju laksative (sredstva za čišćenje), do iznemoglosti se bave sportom ili fizičkim vežbama, ili u potpunosti prestaju s unošenjem hrane – kašnjavaju sebe tako, što neko vreme gladuju.

Bulimija ima mnogo sličnosti s ostalim bolestima zavisnosti. U oba slučaja pacijenti su preokupirani supstancom od koje su zavisni, osećaju neodoljivu potrebu za njom i u potpunosti gube kontrolu kad konzumi-

raju ono od čega su zavisni, a značajan procenat posle lečenja pravi recidiv, odnosno vraća se svojoj zavisnosti.

Pavlovljeva klasična teorija o učenju osnova je terapije, u kojoj se subjekt izlaže draži. Odavno znamo da je strah fenomen kontrolisan dražima. Izlaganje subjekta dražima koje izazivaju strah pokazalo se efikasnim načinom za gašenje (lečenje) strahova. Ovaj pristup primenjuje se i u lečenju pacijenata s bulimijom. Kao i kod straha, smatra se da izlaganje dražima koje stvaraju ili povećavaju apetit može suzbiti napade proždrljivosti. Napad proždrljivosti označava neizdržljivu potrebu da se konzumira određena supstanca. Kao i strah, to je naučena reakcija i mogu je provocirati



različite draži. Generalno, zavisnici su navikli da ono od čega su zavisni, šta god to bilo, konzumiraju kad na njih deluju određene draži, kao, na primer, lokalna kafana, ljudi s kojima obično piju ili uzimaju drogu, flaša, igla, itd. Ako tegla džema na kuhinjskom stolu uvek prouzrokuje želju za jelom, vremenom će samo pogled na teglu postati preduslov za napad gladi. Usled odvijanja izvesnih reakcija u organizmu, pogled na teglu džema biće dovoljan da se javi neodoljiva želja za hranom.

Brojnim eksperimentima dokazano je da draži uzrokuju određene psihološke reakcije zavisnika. Čim je zavisnik izložen nekoj draži, čak i pre nego što je bilo šta konzumirao, u njegovom organizmu dolazi do izvesnih promena. Kod alkoholičara, žudnju izaziva i sam prolazak pored kafane. Nakon konzumacije alkohola, telesna temperatura opada. Draži koje pretihode konzumaciji alkohola, proizvode "pripremajuće" povišenje telesne tem-

perature alkoholičara, čak i ako u okruženju nema alkohola. Ove antici-pirajuće kompenzatorne reakcije alkoholičari doživljavaju kao žudnju – neodoljivu potrebu.

Kod bulimije postoji slična povezanost (kombinacija) specifičnih stimulusa i napada proždrljivosti. Na primer, hrana koja goji ili emocionalna konfuzija, loše raspoloženje, dosada ili usamljenost, ili čak određeno doba dana. Ove draži takođe uslovljavaju pripremajuće reakcije u organizmu osobe koja pati od bulimije, kao što su povišavanje vrednosti insulina, a pad šećera u krvi. Javlja se uzbuđenje, a ponekad i drhtavica. Sve ovo bulimičar prepoznaje kao neodoljivu potrebu za hranom, tj. dobija napad proždrljivosti.

Zadatak terapije je da tzv. pripremajuće reakcije izgube svoje značenje i vrednost. Noviji oblik terapije, zasnovan na bihevioralnim postavkama, jeste izlaganje subjekta draži, s istovremenim sprečavanjem odgovora, tj. reakcije na draž. U terapiji bulimije, to znači progresivno sve češće i duže izlaganje pacijenata dražima koje provociraju napade proždrljivosti, s tim što im pritom nije dozvoljeno da jedu. Ovo je upravo suprotno važnoj komponenti tradicionalne (klasične) terapije bulimije, koja podrazumeva da se "opasna" hrana skriva od pacijenta, i čak ne unosi u kuću. Tokom izlaganja draži, pod supervizijom terapeuta, pacijent proigrava čitav ritual nastanka napada proždrljivosti, kakav proživljava kod kuće. Na sto ispred pacijenta iznosi se različita primamljiva hrana, koju on intenzivno miriše u toku sat vremena. U kraćim vremenskim intervalima pacijentu se dozvoljava da lizne ili okusi sasvim malo hrane sa stola. Terapeut stimuliše pacijenta da proba hranu i nudi da ga njome. Međutim, kako vreme odmiče, ova potreba se redukuje. S obzirom na to da pacijent realno ne konzumira hranu, potreba bleđi. Nakon sat vremena, potreba za hranom značajno se smanjuje, a nakon desetak seansi nestaje. Draži gube svoju prediktivnu vrednost. ■

MISTERIJE

Rezime obimnije studije o Crnjanskom

ILI PSIHOANALIZA



Dr. Vladimir Adamović, neuropsihijatar

Da li je Miloš Crnjanski u svom obimnom rukopisu o Mikelandelu, samo zbog nepoznavanja psihoanalitičkog instrumentarija kojim se služio Frojd u svojoj studiji o Leonardu da Vinčiju, nesvesno izbegao da otkrije sopstvenu "porodičnu tajnu". Prema psihoanalitičarima, nesaznavanje sopstvene teme, ali je to bio i izvor njegovog stalnog nespokojsstva.

I površno čitanje obimnog rukopisa Miloša Crnjanskog, posvećenog Mikelandelu ("Knjiga o Mikelandelu", od skoro 700 stranica), neizbežno nameće poređenje s Frojdovom studijom o Leonardu ("Jedna uspomena iz detinjstva Leonarda da Vinčija"):

Oba rukopisa posvećena su dvojici renesansnih genija, koji su se i lično poznavali i živeli skoro u isto vreme, ali su ispoljavali izraziti animozitet jedan prema drugome.

– Leonardo je bio dvadesetak godina stariji (1452 – 1519) od Mikelandela (1475–1564), a kretali su se uglavnom u istim gradovima (Rim, Firenca, Milano).

– U potpunosti su ispunjavali atribut "renesansni", jer su se na genijalni način ogledali u brojnim područjima stvaralaštva (slikarstvo, vajarstvo, poezija, anatomija i fiziologija, mehanika).

– Imali su skoro isto detinjstvo: Leonardo je bio ilegitalno dete, iz veze njegovog oca s jednom krčmaricom, a doveden je u roditeljsku kuću oko pete godine. Kasnije se o njemu starala pomajka. Mikelandelo je bio zakonito dete iz prvog braka njegovog oca, ali je odmah po rođenju dat dojkinji, ženi jednog kamenoresca, da bi takođe bio vraćen – ali zakonitoj majci – u petoj godini. Njegova majka – Frančeska Neri – živela je još samo nekoliko meseci – umrla je u 25-oj godini. Dok je Mikelandelo bio kod dojkinje, ona je rodila još četvero dece.

– Najzad, ali nikako na kraju, obojica su pokazivala manje (Mikelandelo),

ili više (Leonardo) naglašeno homoseksualno ponašanje: prvi je više godina bio u nekoj vrsti platonske veze s renesansnom pesnikinjom Vitorijom Klonom a drugi je bio stalno okružen lepim i često netaalentovanim učenicima, u mladosti optužen za homoseksualno napastvovanje.

U TRAGANJU ZA VAJAROVOM MAJKOM

U brojnim intervjuima Miloš Crnjanski (1893 – 1977) je često na-



Michelangelo. David. 1501-04. Mermer, visina 5,50 m. Akademija, Firenca

glašavao svoju opsesiju Mikelandelom i činjenicu da je na rukopisu o umetniku radio oko pet decenija, da mu je posvetio trinaest eseja i brojne stranice knjige "Kod Herborejaca". Najzad, nekoliko meseci pred smrti, rukopis je predat – "Nolitu", u dvema kartonskim kutijama, apsolutno nesređen i haotičan, što se nikako nije uklapalo u dotadašnja iskustva s piscem naglašeno opsesivne strukture. Paginacija je bila zbrkana, čitava poglavlja pomešana, tako da je Borislav Mihajlović Mihiz upotrebio izraz "zbrdozdolisano". Mihiz je rukopis predao mladom Nikoli Bertolinu, koji je uložio veliki trud i dao rukopisu kakvu takvu formu, te je najzad, posle piščeve smrti i objavljen. Čitaoci koji su poklonici našeg najvećeg pisca, neće biti mnogo razočarani: tu je Crnjanski ipak pravi polemičar, žustar, veoma obrazovan, koji istražuje "tajnu Mikelandelovog detinjstva" u stalnom dijalogu (a često i trijalogu) s jednim italijanskim profesorom i povremeno s njegovom kćeri. Oni, koji su prema Crnjanskom ravnodušni, brzo će se zasititi knjige, jer se od prve do poslednje stranice, s prisilnom pravilnosti, ponavlja nekoliko tema:

– Mikelandelova majka, već pomenuta Frančeska Neri, veoma se retko spominje u kasnijim umetnikovim pismima ocu.

– Stalno se naglašava da je dojkinja bila žena kamenoresca, te da je vajar kamenorezačkom prašinom-udahnuo i svoju sklonost ka skulpturi.

KRALJA EDIPA

"PORODIČNE TAJNE"

– Da se u umetnikovom životu krije jedna "velika" ili "strašna" tajna.

– Da su njegovom sudbinom upravljale mecene, koje on zove "meduzama" zbog zmijskih glava koje su iz umetnika isisavale životne sokove.

– Najzad, da svoja brojna dela nije završio ("non finito"), objašnjavajući to uticajem pomenutih "mecena" na njegov život i umetnički rad.

Međutim, Crnjanski pobrojane probleme niti produbljuje, niti na neki način razrešava, već ih prisilno – iz poglavlja u poglavlje – ponavlja, tako da čitalac koji se iole razume u psihološke zakonomernosti, brzo dolazi do zaključka da pisac i ne želi da reši "misteriju i tajnu Mikelandelovog detinjstva". Stalnim ponavljanjem istih i sličnih činjenica i pretpostavki, Crnjanski kao da koristi isti mehanizam repeticije, kojim prisilni neurotičar drži svoj nerešeni konflikt izvan kontrole svesti.



Michelangelo. Mojsije. Oko 1513-15. Mermer, visina 2,50 m. S. Pietro in Vincoli, Rim

FROJDOV INSTRUMENTARIJUM

Sigmund Frojd (1856–1939) je u svom eseju manjeg obima, služeći se psihoanalitičkim instrumentarijumom, pokušao da pronikne u tajnu Leonardovog detinjstva, analizirajući jedan pasus iz njegovog rukopisa, u kojem Leonardo navodi da se seća kako ga je – dok je ležao u kolevci – udarila ptica kraguj repom po ustima. Pomno ispitujući sve elemente Leonardovog života i ukazujući na to da sećanja ne sežu nikada "do kolevke", otac psihoanalize smatra da je reč o naknadnom sećanju u funkciji neke kasnije Leonardove životne potrebe, te istražuje etape kojima se rana infantilna umetnikova trauma sublimisala u potrebu za novim saznanjima (epistemofilija kao sublimisana želja da se uđe u roditeljsku sobu i vidi "šta se tamo događa"), kao i njegove skoro potpuno seksualne inhibicije, s naglašenim zaziranjem od heteroseksualnih odnosa i svođenjem polnog života na pasivnu homoseksualnost.

Nemamo uopšte nameru da poređimo dvojicu genija, već samo da ukažemo na put kojim je Crnjanski mogao – da je želeo – da krene u istraživanju Mikelandelovog detinjstva. Reći ćete da on nije psihoanalitičar i da mu taj istraživački instrumentarij nije blizak. To je tačno – Crnjanski je u svojoj mladosti psihoanalizi uputio nekoliko zajedljivih primedbi. Međutim kasnije, kad se upoznao s pomenutim Frojdom esejom o Leonardu, promenio je mišljenje i u nekoliko navrata rekao da je Frojd bio u pravu.

Onda, zašto Crnjanski ne koristi svoju kreativnost i sposobnost imaginacije, da pronikne u tajnu umetnikovog života? Kad se, najzad, pročita "Knjiga o Mikelandelu" kao neizbežan sledeći zaključak nameće se: zato što to nije – zbog svoje intimne blokade – želeo! Pi-

sac je, naime, u traganju za Mikelandelovom majkom tragao za tajnom svog detinjstva, kojoj nikada nije želeo (ili nije mogao) da se u potpunosti približi. Zaustavljajući se na pola puta u traganju za Mikelandelovom porodičnom tajnom, koja se verovatno odigrala u edipalnom trouglu, Crnjanski se pribojavao da sazna nešto što bi bilo analogno njegovom detinjstvu. Odatle ta kompulzivna potreba za stalnim ponavljanjem istih pitanja i odgovora o Mikelandelu, u rukopisu koji je ostavljen u stanju "non finito".

Crnjanski je bio pesimist i njegov melanholični doživljaj života – prema njegovom mišljenju – ima svoj koren u "porodičnoj tajni". Ta tajna bila je delimično i vrelo iz kojeg je crpao svoje pesničke i romaneskne teme, ali i uzrok njegovog stalnog intimnog nezadovoljstva i nespokoja. ■



Michelangelo. Strašni sud (detalj s autoportretom). 1534–41

Problem prekvalifikacije nezaposlenih jedan je od bitnijih problema savremenog društva, koji će verovatno uvek biti prisutan u određenom stepenu, a prema nekim predviđanjima broj nezaposlenih u sledećem veku biće izraženiji nego danas, i to upravo u onim zemljama koje su ekonomski najrazvijenije. Postoje određena mišljenja, koja se svode na to da je nezaposlenost problem nezaposlenih. Međutim, o tom aspektu ovog problema nećemo govoriti ovom prilikom. Nezaposlenost jeste i problem nezaposlenih, ali je i društveni problem i, naravno, ljudski pro-

izvestan procenat lica koja ne prihvataju ponuđeno zaposlenje ili program pripreme za zaposlenje, i da je kod jednog broja njih otkriveno da postoje neki psihološki faktori koji dovode do njihove prividno slabe zainteresovanosti ili nesprenosti za traženje zaposlenja, ili za prihvatanje neko od programa pripreme za zaposlenje. U tom smislu, u ovom članku ćemo prikazati rezultate jednog od naših istraživanja, u kome smo ispitivali da li i kakva veza postoji između stepena zadovoljstva zanimanjem lica koja se prijavljuju Službi za zapošljavanje i njihove

da proporcije uzorka, koji broji 354 ispitanika, odgovaraju proporcijama u osnovnom skupu.

Za ispitivanje odnosno, merenje odabranih karakteristika, sačinjen je upitnik koji je sastavljen od deset petostepenih skala procene za utvrđivanje stepena zadovoljstva zanimanjem, i tri pitanja, sa po tri alternative za ispitivanje spremnosti za usavršavanje, odnosno dokvalifikaciju, prekvalifikaciju i osposobljavanja za zanimanja prvog i drugog stepena stručnosti. Za ispitivanje korelacija korišćeni su X^2 kvadrat, C-koefinijent i Pirsonov koeficijent korelacije.



Slavko Milojković
psiholog

“SILA BOGA NE MOLI”

Zanimljiv je podatak da se u kategoriji lica koja su zadovoljna svojim zanimanjem, nalazi približno jednak broj onih koji su lošeg i onih koji su dobrog materijalnog stanja. Znači materijalni status ispitanika odnosno njihovih porodica, ne utiče na zadovoljstvo zanimanjem za koje su se školovali

blem, u smislu da izaziva niz individualnih psiholoških posledica, jer dovodi do porodičnih i egzistencijalnih problema. Zato naponi, koje Republički zavod za tržište rada čini u smislu rešavanja nezaposlenosti preko raznih svojih programa (rešavanje tehnoloških viškova, zapošljavanje pripravnika, talenata, programi pripreme za tržište rada) na najbolji način artikuliraju stav da je nezaposlenost briga celog društva.

U prošlom broju na ovom mestu smo napomenuli da postoji

spremnosti da prihvate stručno osposobljavanje, prekvalifikaciju, ili dokvalifikaciju (usavršavanje).

Istraživanje koje smo sproveli pripada tipu neeksperimentalnih istraživanja, a primenjen je metod korelacionih studija. Izabran je kvotni uzorak sastavljen od četiri podgrupe, utvrđene na osnovu kriterijuma; stepen obrazovanja i pol, i to tako da smo u uzorak uvrstili i 1% nezaposlenih lica sa evidencije sa trećim, četvrtim, šestim i sedmim stepenom stručnosti. Tako smo dobili

Utvrdili smo da ispitanici koji su zadovoljni svojim zanimanjem ne prihvataju, ili nerado prihvataju, osposobljavanje za zanimanja prvog i drugog stepena stručnosti. S obzirom na to da ipak postoji značajan broj nezaposlenih lica koja se odlučuju na ovaj vid osposobljavanja, istraživali smo koji faktori utiču na donošenje takve odluke. Pokazalo se da što je materijalni status ispitanika nepovoljniji, on će se pre odlučiti stručno osposobljavanje ovoga tipa ($C = 0,41$, X^2 statistički značajan).

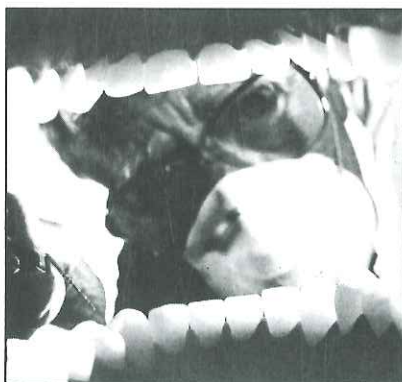
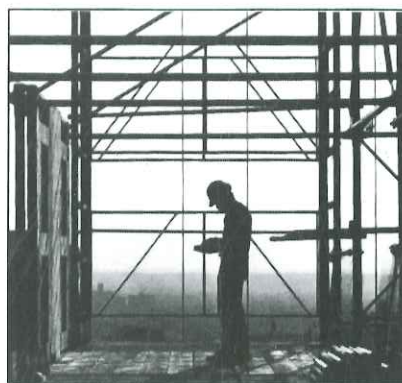
Ispitujući povezanost između zadovoljstva zanimanjem i spremnosti na prekvalifikaciju (izučavanje zanimanja koje je istog stepena stručnosti, a slično zanimanju u kome se kandidat prijavljuje, odnosno iz iste struke ili skupine zanimanja), ustanovili smo da je korelacija umereno niska ($C = 0,29$, X^2 statistički značajan). Dakle postoji jedan broj lica koja su zadovoljna svojim zanimanjem, a ipak se odlučuju na prekvalifikaciju. Koja su to lica? I u ovom slučaju pokazalo se da je materijalni status nezaposlenog lica, odnosno njegove porodice, odlučujući činitelj pri donošenju odluke za prekvali-



fikaciju, jer u kategoriji ispitanika koji prihvataju prekvalifikaciju 42,7%, njih je izjavilo da su mnogo goreg ili nešto goreg materijalnog stanja, a samo 11,1% su nešto boljeg ili mnogo boljeg materijalnog stanja u odnosu na većinu porodica. Znači, sva lica koja su zadovoljna svojim zanimanjem, a lošeg su materijalnog stanja, pre će prihvatiti prekvalifikaciju pa i osposobljavanje za zanimanja nižeg stepena stručnosti, nego oni kandidati koji su zadovoljni svojim zanimanjem, a boljeg su materijalnog stanja od drugih.

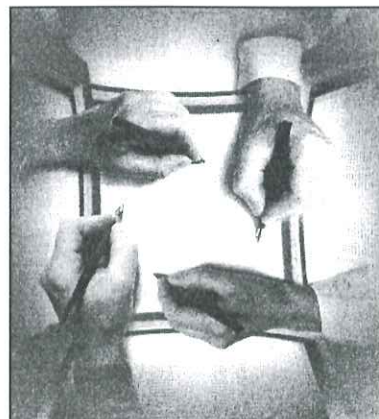
Interesovalo nas je, takođe, koji je motivacioni faktor najvažniji prilikom donošenja odlu-

ke da se prihvati dokvalifikacija (usavršavanje) u zanimanju s kojim se nezaposleno lice prijavljuje Službi zapošljavanja. Ustanovili smo da je to u najvećem broju slučajeva zadovoljstvo zbog ovog zanimanja, jer smo utvrdili da postoji povezanost između spremnosti da se prihvati dokvalifikacija i zadovoljstva zanimanjem ($C = 0,57$, X^2 statistički značajan). Materijalni status ispitanika ima



zanemarljivu ulogu prilikom donošenja odluke da se prihvatiti ponuđena dokvalifikacija.

Zanimljiv je podatak da se u kategoriji lica koja su zadovoljna svojim zanimanjem, nalazi približno jednak broj onih koji su lošeg i onih koji su dobrog materijalnog stanja. Znači materijalni status ispitanika odnosno njihovih porodica, ne utiče na zadovoljstvo zanimanjem za koje su se školovali. Dakle, ukoliko



nije izabrano adekvatno zanimanje, dobar materijalni status porodice ne može izazvati ili povećati zadovoljstvo tim zanimanjem. Na ovo zadovoljstvo utiču neki drugi faktori, o čemu je već bilo reči u prethodnim brojevima ovog časopisa.

Na kraju, da istaknemo i to da smo i u ovim našim istraživanjem potvrdili postojanje profesionalnog identiteta pojedinca, a određeni stepen zadovoljstva zanimanjem, pojavljuje se kao jedan od indikatora ostvarenosti tog identiteta. Zato se svi oni kandidati, kod kojih je utvrđen visok stepen zadovoljstva zanimanjem, dakle kod kojih postoji formiran i, naravno prihvaćen profesionalni identitet, vrlo teško odlučuju na prekvalifikaciju a još teže na stručno osposobljavanje, i to čine samo u slučajevima izuzetne materijalne ugroženosti. ■



VIRTUELNI seks



Dr Vojin
Popović,
psihijatar

E-mail: popovic@bankerinter.net

Nije potrebno posebno naglašavati značaj seksualnog ponašanja. S jedne strane, seks omogućava reprodukciju, a s druge strane pruža bezgranično zadovoljstvo. Postavlja se pitanje zašto je onda seksualno ponašanje toliko cenzurisano (kontrolisano) od društva? Maloletnim osobama zabranjuje se gledanje golišavih scena na TV-u, a ništa im se ne kaže kad gledaju filmove koji su "krcati" krvlju i nasiljem. I danas se u mnogim porodicama zabranjuje (čitaj: strogo kažnjava) samozadovoljavanje, ali se zato vrlo lako prelazi preko nasilničkog ponašanja

nekog od članova porodice. Seks je i dalje tabu tema, na koju se nerado govori, naročito javno.

Seksualne potrebe pojedinaca međusobno se veoma razlikuju. Mnogi brakovi se razvode upravo zbog nezadovoljstva na ovom planu. Zato jedan broj ljudi traži zadovoljavanje seksualnog nagona u virtuelnom seksu.

Šta je virtuelni seks? Pojam "virtuelni" potiče od latinske reči virtualis, koja znači snažan, moćan (ali tu snagu i moć ne koristi), prividan, suprotan od stvarnog. Najprostije rečeno, virtuelni seks označava seksualne aktivnosti između dve ili više osoba, a da pri tome nema fizičkog kontakta.

Ako se pitate kakvo je to seksualno zadovoljstvo bez fizičkog kontakta, sigurno je da virtuelni seks niste nikada probali. U suprotnom bi značajan deo svojih primanja trošili na plaćanje vremena provedenog na Internetu.

Dok se Internet nije pojavio, jedina varijanta virtuelnog seksa bio je seks preko telefona. Telefonski seks pruža zadovoljstvo jedino preko čula sluha, a uz to je i vrlo skup (ne-

koliko desetina dinara košta minut razgovora s "uzbuđenom" sagovornicom, koja, uzgred, dok s vama razgovara, ujedno i kuva ručak ili prelistava dnevne novine). Zato je telefonski seks izgubio bitku od virtuelnog seksa preko Interneta, gde osim toga što možete da čujete dotičnu osobu, možete i da je vidite (naravno, ukoliko ima i web kameru pored kompjutera). Na Internetu postoji na hiljade adresa (stranica, sajtova) koje sadrže seksualni, "eksplicitni" materijal i koje posetiocu nude pregršt erotskih i porno-fotografija direktno gledanje striptiza, ili samog seksualnog odnosa, kao i "učestvovanje" u seksualnim igrama.

Pošto za potrebe pisanja ovog članka nisam mogao da pronađem odgovarajuću literaturu, odlučio sam (na svoje veliko zadovoljstvo) da lično posetim dotične "inkriminisanе" stranice na Internetu. Jedne noći sam seo za kompjuter i krenuo redom. Početna stranica bila mi je www.bankerinter.net, na kojoj postoji desetak vrlo "uzbudljivih" prezentacija, označenih s XXX. Čak i najprobirljiviji mogu naći ono što odgovara njihovom ukusu: golišave

tinejdžerke, supermodeli, glumice, devojke, žene u poznijim godinama... Ima svega, od blage erotike, do najtvrdog porno materijala (seks u svim varijantama: oralni, analni, grupni...). Bio mi je potreban jedan sat da samo na brzinu pregledam sve te fotografije, koje su, da priznam, zasluživale znatno duže gledanje. Pošto sam se upoznao s YU porno i erotskom scenom, krenuo sam na Internet stranice, "omrznutih nam neprijatelja sa Zapada". Navešću adrese samo nekoliko od njih:

www.al4a.com,
 www.hotsextens.com,
 www.207.136.33.67/pics,
 www.futurexxx.com,
 www.hotlive.com,
 www.videosex.org,
 www.wildchild.com,
 www.adulthangout.com,
 www.sexpage.com,
 www.sexyrene.com,
 www.definet.fr,
 www.hotbyrd.com,
 www.xxxx.com i dr.

Sve ove stranice su obilovale osim gore pomenutih sadržajima, i različitim parafilijama (seksualnim nastranostima): sado-mazohizam (na inventivnosti na ovom polju "glumcima" bi pozavideo, sam Markiz de Sad), incest, sodomija, stavljanje različitih predmeta u polne organe (od voća i povrća, preko svećnjaka, drški od metle, kišobrana, do veštačkih falusa, različitih dimenzija, oblika i boja); prosto je neverovatno da je čovekova mašta, u pravom smislu reči, bez granica. Zatim sam posetio i jednu rusku stranicu (www.russa.com), koja je u gore pomenutoj maštovitosti čak nadmašivala zapadne stranice.

Međutim, od svih posećenih stranica, najzanimljivija, s aspekta virtuelnog seksa, bila je stranica www.vocaltec.com. Do ove stranice najlakše je doći pomoću programa "Internet Phone", kompanije Vocaltec. Kad se "zakačite" na ovu stranicu, dobijate mogućnost da vodite "konferencijske" razgovore s ostalim učesnicima, koji su u isto vreme, na Internetu. Teme za razgovor podeljene su u nekoliko grupa: hobi, muzika, sport..., ali je ipak najza-



nimljivija konferencijska grupa "Romansa", s podgrupama "Flertovanje", "Video-kontakt" i "Alternative". Za prisustvovanje grupi "Video" potrebna je web kamera, koju nisam imao, ali zato sam se vrlo uspešno priključio grupi "Flertovanje". Na ovoj stranici, u svako doba dana, ima po 30-ak ljudi iz svih krajeva sveta. Pošto nisam imao web kameru, pomenute ljude mogao sam videti na ekranu monitora, ali oni mene ne (moja prednost, zbog koje se oni nisu mnogo ljutili i imali su razumevanja kad su pročitali, na svojim ekranima iz koje zemlje zovem). U toku boravka na ovoj "konferenciji" imao sam prilike da porazgovaram s pet devojaka: dve Šveđanke, i po jedna Britanka, Brazilka i Japanka. Iako nisu mogle da me vide (na svu sreću), pristale su da razgovaraju sa mnom (ko kaže da nas svet ne voli). Ja sam mogao da ih vidim, i moram da priznam da su bile vrlo atraktivne. Brazilka je bila "najotvorenija" za razgovor. Kaže da do sada nije imala prilike da razgovara na pomenutu temu s nekim od Jugoslovena. Sadržaj našeg raz-

govora izlazi iz okvira našeg časopisa, a koga zanima, neka uključi Banker kanal na televiziji, nedeljom u 01 h po ponoći. Čak je na kraju odigrala i jedan striptiz, koji je nazvala "for your eyes only". Ostao sam bez teksta. Tako prijatnom razgovoru nikad kraja, a obilazak svih gore pomenutih stranica završio sam negde pred jutro. Nikada vremenski duži, a prijatniji zadatak u pisanju ove rubrike nisam imao.

Došao sam do zaključka da SIDA i nije neki problem, ako veći deo populacije kupi kompjuter i prošeta Internetom, u potrazi za svojim virtuelnim seksualnim partnerom. Em je takav seks sigurniji, em je jevtiniji. Šalim se. Virtuelno je virtuelno, ali seks u stvarnosti ne može se porediti s virtuelnim seksom. Zato, neka Vam ni strah od SIDA ne uskraćuje zadovoljstvo (uz sve mere zaštite). Živite život punim plućima. Na kraju, bolje je živeti 50 godina kao ponosni lav, nego 100 godina kao stidljiva kornjača. Što bi rekao J. J. Zmaj: "Gde god vidiš zgodno mesto, tu drvo posadi..." ■



Virđžinija Vulf:
"Sopstvena soba",
Plavi jahač,
biblioteka "Plave
čarape", Beograd,
1998. (treće izdanje)

O "SOPSTVENOJ SOBI"

VIRDŽINIJE VULF

"Sopstvena soba" (ženska" knjiga za čitaoce oba pola) zasniva se na dva rada – o ženskim pozivima i o ženama i književnosti, koje je Virđžinija Vulf pročitala u Udruženju umetnosti u Londonu, oktobra 1928. Ova knjiga za mene predstavlja: 1) metaforu ženske slobode, ili radije, pobune protiv muške tiranije u vremenu i prostoru, pre svega u postviktorskoj Engleskoj; 2) "Sopstvena soba" još jedan je talas autobiografije, ili ženskog romana Virđžinije Vulf i 3) predstavlja izvanredan doprinos teoriji polova.

Da "počnem od početka" (kako bi rekao Tomas Dilan), od viktorske Engleske u kojoj je rasla Virđžinija Vulf, jer njeno delo, a posebno "Sopstvenu sobu", nije moguće posmatrati izdvojeno iz istorijskog konteksta i Blumsberijskog kruga.

Da li je istina, kako su tvrdila viktorska gospoda, da žena nikada ne bi mogla da napiše Šekspirove sonete? Virđžinija Vulf smatra da je Šekspirova sestra bila ograničena svojim polom, i ma koliko da je bila nadarena, bila bi osujećivana i ometana, pa bi izvesno izgubila zdravlje i razum. Čedna žena nije mogla biti književnica, što joj je nametalo anonimnost čak i u devetnaestom veku, a publicitet žena smatrao se lošim ukusom.

Šta su muškarci viktorske doba govorili o ženama? Evo nekih zanimljivosti na koje nas upućuje Virđžinija Vulf u "Sopstvenoj sobi": za Oskara Brauninga najbolja žena je

intelektualno inferiornija od najgoreg muškarca (ovo je kasnije detaljno razradio Oto Vajninger); slabija je u moralnom smislu i ima manji mozak; većina žena uopšte nema karaktera, govorili su drugi; Napoleon je smatrao da su žene nesposobne da se obrazuju, dr Džonson je mislio suprotno; Gete ih je poštovao, Musolini prezirao; većina muškaraca viktorske doba podsmejala se "plavim čarapama koje svrbi želja za piskaranjem".

Mnoge muške knjige napisane o ženama (a poznato je, o ženama pišu uglavnom muškarci), koje govore o njihovoj mentalnoj, moralnoj i fizičkoj inferiornosti, pisane su, smatra Virđžinija Vulf, pri crvenom svetlu emocija, a ne pri belom svetlu istine. Profesore, koji su pisali knjige o ženama, Virđžinija, stavlja u isti koš. Svi su bili veoma gnevni. Ali, zašto? Zašto je gnevan profesor kad je u Engleskoj toga doba vladao patrijarhat, a on je imao svu moguću dominaciju i kontrolisao sve, osim magle, pita se Virđžinija Vulf, i zaključuje, da možda profesoru, kad preterano ističe inferiornost žena, nije toliko stalo do ženske inferiornosti, koliko do sopstvene superiornosti. To on tako grčevito i preterano štiti svoj najvredniji dragulj, smatra, u maniru najboljeg psihologa, Virđžinija Vulf.

Junakinje Virđžinije Vulf su, savim prirodno, verno ogledalo devetnaestog veka. Odgajane u tradicionalnom porodičnom domu, one su odrasle između vrta, klavira i čajnog stola, a

u biblioteku su mogle ući samo u pratnji profesora. Slobodne su, ali nisu u stanju da uspostave kontakt sa spoljašnjom stvarnošću. Pod zaštitom su i starateljstvom impozantne figure svojih muževa, što im, uostalom, preporučuje Milton. Virđžinija Vulf nema dovoljno reči osude za ovo domaće ropstvo u "sopstvenoj sobi", odlučuje se da "ubije anđela doma, tu požrtvovanu, stidljivu i čednu vilu domaćeg ognjišta, koja kao kakav sraman greh guši snažno književno iskušenje" i započinje svoju individuaciju na večernjim sedeljama Blumsberijskog kruga (koje je voleo T.S. Eliot, a prezirao D. H. Lorens) na kojima su se služili viski, zemičke i čaj, a "razgovor je predstavljao najveću gozbu".

Dok ostale žene strasno čitaju osamdeset četiri poglavlja "Vodiča za inteligentne žene", koji im je posvetio Bernard Šo "najslobodnija žena Engleske", kako su Virđžiniju Vulf nazivali njeni prijatelji, zaključuje (ovo je i centralna poruka knjige "Sopstvena soba"): neophodna je sopstvena soba s ključem u bravi i izvesna količina novca ženi koja želi da se bavi književnošću, kao i onoj koja hoće da upozna, putuje, voli, razmišlja, rečju da živi slobodno, ne tražeći uvek brižnu saglasnost oca, brata ili verenika. Tek kad stekne taj dragoceni posed, žena može govoriti o onome što želi, ne morajući zato da se preobuče u muško odelo, da nazove sebe muškim imenom, kao što su to učinile Džordž Eliot, Žorž Sandova, ili kasnije Isak

Dinesen, ili da veže zvonce za ivicu svog kreveta, koje će je probuditi da bi učila grčki jezik. Bez obzira na viktorijanski eho dela Virdžinije Vulf, "Sopstvenoj sobi", kao metafori ženske slobode, nije potrebno ni danas ništa dodati.

Prust je bio sasvim u pravu kad je objašnjavao Albertini da su veliki književnici uvek stvarali samo jedno delo, ili, tačnije, da su uvek kroz različite sredine, samo prelamali istu lepotu koju daruju svetu. Virdžinija Vulf se izražava kroz svaki svoj lik i kao da je napisala veliki ženski roman s jednim licem, a to lice, obično žensko, jeste ona sama. Ona je Klarisa, gospođa Remzi, Rejčel i Sara, ili Roda prelepih "Talasa". A pišući o ženama (konačno žena piše o ženi, umesto muškarca), Virdžinija Vulf je u svojim knjigama, najviše u "Sopstvenoj sobi", pognute lepe glave, rastrzana između dva osećanja – srca i razuma – i bi teškom razmišljanje o polovima. Razrešenje nalazi u Orlandu ili androginom biću.

U trenutku zatišja na londonskim ulicama, dok posmatra: list koji se otkinuo s platana, Virdžiniju Vulf iznenaduje prizor ispod prozora njene sobe: sreću se dvoje, mladić i devojka, i tog melanholičnog dekirikovskog popodneva ulaze u taksu. Zadovoljstvo koje joj je ovaj prizor pružio, iracionalni doživljaj sreće koja se postiže sjedinjavanjem polova, naveli su je da

duističkom dvojstvu Šive i Šakti. Njena ideja o idealnom dvopolnom biću manje se zasniva na čitanju Platona, nego na zaključcima psihoanalize i biologije, koje su izveli Frojd, još više Jung i Darwin. Naravno, kako se to inače događa u nauci, drevna ideja sazreva u kolektivnom umu naučnika i pesnika. Već u "Dnevniku" Ketrin Mensfeld, iz 1921. godine, čitamo: "Mi nismo ni mužjak ni ženka. Mi smo spoj oba ta elementa. Ja biram čoveka koji će razviti i proširiti muški deo u meni, on mene bira da bi uvećao ženski element u sebi."

Virdžinija Vulf nastavlja: kod muškarca ženski deo mozga mora imati uticaja. I žena, isto tako, mora da opšti s muškarcem u sebi. Jer, tek kad dođe do pravog spoja, um je potpuno oploden i koristi sve svoje sposobnosti. Virdžinija Vulf, kao da je Jungova učenica, smatra: treba koristiti obe strane svesti podjednako i slaže se s Kolridžem, koji je tvrdio da je veliki um androgin. Dodaću ovde da i traženje srodne duše, odnosno ljubavni susret, predstavlja težnju da se dostigne androgina celina. Za mene androgina poetika Virdžinije Vulf (inače najbolje prikazana u "Orlandu") predstavlja nežnu simetriju, najbolji deo "Sopstvene sobe" i suštinski doprinos teoriji polova.

Posle feminističke pobune u prvom delu "Sopstvene sobe", Virdžinija Vulf zaključuje da je pogubno isticati u prvi plan nepravdu koja je

I da zaključim: žestina kojom naslobodnija žena Engleske brani stvar ženu, naročito u prvom delu "Sopstvene sobe", možda bi danas mogla da izazove podsmeh. Za neke njen doprinos feminizmu, koji su nazvali borbenim, predstavlja preživelo nasleđe viktorijanskog doba i antički predmet, koji treba staviti na policu svoje biblioteke. Ne bih se složila s kritičarima koji tako misle. Virdžinija Vulf je sačuvala ženskost, a njene knjige se i dalje oplođuju, evo i ovde, kod nas, u ediciji "Plave čarape". Pobuna protiv muške tiranije vremena i prostora zauzima važno mesto u verbalnom svemiru Virdžinije Vulf, ali, to ne predstavlja feminizam egzistencijalne, već imaginativne prirode. Svrstati Virdžiniju Vulf uz feministkinje ovoga veka, kako neki vole da čine, bila bi velika greška i mentalni refleks, a mentalni refleksi teško se odbacuju, naročito oni loši. Ako tako mislimo, lišićemo se zadovoljstva da "Sopstvenu sobu", tu divnu sonatu, osetimo čulima, kao što je melanholični autor želeo da se doživi njegova poetika. Slično bi se dogodilo ako bismo Virdžiniju Vulf doživljavali kao psihijatrijski slučaj. Odnos prema umetnicima kao prema "slučajevima", smatram nedopustivim voajerizmom, koji više govori o tumaču nego o tumačenom.

Na kraju, nekoliko pitanja: da li žena danas ima sopstvenu sobu i dovoljno novca? Da li je stvarno mrtva

ZAŠTO ŠEKSPIROVA SESTRA NIJE PISALA SONETE?

razmišlja i zapita se, postoje li u mozgu dva pola koji odgovaraju polovima u telu, i da li i oni traže da se sjedine, radi potpunog zadovoljstva i sreće. Virdžinija Vulf briljantno skicira plan duše i razvija ideju o androginom biću: u svakom od nas vladaju dve sile, jedna muška, druga ženska. U muškom mozgu muškarac ima premoć nad ženom, u ženskom žena ima premoć nad muškarcem. Tako se književnica približava Jungovom konceptu animusa i anime, odnosno hin-

naneta ženskom polu, i ja se slažem s njom, uz jedan dodatak – feminizam smatram pogubnim za ženu uopšte. "Žena književnik mora da bude ženamuškarac", ona treba da bude Orlando, da bi njene knjige nastavile da se oplođuju. Tek kad ostvari brak suprotnosti, postići će mir, tako neophodan piscu, smatra Virdžinija Vulf. Tek ostvarivanje ili približavanje mističnom sjedinjavanju sasvim prirodno uvodi u oblast stvaralačke tišine, svojstvenu svakom srcu.

vila domaćeg ognjišta, koju je ubila Virdžinija Vulf, ili su zaostale druge utvare, koje ipak, ne dozvoljavaju potpunu intelektualnu slobodu ženskom polu? Da li je ženska revolucija dobra za žensku dušu i harmoniju prirode? I, da li bi danas Šekspirova sestra mogla pisati sonete? Ova važna pitanja zaslužuju razmišljanje i odgovore, koje bih ostavila za neki drugi put. ■

*Doc. dr Dušica Lečić-Toševski
neuropsihijatar*



Mr Radomir D. Đorđević, VREME SKINHEDSA, SKC, NIŠ, 1998.

devijantnost mladih-

SKINHEDSI

Mr Radomir Đorđević nudi nam zanimljivu studiju o malo znanoj omladinskoj grupi kod nas – skinhedsim. Njihova provokativnost i devijantnost, ali i izrazita militantnost, koju iskazuju širom Evrope ukazuju na to da skinhedsi imaju i političke ciljeve, s izrazitom rasističkom podlogom.

Prema rečima samog autora knjige “Vreme skinhedsa”, mr-a Radomira Đorđevića, knjiga je nastala kao plod jednog nemilog događaja, koji se zbilo 1997. godine u Beogradu.

Naime, radi se o tragičnom spletu okolnosti, koje su dovele do gubitka mladog života – 12-to-godišnjeg dečaka romske nacionalnosti. Njega su na svirep način ubili pripadnici potkulture grupe “skinheds”, takođe po godinama mladi (17-18). Razlozi za ovo ubistvo su nacionalistička frustracija mladih pripadnika “uličnih vojnika” i rasna mržnja prema “obojenima”.

U knjizi “Vreme skinhedsa” zastupljena su sledeća poglavlja: 1. Potkultura i kontrakultura, 2. Devijantna potkultura i mladi, 3. Vreme skinhedsa. U okviru trećeg poglavlja – obrađena su tri poglavlja: a) Pojava skinhedsa u svetu, b) Skinhedsi u Srbiji, c) Javnost o skinhedsim i skinhedsi o sebi.

U prvom delu, autor nas upozna s probranim odrednicama iz okvira potkulture i kontrakture, želeći da široj javnosti približi neke od karakteristika ovih potkulturnih sistema. U drugom, čitaoci se upoznaju s nizom socijalnih i socioloških problema o devijantnosti mladih, počev od socijalne dezorganizacije i patologije mladih, pa sve do devijantnosti mladih u širem društvenom okruženju (škola, društvene grupe). U trećem delu, istražuje se sam fenomen potkulturne grupe “skinheds”, koja ujedno ima i sve elemente kontrakulturne grupe.

Fenomen “skinhedsa” uočen je od sociologa još 60-tih godina ovoga veka, i to od engleskih i američkih. Skinhedsi su kao omladinska potkultura nastajali od rubnih radničkih lumpenproleterskih grupacija koje, svojom socijalnim položajem, nisu mogle da se uklope u društveni položaj nižih i srednjih slojeva kapitalističkog društva. Ali, nezadovoljstvo ovih delova radničke klase izrasta i na nacionalističkoj i rasnoj osnovi, prema stranim obojenim radnicima, naročito u V. Britaniji 60-tih i 70-tih godina. Smatrajući da su i “došljaci” – strani radnici – krivi za njihov sirotinjski položaj, skinhedsi su upravljali svoj gnev prema njima – šikanirajući ih i zlostavljajući ih.

Skinhedsi su kao grupacija nastajali iz prethodnih omladinskih grupa – prvenstveno iz tzv. “mode” koja se u međuvremenu podelila na “svesne hipike” i “teške mode”. Od ovih poslednjih, nastali su i skinhedsi, dodajući sebi svoj imidž: kratka kosa (kasnije i brijanje glave), otuda i naziv “čelavci”, “obrijane glave”. Zatim, široke radničke pantalone, flanelne karirane košulje, duboke radničke čizme (kasnije, čizme marke “martens”). Njihovo ukupno ponašanje odavalo je preteći, kavgađzijski izgled i momke koji su spremni da silom i pesnicama zavode red, ili pak da dobiju ono što žele.

Transformacija skinhedsa 80-tih godina ponovo se dogodila. Ovoga puta, skinhedsi su posegli i za političkim ciljevima (naročito u Nemačkoj, Francuskoj i skandinavskim zemljama, ali i širom istočne Evrope). Skinhedsi su prihvatili poistovećivanje s

nacizmom Hitlerove Nemačke, transformišući se u tzv. “neonaciste” ili “naciklanove”. Dodajući sebi, sada i vojničku, maskirnu uniformu, skinhedsi su i bukvalno težili militantnosti i rasizmu uopšte. Prvobitni skinhedsi izgubili su se, ali ali su nastajali “naci-skinhedsi”. U Nemačkoj, ali i u mnogim drugim zemljama Evrope (Češka, Poljska, Rusija) započela su proganjanja inostranih “obojenih” radnika i paljenje njihovih kuća. Evropsko društvo suočilo se s velikim problemom: kako odgovoriti na izazove demokratskog društva i njegovog ustrojstva? Skinhedsi su, očigledno, poremetili višedecenijski skladan razvoj pojedinih evropskih država. Po svemu, pak, skinhedsi su, prema autoru knjige “Vreme skinhedsa”, izražavali sledeću karakteristiku: “Skinhedsi su očitо nezadovoljni društvenim položajem u kome žive te otuda i pokušavaju ne samo da ga izmene već i da u njemu igraju glavnu ulogu – ulogu onih koji spasavaju društvo od izopačenosti i svega onog što ga kvari. Oni su za politiku ‘law and order’ (zakon i red). Ipak, skinhedsi i sami narušavaju ono za šta se zalažu.”

Naši skinhedsi izrasli su na drugačijem društvenom miljeu – primećuje mr R. Đorđević. Svoje mesto u društvu zauzeli su zahvaljujući velikim previranjima, počev s raspadom nekadašnje SFRJ, a zatim i zahvaljujući međunacionalnom ratu bivših članica SFRJ. Opšte ekonomsko propadanje u novoj državi, SRJ, još jedan je dodatni razlog da se pripadnici skinhedsa grupišu oko svojih proklamovanih ciljeva. Događaj u Beogradu bio je samo nagoveštaj takvog stremljenja “naših” skinhedsa.

Na kraju, recimo, da knjiga “Vreme skinhedsa” obiluje relevantnim fotografijama skinhedsa, kao i tabelarnim istraživanjima o rasprostranjenosti skinhedsa (njihovoj zastupljenosti) u osnovnim i srednjim školama u Nišu, koje je sproveo autor knjige. Knjiga “Vreme skinhedsa”, otuda, može dobro poslužiti sociolozima, psiholozima, kriminolozima i svima ostalima koji se bave istraživanjima potkulture i kontrakture.

Slađana Golubović,
psiholog



NACIONALNI CENTAR ZA KLINIČKE PROGRAME ZA ODOJČAD

Svi koji se bave psihijatrijom i dijagnostikom razvojnog doba znaju da ova mlada naučna disciplina svoju punu afirmaciju doživljava tek u poslednje dve decenije (što je posebno potvrđeno izdavanjem ovog priručnika). U prilog ovoj konstataciji govori i zastupljenost psihičkih poremećaja razvojnog doba u prethodnim dijagnostičkim klasifikacionim sistemima.

Istorijski gledano, psihički poremećaji, koji su karakteristični za razvojno doba pojavljuju se, u minimalnom obimu, po prvi put u okviru MKB-8 (1968). Ti poremećaji nisu bili posebno izdvojeni, kao poremećaji specifični za detinjstvo i mladost, već su se nalazili zajedno s poremećajima koji se javljaju u odraslom životnom dobu.

U devetoj reviziji (MKB-9), koja je stupila na snagu 1979. godine, a koja je donedavno bila u upotrebi, došlo je po prvi put do izdavanja potkategorija specifičnih za dečje doba, ali još uvek u okviru kategorija koje šifriraju i poremećaje odraslih.

DIJAGNOSTIČKA KLASIFIKACIJA OD 0 DO 3

Dijagnostička klasifikacija mentalnih i razvojnih poremećaja odojčeta i deteta u ranom detinjstvu

Deseta revizija (MKB-10), koja je sada u upotrebi, u oblasti klasifikacije psihičkih poremećaja u detinjstvu i mladosti, značajno je proširena (od ukupno deset grupa mentalnih poremećaja, dve grupe, tj. tri s mentalnom retardacijom, posvećene su isključivo poremećajima razvojnog doba, tj. razvojnim psihičkim poremećajima). Dakle, klasifikacioni sistem MKB-10 daje značajno više mesta oblasti psihičkih poremećaja u detinjstvu i mladosti, kao i oblasti reaktivnih poremećaja. Tako da danas ova klasifikacija, uz multi-aksijalni američki klasifikacioni sistem DSM, daje najpotpunije odgovore na glavne zahteve stavljene pred dobru klasifikaciju psihičkih poremećaja u razvojnom dobu.

Psihijatrija razvojnog doba, kao što je rečeno, doživljava punu afirmaciju krajem veka, što najbolje po-

kazuje pojava dijagnostičke klasifikacije 0 – 3 (dijagnostička klasifikacija mentalnih i razvojnih poremećaja odojčeta i deteta u ranom detinjstvu). Zero to three / Nacionalni centar za kliničke programe, za decu od rođenja do treće godine, sa sedištem u Vašingtonu, osnovan 1977. godine, kao jedina nacionalna neprofitna organizacija koja se isključivo bavi poboljšavanjem uslova za zdrav fizički, kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj odojčadi i dece do treće godine i njihovih porodica, jeste institucija koja je uz pomoć tima za Dijagnostičku klasifikaciju tvorac pomenute Dijagnostičke klasifikacije, koja se prvi put pojavila u USA, 1994. godine, a doživela već svoje treće izdanje, 1995. godine. Zahvaljujući stručnoj redakciji prof. dr. a Veronike Išpanović-Radojković i

Institutu za mentalno zdravlje iz Beograda, 1999. godine objavljen je i kod nas prevod ove dijagnostičke klasifikacije.

Značaj ove klasifikacije jeste u tome, što razvija i ističe shvatanje o važnosti prve tri godina života i o mogućnostima rane intervencije i prevencije za zdrav rast i razvoj. Dijagnostička klasifikacija: 0 – 3 napravljena je tako, da može poslužiti kao dopuna postojećim medicinskim i razvojnim okvirima za razumevanje odstupanja od normativnog razvoja, tj. za razumevanje razvojnih problema i mentalnog zdravlja u najranijim godinama života. Dijagnostičke kategorije, predstavljene u ovom priručniku, date su kao opis simptoma i ponašanja, a ne kao patofiziološke i/ili etiološke veze, ali u svakom slučaju važan su pionirski korak u stvaranju kategorizacije razvojnih, poremećaja i poremećaja mentalnog zdravlja tokom prvih godina života, zasnovane na saglasnosti stručnjaka.

Dijagnostička klasifikacija 0 – 3 na današnjem nivou razvoja jeste privremeni (klasifikacioni sistem je sistem koji se razvija), višeosovinski klasifikacioni sistem, čiji se dijagnostički okvir sastoji od sledećeg:

Osovina I: primarna klasifikacija

Osovina II: klasifikacija odnosa

Osovina III: fizički, neurološki, razvojni poremećaji i poremećaji mentalnog zdravlja, ili stanja (opisani i u drugim klasifikacionim sistemima)

Osovina IV: psihosocijalni stres

Osovina V: funkcionalni emocionalni-razvojni nivo

U priručniku Dijagnostička klasifikacija 0 – 3, nakon Predgovora i Uvoda, sledi najvažniji deo koji detaljno opisuje Osovinu I, tj. primarnu klasifikaciju, kao primarnu dijagnozu koja odražava najizraženije karakteristike sledećih poremećaja i njihovih podtipova: traumatski stresni poremećaj (100), poremećaji afekta (200), poremećaj

prilagođavanja (300), regulatorni poremećaji (400), poremećaji spavanja (500), poremećaji ponašanja u ishrani (600), poremećaji odnosa i komunikacije (700), multisistemski razvojni poremećaj (701, 702, 703).

Zatim sledi deo koji daje opis Osovine II, tj. opis klasifikacije poremećaja odnosa. Osovinu II treba koristiti samo za dijagnostikovanje izrazitih teškoća u odnosu, uz napomenu da odojčice s primarnom dijagnozom (Osovina I) može, ali i ne mora, imati dijagnozu poremećaja odnosa. Poremećaji odnosa određeni su kao: preterana angažovanost (901), nedovoljna angažovanost (902), anksioznost napetost (903) ljutitost neprijateljstvo (907), mešoviti poremećaj odnosa (905), zloupotreba (906). U Prilogu 1. data je i skala za opštu procenu odnosa roditelj – odojčice (PIR-GAS). Ova skala je značajna, jer određuje i prikazuje širok opseg odnosa roditelj – odojčice, i zato se upotrebljava u istraživanjima, da bi se opisala jačina odnosa i procenila težina poremećaja.

Osovina III omogućava registrovanje fizičkih, medicinskih i neuroloških poremećaja mentalnog zdravlja i razvojnih dijagnoza, koje se postavljaju uz pomoć primene drugih dijagnostičkih i klasifikacionih sistema (DSM IV-R i ICD-10).

Osovina IV uključena je da bi se pomoglo kliničarima da uzmu u obzir neposredne i posredne uticaje psihosocijalnih stresova (u okviru kategorija, da određeni događaj nema očiglednog dejstva, da ima blago dejstvo, umereno i veoma izraženo dejstvo) na prisustvo različitih poremećaja odojčeta i malog deteta.

Osovina V ovog višeosovinskog dijagnostičkog pristupa bavi se načinom na koji odojčice organizuje iskustva, tj. procenom nivoa razvoja (u potpunosti je dostiglo očekivane nivoe i na očekivanom je nivou, ali s ograničenjima; nije dostiglo očekivani nivo, ali je dostiglo sve prethodne nivoe; nije ovladalo bilo kojim od prethodnih nivoa) na kome

odojčice organizuje afektivne, interaktivne, komunikativne, kognitivne i senzorne doživljaje.

Drugi deo knjige u skladu je s gore jasno određenim kriterijumima višeosovinskog dijagnostičkog pristupa i praktično ilustruje primenu ovog klasifikacionog sistema, kroz sedamnaest konkretnih prikaza slučajeva. Ove slučajeve izneli su učesnici ZERO TO THREE / tima za dijagnostičku klasifikaciju Nacionalnog centra za kliničke programe za odojčad, koji rade u različitim okruženjima. Na kraju svakog prikaza sledi zaključni dijagnostički utisak (tako, na primer, prvi prikaz slučaja završava se sledećim dijagnostičkim utiskom):

Osovina I: psihički traumatski poremećaj;

Osovina II: poremećaj odnosa: otac – psihički nasilan – majka – b. o.

Osovina III: fizička povreda;

Osovina IV: psihosocijalni stres – ozbiljne posledice;

Osovina V: funkcionalni emocionalni-razvojni nivo – na očekivanom nivou, uz ograničenja.

Zaključak koji proizilazi iz svega rečenog je, da pred sobom imamo najnoviju dijagnostičku klasifikaciju, jedinu do sada koja se bavi dijagnostičkim kriterijumima i pokušajem razumevanja razvojnih problema i mentalnog zdravlja u najranijim godinama života. Pored pružanja značajnih dijagnostičkih kriterijuma, vrednost ove klasifikacije jeste i u tome što razvija i ističe shvatanje o važnosti prve tri godine života i o mogućnostima rane intervencije i prevencije, za zdrav rast i razvoj. Od značajne koristi biće svima koji se bave i rade s decom, a posebno psihijatrima i psiholozima koji se bave dijagnostikom i psihodijagnostikom razvojnog doba. ■

Mr Miroslav Krstić, spec. med. psihologije

Mr Olga Milojković, neuropsihijatar

POVODOM TEKSTA "KUČKE" (ŽENE ZAVISNE OD SLABOSTI MUŠKARACA), PETRA KOSTIĆA, OBJAVLJENOG U ČASOPISU PSIHOLOGIJA DANAS

U tekstu "Kučke (žene zavisne od slabosti muškaraca)" govori se o psihoseksualnoj nezrelosti žena i muškaraca. Takvih žena ima po "gruboju proceni" P. K. oko 20%. To su kučke, grabljivice, olinjale kučke. Jasnih muškaraca, ovaca, ima daleko više, 90%.

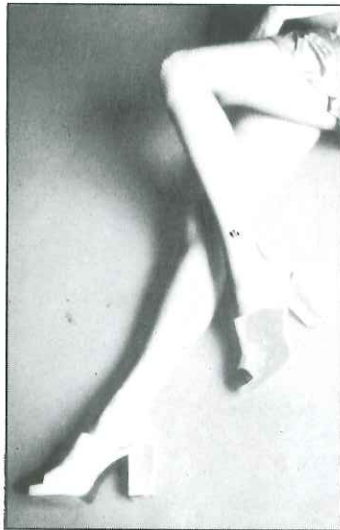
Ovaj zanimljivi životinjski svet neopravdano se brka s malignim stranama psihoseksualno nedovršenog ljudskog bića.

Po Fromoj teoriji, benigna agresivnost, koja se sreće kod životinja, urođena je, normalna odbrambena reakcija, nužna za opstanak jedinke i vrste. Maligna agresija isključivo je ljudska, nije programirana nasleđem, ne izaziva je spoljašnja opasnost, već želja za razaranjem i uništavanjem.

Kao majka predadolescencijne kćeri i sina u poodmaklom pubertetu, uplašila sam se naučnih podataka objašnjenih S-R shemom. Shvatila sam da postoji opasnost da mi kćer upadne u 20% ozloglašanih žena, a sin u 90% jasnih muškaraca. Ako eliminišem mogućnost da sam podbacila kao majka u vaspitanju svoje dece, pa ih posmatram u svetlu ostalih pripadnika ljudskog roda, opet je moje potomstvo ugroženo, u slučaju da njihovi izabrani partneri pripadaju bezspomoćnim jasnim muškarcima i pokvarenim ženama, jer ih čeka patnja.

Pitam se kako je Kostić došao do ovih saznanja?

Ana Frojd je još davne 1925. godine, razmatrajući ego-mehanizme i granice ega, navela da su pubertet i klimakterijum periodi "jakog Ida i slabog Ega, jer u tim životnim fazama Ego obično nije u stanju da se adekvatno suprostavi nagonskim zahtevima Ida". Saznanje P. Kostića, da su žene "strateški mudrije" verovatno je objašnjava većim



kapacitetom ega, koji pojedini muškarci (džukele i ovce) nikada ne dostignu u svom razvoju. Takvi muškarci iz detinjstva ulaze u pubertet, i u njemu ostaju do kraja života.

Autor teksta navodi: "Olinjala kučka, s porodicom i potomstvom drži samo unuke (ne unučad) na krilu i priča im o svojim slavnim poredama i pohodima protiv muškog roda, šireći tako duh kučke s kolena na koleno, u buduća pokolenja, po ženskoj liniji."

Koliko je meni poznato iz ličnog, kao i genograma mojih prijatelja i pacijenata, učestaliji je podatak da olinjala džukela prenosi porednički duh i slavne lične poredbe i pohode s kolena na koleno", dok olinjala kučka za to vreme kuva pekmez i slatko.

Biološka slabost muškaraca potkrepljuje se činjenicom da oni "tri puta češće stanuju u duševnim bolnicama". Pitam se da li je to usled nematuriranog CNS-a, što bi se moglo objasniti "biološkom slabosti", ili, verovatnije, usled nesposobnosti "da se adekvatno suprostave nagonskim zahtevima Ida".

Empirijski podatak o učestalim duševnim poremećajima "ovaca" navodi ne na asocijaciju da bi možda bilo korisno, iz mentalno-higijenskih razloga, muškarce preventivno hospitalizovati tri puta češće, da bi se smanjili gubitnici. Naravno, dao bi se napraviti projekat, po kome bi se radilo s njima, da im se razviju kapaciteti za preživljavanje, jer prema Kostiću su ugroženi.

Objašnjavajući mišićnu nadmoć i veću agresivnost muškaraca, autor članka ističe to kao slabost, koristeći etološku teoriju Konrada Lorenca, koji agresiju shvata kao instinkt vezan za

Odjeci

unuštranju energiju. Međutim po teoriji Lorenca, ta instinktivna energija, tj. ekscitacija neprestano se nagomilava u nervnim centrima i kad se dovoljno nakupi, dolazi do praznjenja, bez obzira na to da li je stimulus prisutan.

Kako li je došao Kostić na ideju da žene (kučke) provociraju agresivnost ovaca?

Znači li to da su "ovce" dobrovoljno izabrale dominaciju primitivnih nagonskih impulsa nad višim psihičkim funkcijama, da bi opravdali nekontrolisano korišćenje agresivnog i seksualnog nagona u osvajačke svrhe.

Ako su "žene nadmoćnije u svim konkretnim intelektualnim delatnostima, a muškarci u svim apstraktnim", zašto muškarci čine dela u korist svoje štete?

Zamislite kakav bi sjajan život viladao na kugli zemaljskoj kada bi u politici, privredi i industriji dominirale konkretne intelektualne delatnosti, začinjene tu i tamo apstraktnim sadržajem, a ne obmuto. Čime se onda opravdavaju "karijera, moć i novac" ovaca.

"Jadne ovce, izluđene ženskom emotivnom prezasićenosti, jedino mogu da udare?"

Ne razumem kako je u toj tuči ona pobedila, i pored telesnih povreda, a on je gubitnik, jer je "izjedan grižom savesti i osećanjem krivice"?!

Nisam znala da pamet redukuje i telesne povrede, a njegova (ovčija) emotivna samodestrukcija nanosi veći bol od telesnog bola.

Koliko je meni poznato, zbog griže savesti i osećaja krivice još niko nije nosio gips, hodao uz pomoć štaka...

Kostić navodi Bernove seksualne igre, u kojima "kučke namerno odbacuju iskrenost i prisnost, da bi zadobile moć". Kao prvo, igre se ne igraju namerno, već nesvesno, a kao drugo, igre su konfliktne i drmatične i ne podrazumevaju zabavu i uživanje. Osim toga, igra predstavlja ventil za loša osećanja. Prema tome, tu nije reč o "moćnoj kučki koja vlada gvozdenom šakom u somotskoj rukavici".

Ako su muškarci "gubili imanja, kraljevi abdicirali, brat izdao brata, zbog te male rupice radosti", onda takvim ženama treba odati javno priznanje, jer su na sebe preuzele veliku odgovornost.

Pošto je muškarac izgubio imanje, zar nije kučka spasla to isto imanje, s pretpostavkom da i imanje zaslužuje gazdu, a ne ovcu. Ako je kralj abdicirao, verovatno je bio primoran na to, ne zbog naroda, već zbog ovaca iz vlade, koje nisu ni sposobne da dožive radost i rupice", pa usled opravdanog straha, reaguju projektovanom agresijom. Narod se inače raduje kraljici koja zna vrednost "hleba i igara".

Ukoliko je brat izdao brata, zar kučka nije pokazala dubinu žrtvovanja, s obzirom na to da je pristala na odnos s osobom koja imponuje kao psihopatski afektivno insuficijentna, neosetljiva i na krvnu vezu.

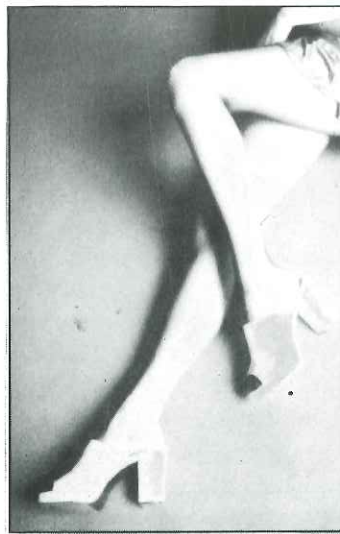
Autor članka navodi da ovca nije zadovoljna ako moć, vlast i novac ne reklamira zgodna, iznajmljena žena i time objašnjava uspeh agencija koje nude poslovnu pratnju. Tačno je da emotivnu impotentnost ne mogu sakriti ni moć i novac, samo za to, očigledno, nisu odgovorne kučke zavisne od slabosti muškaraca.

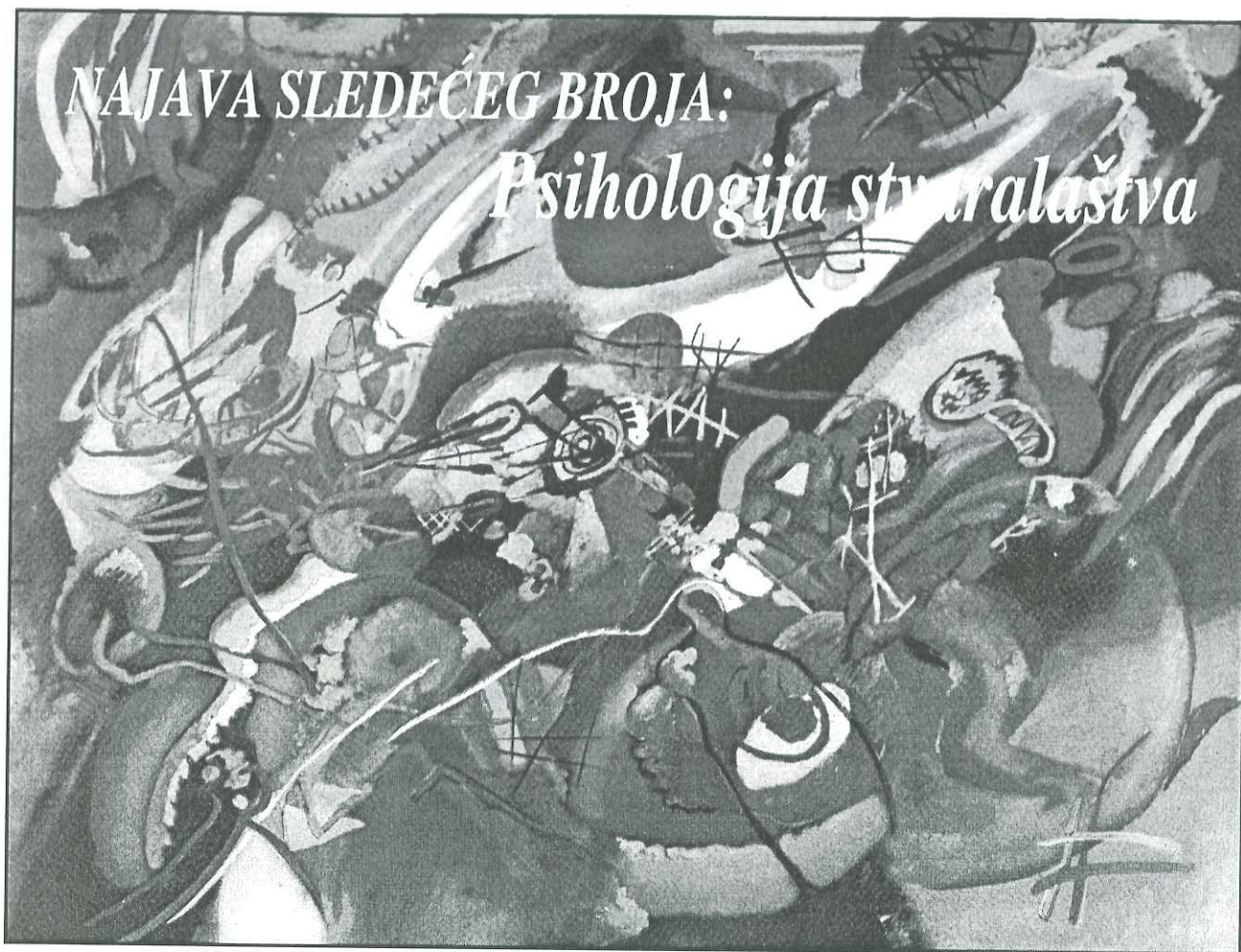
Imam utisak da su opisi iz književnih dela ponekad bliži istini od "naučnih činjenica". Miloš Crnjanski u delu "Roman o Londonu" piše: "Svi se pisci romana slažu, uglavnom, kada je reč o svetu u kome živimo. To je, kažu, neka vrsta velike, čudnovate, pozornice, na kojoj svaki, neko vreme, igra svoju ulogu. A zatim silazi sa scene, da se na njoj više ne pojavi. Nikada. Niti zna zašto je u tom teatru igrao, niti zašto je baš tu ulogu imao, niti ko mu je tu ulogu dodelio, a ni gledaoci ne znaju, posle, kuda je iz

tog teatra otišao. Pisci kažu i to, da smo, samo pri tom silasku sa pozornice, svi jednaki. I kraljevi i prosjaci."

Dok se ne sazna ko je kralj (kraljica), a ko prosjak (prosjakinja) naučno-sistematskim istraživanjem, u okviru muško-ženskih relacija, da bi najduži rat postao kraći, neophodno je prihvatiti odgovornost za svoje postupke, a ne poturati je nekom drugom (suprotnom polu).

Ljiljana Trlaja, psiholog
Krunska 27
11000 Beograd





NAJAVA SLEDEĆEG BROJA:

Psihologija stvaralaštva

V. KANDINSKI "Kompozicija VII", Bern



NIŠKA TELEVIZIJA
NARODNE NOVINE

"Sa nama bolje razumete gde živite"



MEDIJSKI SPONZOR
ČASOPISA

"Psihologija danas"

narudžbenica



Želim da se pretplatim...

- na 12 meseci
 4 broja (250 din.)*
 komada po broju
 Želim da mi pošaljete informator za oglašavanje
 poster "Psihologija danas" – 20 din.

Molimo Vas da uplatu izvršite na žiro račun Društva
biveioralne teorije i prakse 42500-678-5-24779
i dokaz o uplati pošaljete na adresu:
"PSIHOLOGIJA DANAS",
Starca Vujadina 1, 18000 Niš, Tel. 018/520-405

Prezime i ime _____

Naziv firme _____

Adresa _____

Telefon _____

Datum _____ Potpis _____

* Ova cena pretplate važi do izlaska sle
broja "Psihologije danas"