

Neposlušne emocije: egzistencijalistička perspektiva anksioznosti

Dorić, Anna Maria

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:445707>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-10**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FILOZOFSKI FAKULTET

Anna Dorić

**NEPOSLUŠNE EMOCIJE: EGZISTENCIJALISTIČKA
PERSPEKTIVA NA ANKSIOZNOST
(ZAVRŠNI RAD)**

Rijeka, 2022.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FILOZOFSKI FAKULTET

Odsjek za filozofiju

Anna Dorić

Matični broj: 0009087422

**NEPOSLUŠNE EMOCIJE: EGZISTENCIJALISTIČKA
PERSPEKTIVA NA ANKSIOZNOST**

Završni rad

Preddiplomski studij: Filozofija i pedagogija
Mentor: izv. prof. dr. sc. Marko Jurjako

Rijeka, 2022

SADRŽAJ

UVOD	1
POREMEĆAJ ANKSIOZNOSTI	3
Franklov pojam anticipacijske anksioznosti.....	5
PANIČNI POREMEĆAJ	6
MOGUĆI UZROCI ANKSIOZNOG I PANIČNOG POREMEĆAJA.....	7
Neuroznanstvene pretpostavke.....	7
Psihosocijalni čimbenici.....	8
TERAPIJA	9
KRITIKA KLINIČKE PSIHIJATRIJE I PSIHOTERAPIJE	10
EGZISTENCIJALISTIČKA PERSPEKTIVA STRAHA.....	13
Egzistencijalni izvori anksioznosti.....	14
Smrt	14
Sloboda.....	15
Izolacija	15
Besmisao	15
EGZISTENCIJALNA TERAPIJA.....	16
ZAKLJUČAK	19
LITERATURA.....	21
SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI.....	23

UVOD

Fenomen straha filozofi proučavaju još od davnina, pa su tako, primjerice, stoici ponudili doktrinu koja nam predlaže da je predmet straha sam strah (Tillich, 2008.). Stoici su strah smatrali neprirodnom emocijom koju treba prevladati. Za njih je cilj bilo stanje bez straha koje treba biti povezano s osjećajem spokoja (Ermann, 2019.). Seneka je rekao da ne postoji ništa što je strašnije u stvarima nego sam strah, a Epiktet je rekao da nisu smrt i tegoba sami po sebi zastrašujuće stvari, nego strah od smrti i tegobe (Tillich, 2008.).

Pojam anksioznosti potječe od latinske riječi *amius*, koja označava stanje uznemirenosti ili nevolje (Beck & Emery, 1985; Bourne, 1990.; prema, Matheson i Elkins, 1999.), dok je pojam panike izveden iz imena Pana, grčkog kozolikog boga, za kojeg se smatralo da je izvor iznenadnog, naizgled neutemeljenog terora (Beck & Emery, 1985; Marks, 1969., prema, Matheson i Elkins, 1999.).

Brojne pozicije nastoje objasniti anksioznost i paniku, pri čemu uzimaju u obzir „biološke, somatogene, psihodinamičke, bihevioralne i kognitivne čimbenike“ (Matheson i Elkins, 1999., str.121), no egzistencijalistička dimenzija, koja pruža mogućnost obrazloženja podrijetla, te široku rasprostranjenost panike i anksioznosti u našem društvu, izostaje. Prethodno navedene pozicije koje nastoje objasniti anksioznost gotovo pa nimalo ne uzimaju u obzir egzistencijalni element subjektivog iskustva (Matheson i Elkins, 1999.).

U ovome radu bavit ću se fenomenima anksioznosti i panike iz dvije različite, iako zapravo komplementarne pozicije – iz perspektive kliničke psihijatrije, koja uključuje tradicionalnu psihološku praksu i iz perspektive egzistencijalizma i egzistencijalne terapije. Putem ovog rada, želim ukazati na nedostatke kliničkog tumačenja anksioznosti i panike. Posebice želim istaknuti neadekvatnost mehanicističkog pristupa koji se koristi u psihijatriji, pa i u psihološkoj praksi.

Rad je podijeljen na sljedeći način. Prvo ću prikazati kliničku perspektivu na patološku anksioznost, tj. prikazat ću značenje anksioznog poremećaja. Pritom ću ukazati na simptomatiku anksioznog poremećaja, na kategorizaciju u priručnicima kojim se psihijatrija koristi za uspostavu dijagnoze te na različite razine manifestacije anksioznog poremećaja. Uz to ću ukratko objasniti Franklov pojam anticipacijske anksioznosti. Nakon toga ću se usredotočiti na panični

poremećaj, koji predstavlja potkategoriju anksioznog poremećaja. Objasnit ću njegove općenite odlike, kako bi nakon toga prikazala specifičniju odliku, koja se odnosi na osjećaj skorog umiranja. Također ću ukratko objasniti koju ulogu imaginacija može igrati pri ispoljavanju panike ili anksioznosti. U odnosu na to ću prikazati povezanost panike i agorafobije. Nadalje, dat ću kratak prikaz mogućih uzroka anksioznosti i panike, koji uključuju neuroznanstvene pretpostavke i psihosocijalne čimbenicima, kako bi, sljedeće, prikazala terapijske metode pri liječenju anksioznog i paničnog poremećaja. U tom smislu, osvrnut ću se na kognitivno bihevioralnu terapiju (KBT) i na farmakoterapiju. Nakon navedenog, ću se malo opširnije baviti kritikom kliničke psihijatrije i psihoterapije, uključujući prethodno navedene metode liječenja. U kritici ću se osvrnuti na nekoliko elemenata, koji po mom mišljenju predstavljaju krivi odnos prema tretiranju anksioznosti i panike. Nadalje, kao potencijalno rješenje koje ispravlja neke nedostatke kliničke perspektive na anksioznost i strah, ponudit ću kratki uvid u egzistencijalističku perspektivu na strah te ću u kratkim crtama prikazati egzistencijalističke izvore anksioznosti kako bi označila smjer kojim egzistencijalna terapija ide. Pri kraju ću, koristeći se vokabularom egzistencijalne terapije, obrazložiti glavne pretpostavke egzistencijalne terapije.

POREMEĆAJ ANKSIOZNOSTI

Vulić-Prtorić (2006) anksioznost definira kao:

emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost (Vulić-Prtorić 2006, str. 2).

Anksioznost u jednu ruku predstavlja prirodno stanje čovjeka koji je u zabrinjavajućoj ili prijetjećoj situaciji. Anksioznost nas na određeni način može pripremiti na suočavanje s takvim situacijama. Stoga treba razlikovati anksioznost kao prirodno stanje čovjeka od patološke anksioznosti, koja predstavlja psihički poremećaj (Štrkalj Ivezić, Folnegović Šmalc i Mimica, 2007.). Naime, Crnković (2017) definira anksioznost kao:

patološko stanje obilježeno osjećajem ustrašenosti, koji je praćen somatskim znakovima što upućuju na prekomjernu aktivnost vegetativnoga živčanog sustava. Ona se razlikuje od straha koji je normalna fiziološka reakcija u obliku odgovora na poznati uzrok, odnosno realni objekt. (Crnković 2017, str.185).

Prema tome, patološka anksioznost se odnosi na pretjerani neutemeljeni strah koji prelazi granice uobičajene razine straha te nije primjeren za razvojni stadij (Štrkalj Ivezić i sur., 2007.). Ona se može izražavati u somatskoj i/ili psihičkoj formi te se javlja u nizu psihičkih poremećaja. Stoga je prilikom postavljanja dijagnoze potrebno analizirati što veći raspon, intenzitet i trajanje simptoma kako bi se izbjeglo pogrešnu dijagnozu anksioznog poremećaja. Ključni simptomi anksioznog poremećaja su upravo patološka anksioznost i konstantna zabrinutost. I jedno i drugo su obilježja svakog anksioznog poremećaja, no mogu se razlikovati po pitanju okidača koji ih je uzrokovao (Crnković, 2017.). Prema Crnković (2017) simptomi anksioznog poremećaja u mnogim crtama slične simptomima depresivnog poremećaja. Naprimjer, zajednički simptomi su smetnje pri spavanju, dekoncentracija, umor i poremećena psihomotorika. Nadalje, Crnković (2017) navodi kako se anksiozni poremećaj također često javlja uz razne ovisnosti, deficite pažnje, hiperaktivnosti, bipolarnog poremećaja i mnogo više.

Vulić-Prtorić (2006) ističe kako je u četvrtom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV), koji je objavljen od strane američke psihijatrijske asocijacije te

fungira, među ostalim, kao jedan od glavnih kriterija za uspostavu dijagnoze mentalnih poremećaja, opisano 8 glavnih poremećaja kategorizacije anksioznosti koje se mogu javiti u bilo kojoj dobi. Navedeni su panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj. Nadalje, Vulić-Prtorić (2006) eksplicira da se manifestacija simptoma anksioznosti, neovisno o tome o kojem anksioznom poremećaju je riječ, izražava na 4 razine: fizičkoj, emocionalnoj, kognitivnoj i bihevioralnoj. Fizička razina se odnosi na kardiovaskularne, respiratorne i slične promjene koje su potaknute od strane autonomnog živčanog sustava. Uz to pripadaju otežano disanje, osjećaj vrtoglavice, suha usta i drhtanje (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss i McCormick, 1995.). Fizički simptomi su naročito dominantne značajke separacijske anksioznosti i paničnog napadaja. Na emocionalnoj razini se manifestira subjektivni doživljaj koji reagira na fizičke promjene, pa tako, primjerice, identifikacija mišićne napetosti može uzrokovati osjećaj nelagode ili slabosti. Također, palpitacija često predstavlja zastrašujući znak za osjećaj gubljenja kontrole ili padanja u nesvijest (Vulić-Prtorić, 2006.). Prema kognitivnoj teoriji, pogrešna interpretacija (engl. *misinterpretation*) somatskih čuvstava može rezultirati u rapidnoj eskalaciji tjeskobe, koja zauzvrat pogoršava tjelesne osjećaje. Upravo takav začarani krug između identifikacije tjelesnih osjećaja i njihove pogrešne interpretacije može voditi do stanja panike (Beck and Emery, 1985., Clark, 1986., Ehlers i sur., 1988., prema Chambless, Beck, Gracely i Grisham, 2000.). Vulić-Prtorić (2006) eksplicira kako se kognitivna razina anksioznosti zrcali u intelektualnoj zbunjenosti, koja može biti popraćena uvjerenjem da će se dogoditi nešto loše. Takvo uvjerenje, uz navedenu kognitivnu dezorganizaciju, čini glavnu razliku između anksioznosti i drugih emocionalnih reakcija. Kognitivni sustav je u slučaju anksioznosti toliko oslabljen da nije u stanju racionalno razdvajati realne prijetnje od subjektivno doživljenih. Ta nemogućnost razdvajanja pridonosi razvitku manje adaptiranih oblika ponašanja, kao što su izbjegavanje, stereotipije i loša koordinacija. Navedeni i drugi oblici ponašanja čine bihevioralnu razinu anksioznosti (Vulić-Prtorić, 2006.).

Franklov pojam anticipacijske anksioznosti

Viktor Frankl, egzistencijalni teoretičar, je predložio da pojava patoloških simptoma proizvodi anticipatornu anksioznost, tj. strahovito očekivanje da bi moglo doći do ponovne manifestacije anksioznih simptoma. Primjerice, iskustvo anksioznosti može uzrokovati da neki ljudi pocrvene, a drugi mucaju. Frankl je vjerovao da ljudi koji su imali takva iskustva ponekad brinu o mogućnosti da će pocrveniti ili mucati u neugodnim okolnostima. Budući da zabrinutost zbog patoloških simptoma stvara tjeskobu, postoji tendencija da upravo ta zabrinutost na kraju proizvede simptome koji su povezane s anksioznosti od kojih se osoba plaši. Dakle, Franklov pojam anticipacijske anksioznosti podrazumijeva samoregulirajući, začarani krug. Simptom izaziva strah da će se simptom ponoviti, strahovito očekivanje izaziva simptom, dok ponavljanje simptoma pojačava strahovito očekivanje¹ (Frankl, 1975, prema Reiss, 1987). Prema Vulić-Prtorić (2006) uvjerenje o mogućim posljedicama se odnosi na fizičku, psihološku i socijalnu razinu subjektovog života.² Navedeno se slaže s Reissovom teorijom očekivanja. Reiss (1986) ističe da:

... možemo reći da je važnije znati što osoba misli da će se dogoditi kao posljedica doživljavanja anksioznosti, nego koliko je često u zadnje vrijeme doživljavala anksioznost. (Reiss i sur. 1986, str. 1, preuzeto iz Vulić-Prtorić, 2006.)

Dakle, njegova teorija se odnosi na mogućnost analize uobičajenih strahova iz perspektive triju različitih kategorija očekivanja. Prva kategorija se odnosi na očekivanje opasnosti/ozljede, druga na očekivanje tjeskobe/anksioznosti, a treća na očekivanje negativne socijalne evaluacije (Reiss, 1991.).

¹ Goldstein i Chambless (1978) opisuju strah od doživljavanja tjeskobe kao „strah od straha“.

² Vulić-Prtorić (2006) koristi pojam anksiozne osjetljivost kako bi označila strah od anksioznosti i popratnih tjelesnih senzacija. Autorica ističe kako taj fenomen može poslužiti kao mogući prediktor za razvoj različitih anksioznih poremećaja, naročito paničnog poremećaja.

PANIČNI POREMEĆAJ

Glavna obilježja paničnog poremećaja, ili tzv. epizodične paroksimalne anksioznosti, su ponavljajući napadi intenzivne anksioznosti, tj. panike, koji se ne odnose na određeni skup okolnosti ili situacija. Oni se pojavljuju iznenada, iz čega slijedi da su nepredvidljivi (Štrkalj Ivezić i sur., 2007.). Teoretičari anksioznosti se uglavnom slažu u tome da panični poremećaj ima značajno drugačiju fenomenologiju od ostalih anksioznih poremećaja (Barlow, 2002., prema, Vulić-Prtorić, 2006.). Trajanje paničnog napadaja je vrlo kratko te se vrhunac dosegne u rasponu od 2 do 10 minuta. Iskustvo napadaja je preplavljujuće te izrazito neugodno. Osim toga, kod paničnog poremećaja se pokazala veća vjerojatnost transgeneracijskog pojavljivanja.

Dijagnozu paničnog poremećaja se može postaviti ako osoba u razdoblju od mjesec dana doživi nekoliko paničnih napadaja. Za postavljanje navedene dijagnoze prate se simptomi koji kao što su osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, smušenosti, derealizacija ili depersonalizacija, strah od gubitka kontrole i strah da će se poludjeti, nestati ili umrijeti (Štrkalj Ivezić i sur., 2007.).

Generalno se može reći da panični poremećaj zrcali osebujno biološko i psihološko iskustvo, pa stoga nikako ne predstavlja samo snažniji oblik anksioznosti (Vulić-Prtorić, 2006.). Naime, jedan od zastrašujućih faktora paničnog poremećaja se odnosi na osjećaj bliske smrti. Akutni vegetativni i psihički simptomi, kao što su palpitacije i lupanje srca, ubrzan rad srca, znojenje, tremor, suha usta, otežano disanje, anksioznost, bol ili nelagoda u prsima, mučnina ili nelagoda u trbuhu, vrtoglavica, osjećaj nesigurnosti, slabost ili pospanost, iskustvo derealizacije ili depersonalizacije i utrnulost ili trnci (Zwanger, 2016.) određuju stupanj izraženosti osjećaja skorog umiranja. Tijelo tijekom paničnog napadaja doživljava svojevrsnu agoniju jer se subjekt izravno susreće sa psihosomatskim simptomima koji mu potvrđuju osjećaj neizbježne smrti.³ Dakle, u takvim trenucima osoba nije u stanju koristiti svoj razum na adekvatan način kako bi kontrolirala ili preispitala svoje uvjerenje o bliskosti umiranja (Sandić, 2015.). Štrkalj Ivezić i sur. (2007) navode kako se mnoge osobe koje pate od paničnog poremećaja redovito javljaju u ambulante hitne medicine jer su uvjereni u to da nešto s njima nije u redu i da će umrijeti. EKG nalaz i pregled u takvim slučajevima ukazuje na normalno funkcioniranje vitalnih organa. Ako

³ Sandić (2015) uspoređuje osjetljivost osobe s paničnim poremećajem na percipirane tjelesne osjećaje s osjetljivosti osobe koja je proživjela zemljotres na najmanje naznake ponovnog potresa.

panični poremećaj ostaje nedijagnosticiran, osobe pogođene njime redovito iznova tragaju za medicinskom pomoći (Sandić, 2015.).

Unatoč razumnom razmatranju da bi svaki napadaj trebao induktivno pridonijeti boljem suočavanju sa sljedećim napadajem, u mnogo slučajeva tome nije tako. Osobe koje pate od paničnog poremećaja za vrijeme napadaja u većini slučajeva nisu u mogućnosti reflektirati pozitivne ishode prijašnjih napadaja, pa se tako svaki put iznova dovode u začarani krug straha i psihosomatskih simptoma koji pružaju potvrdu utemeljenosti straha. Naime, jedan od faktora koji pridonosi ponavljanju napada je kondicioniranje uma podražjima, imaginacijom i emocionalnim odgovorima. Imaginacija stvara emocionalne i neurovegetativne odgovore na sličan način kao što to čine realni događaji. Dakle, sama subjektova imaginacija o tome da se nalazi u prijetećoj situaciji može prouzrokovati gotovo pa iste psihofizičke manifestacije koje se izražavaju onda kada je subjekt u stvarnoj prijetećoj situaciji (Sandić, 2015.).

Nadalje, panični poremećaji, promatrani u kliničkom okruženju, su često povezani s razvojem simptoma agorafobije. U tim slučajevima bi se razvijao anticipacijski strah od mogućeg napada panike. Kao reakcija na strah, osobe bi izbjegavale potencijalno tjeskobne situacije, npr. iz kojih bi bijeg bio neugodan i težak ili pomoć ne bi mogla biti dostupna. Primjer takvih situacija su putovanja vlakovima, autobusima, zrakoplovima i dizalima, kao i pješaćenje bez pratnje, čekanje u redovima ili boravak u prostorima s mnogo nepoznatih ljudi. Agorafobičari se ne plaše tih situacija samih po sebi, već ih uznemiruju njihovi strahovi od vlastitih osjećaja i mogućnost napada panike (Foa, Steketee i Young, 1984., prema Matheson i Elkins, 1999.).

MOGUĆI UZROCI ANKSIOZNOG I PANIČNOG POREMEĆAJA

Neuroznanstvene pretpostavke

Zwanger (2016) navodi da se kod osoba s anksioznim poremećajem pretpostavlja neuralna disregulacija, tj. preosjetljivost tzv. „mreže straha” (fear network), koja predstavlja skup neuralnih struktura koje igraju važnu ulogu u regulaciji straha. Ključna područja uključuju amigdalnu i područja prefrontalnog korteksa. Preosjetljivost mreže straha može biti povezana s

poremećajem ili neravnotežom u metabolizmu neurotransmitera, posebno serotoniniskog sustava, noradrenergičkog i adenozergeričkog sustava te sustava gama aminomaslačne kiseline (GABA).

Psihosocijalni čimbenici

Prema psihološkoj literaturi uglavnom se zagovara stav da su panika i anksioznost povezane s egzistencijalnim sukobima koji se probijaju u svijest. Istraživanja na tom polju su pokazala da prvom napadaju panike često prethode traumatični životni događaji (Finlay-Jones i Brown, 1981.; Mendel i Klein, 1969.; Shafar, 1976.; Snaith, 1968., prema, Matheson i Elkins, 1999.), kao što su, među ostalim, gubitak voljene osobe, separacija, alkoholizam u obitelji, nasilje ili seksualno zlostavljanje (Zwanger, 2016.). Također, panične napadaje mogu potaknuti i gubitak posla ili zdravlja te financijska kriza (Bourne, 1990., prema, Matheson i Elkins, 1999.). Dodatni čimbenik također predstavlja način suočavanja sa strahom u neposrednom obiteljskom okruženju koji je služio kao model. Nadalje, strategije izbjegavanja i mehanizmi obrane mogu doprinijeti održavanju anksioznog poremećaja (Zwanger, 2016.).

S obzirom da napadima panike često prethodi neka vrsta egzistencijalne krize, rasprostranjeno je mišljenje da panika stoji u direktnoj relaciji s egzistencijalnim brigama. Također, postoji ideja o tome da se osoba, iako u određenim slučajevima nije moguće identificirati nekakav vanjski egzistencijalni događaj koji je prethodio napadaju, može intrapsihički suočavati s određenom egzistencijalnom stvarnošću (npr. spoznaja vlastite smrtnosti), što može isto tako rezultirati paničnim napadajem. Naime, klinička literatura sugerira da panika i anksioznost često proizlaze iz suočavanja sa smrtnošću. Spoznaja i svijest o smrti često prethode fazama intenzivne anksioznosti i panike (Matheson i Elkins, 1999.). Matheson (1997., prema Matheson i Elkins, 1999.) navodi da i svijest o slobodi, odgovornosti, izolaciji i besmislu, koja svaka za sebe predstavlja egzistencijalnu temu, može funkirati kao okidač panike i anksioznosti.

TERAPIJA

Glavne terapijske metode kod anksioznih poremećaja čine psihoterapija i farmakoterapija. Kognitivno bihevioralna terapije (KBT) se pokazala kao jako dobar model, posebice u liječenju anksioznih poremećaja (Zwanger, 2016).

Rayburn i Otto (2003) objašnjavaju da je proces tretiranja paničnih napadaja kognitivno-bihevioralnom terapijom (KBT) vrlo razrađen i strukturiran. Intervencija je obično kratkotrajna te se uglavnom sastoji od 12 do 15 tretmana, koji mogu biti grupni ili individualni. Tretmani se sastoje od 4 sadržajne grupe: edukacija o samom procesu, kognitivne intervencije, intervencije izlaganjem i prevencija recidiva.

Kako bi pacijent razumio čitav proces, psihijatar ili psiholog koji vodi terapiju mu objašnjava mehanizam funkcioniranja paničnog poremećaja. Na taj način pacijent može objektivizirati svoje iskustvo i steći uvid u osnovne pojmove kognitivno-bihevioralnog pristupa problemu. Osim toga, s time se želi postići da pacijent postane aktivni sudionik liječenja.

Nakon što je pacijent upoznat s procesom, pristupa se korekciji izvornih pacijentovih misli i vjerovanja vezanih za panične poremećaje. Terapeut pacijentu pomaže u prepoznavanju i osvještavanju obrazaca njegovog razmišljanja i identificiranju specifičnih misli koje stvaraju i potiču napadaje. Zatim se od pacijenta traži da formira ispravnije misli i obrasce. Postoje mnoge metode kako bi se to postiglo, no sam rezultat predstavlja srž terapije.

Nadalje, paralelno s korekcijom kognitivnih procesa pristupa se i tretmanima izlaganja pacijenta fiziološkim i situacijskim stimulansima kako bi što bolje izvježbao upotrebu novih misaonih obrazaca pod realističnim okolnostima. Primjerice, hiperventilacijom se kod pacijenta simulira vrtoglavica kao simptom paničnog napadaja kako bi ju, u sigurnim uvjetima, osvijestio kao pojavu, bez pripadajućih negativnih misli. Takve vježbe se postepeno premještaju u situacije i prostore koje su kod pacijenta ranije izazivale napadaje, poput vožnje liftom ili boravka u prostoru prepunom nepoznatih ljudi. Na taj način se pacijent, oboružan novim kognitivnim procesima, postepeno aklimatizira na uvjete koji su kod njega inicirali i pojačavali panične napadaje. Cilj je da se putem svjedočanstva o postupnim uspjesima kod pacijenta izaziva pozitivno uvjetovanje i jača svijest da terapija djeluje i da je uspješna.

Nekoliko posljednjih tretmana posvećeno je tome da se pacijenta navede na to da promisli o potencijalnim problemima s kojima bi se mogao susresti nakon terapije, a u kojima bi mu stečeno znanje moglo biti od pomoći. Tako se identificiraju i preveniraju problemi mogućih recidiva paničnog poremećaja (Rayburn i Otto, 2003).

Nadalje, farmakoterapija također predstavlja općeprihvaćen način liječenja – dokazana je učinkovitost brojnih lijekova. Postoji mnogo različitih lijekova i tvari koji psihijatri preporučuju svojim pacijentima, u odnosu na procjenu njihova stanja. Najvažnije skupine uključuju, primjerice, antidepresive i antikonvulzive. U početku liječenja, liječenje sa serotonergičkim antidepresivima nosi opasnost povećane tjeskobe, nemira, napadaja panika i nesаницe (Zwanger, 2016.). Zwanger (2016) navodi kako se i dalje prepisuju benzodiazepini, unatoč tome što ih se više ne bi trebalo prepisivati za dugotrajno liječenje zbog velikog rizika ovisnosti. Nadalje, postoje slučajevi kod kojih bi se farmakoterapija trebala razmotriti na poseban način. Faktori koji ukazuju na takvu potrebu su visoka razina patnje, neodgovaranje na psihoterapiju, komorbiditet (npr. depresija, nekoliko anksioznih poremećaja, ovisnosti, itd.), suicidalnost pacijenta itd. (Zwanger, 2016.).

KRITIKA KLINIČKE PSIHIJATRIJE I PSIHOTERAPIJE

Upitni trend suvremene psihijatrije se odnosi na pretvaranje ljudskih emocija i odlika ponašanja, koji naizgled ne održavaju određenu normu, u predmet medicine. Prema takvome trendu se npr. osobama koji imaju nesigurnosti u socijalnim interakcijama (pretjerana sramežljivost, introvertiranost itd.) postavlja dijagnoza socijalne fobije. Prema kliničkom stajalištu o psihičkim poremećajima koji se trebaju liječiti, socijalnu fobiju bilo bi potrebno kontrolirati sa lijekovima. Dakle, na neki način, medicinski model predlaže da se individualna odstupanja u emocijama i ponašanju u odnosu na određenu normu, trebaju sagledavati kroz prizmu organske „bolesti“ mozga, koju je potrebno psihijatrijski promatrati, kako bi se identificiralo točnu kategoriju poremećaja te prikladnu podkategoriju i način liječenja. Zanimljiv, no diskutabilan fenomen predstavlja začarani krug između porasta medikalizacije, porasta psihijatrijskih poremećaja te

porasta lijekova za njihovo liječenje. DSM-5 sada sadrži više od 300 različitih poremećaja, što predstavlja tri puta veći broj nego u prvome izdanju (DSM-1,1952., prema Aho, 2019.). Taj porast posljedica je toga što se široko definirane kategorije poput „anksiozne neuroze“ razbilo na manje podkategorije od kojih svaka za sebe predstavljaju novi poremećaj. Primjerice, „anksiozna neuroza“ sada ima sedam novih potkategorija. Na temelju takve specifične klasifikacije može se tumačiti porast komorbiditeta (Aho, 2019.).

Mnogi poremećaji iz DSM-klasifikacije omogućuju komorbiditet različitih poremećaja. Štoviše, istovremeno pojavljivanje različitih poremećaja postalo je pravilo, a ne iznimka. Većina pojedinaca s određenom dijagnozom ispunjavaju kriterij za jednu ili više dodatnih dijagnoza (Lilienfeld, 2007. prema Lilienfeld, 2014.). Prema tome, osoba koja je dobila dijagnozu socijalne fobije, također može imati i simptome koje sličje paničnom poremećaju ili agorafobiji (Aho, 2019.) Naime, prema DSM-u, dijagnoza pojedinca se vrši gotovo isključivo prema očiglednim manifestacijama i simptomima o kojima sam pacijent izvještava, umjesto na temelju njegove patologije i etiologije. Pitanje koje Matheson i Elkins (1999, str.126) postavljaju glasi: „Kako kliničari uopće mogu razumjeti značenje ovih "kliničkih sindroma" i razviti kliničke strategije za njihovo rješavanje bez uzimanja u obzir egzistencijalnog konteksta koji uopće proizvodi te žrtve?“ Prema raznim znanstvenim podacima se ustanovilo da većina DSM-poremećaja, uključujući anksiozni poremećaj, ima dimenzionalnu prirodu, a ne kategoričku (Haslam, Holland i Kuppens, 2012., prema Lilienfeld, 2014.). Matheson i Elkins (1999) ističu da egzistencijalna perspektiva mora biti uključena kao dimenzija svakog kliničkog pristupa koji na sveobuhvatan način nastoji razumjeti pojave. Stoga, DSM-ov kategorički model, u odnosu na dimenzionalni model, ne obuhvaća vrijedne psihometrijske informacije (Markon, Chmielewski i Miller, 2011., prema Lilienfeld, 2014.). Prema tome, jedna od posljedica kategoričkog dijagnostičkog postupka se odnosi na smještanje različitih pacijenata, koji dijele na površini slične simptome, ali čija patologija potječe iz različitih izvora, u istu dijagnostičku kategoriju (Lilienfeld, 2014.).

Nadalje, često i psiholozi i psihijatri u svom terapijskom radu, vodeći se s perspektivom prirodnih znanosti, sagledavaju pacijenta iz određene paradigme. Oni se uglavnom vode tehničkim metodama koje zrcale vrstu subjekt-objekt odnosa, pri čemu pacijent predstavlja objekt istraživanja. Štoviše, emocionalna i bihevioralna odstupanja promatraju se kao entiteti koji su rezultat mehaničko-uzročnih interakcija koja se mogu kvantificirati i kontrolirati. Posljedično

tome, u većini slučajeva izostaje samo iskustvo pacijenta te pokušaji razumijevanja pacijentovog svijeta. Terapeut na pacijenta gleda kao na skup determiniranih odnosa koji se putem promatranja ponašanja mogu analizirati.⁴ Na temelju toga terapeut traži uzročne mehanizme poremećaja (Laing 1960., prema Aho, 2019.). Osim toga, terapeut je prilikom znanstvenog distanciranja putem subjekt-objekt odnosa često odsječen od pacijenta, zbog čega ga teže prepoznaje kao osobu. Štoviše, takav psihijatrijski odnos prema pacijentu te prateći neuspjeh da se pacijenta smjesti u njegov životni svijet je zapravo dehumanizirajući (Laing 1960., prema Aho, 2019.). Aho (2019) navodi da se mnogi psihoanalitički modeli, unatoč tome što prepoznaju važnost međuljudskih odnosa, i dalje rukovode mehanicističkim modelima ljudskog ponašanja te tehnikama objektivizacije. Pojmovi kao „izbor“, „odgovornost“, „sloboda“ i „smisao života“ ne postoje u klasičnom psihijatrijskom žargonu (Yalom, 1980.). Stoga, kada kliničar ili terapeut radi na temelju svojih uskih teorijskih formulacija, često slijedi da je njegova pažnja usmjerena da se „popravi“ nešto što se zapravo ne bi ni trebalo popravljati, a da se pri tome izostavlja kritičko područje pacijentovog problema (Matheson i Elkins, 1999.).

Mnogi autori imaju negativan stav prema sadašnjem stanju tretiranja psihičkih poremećaja i pripadajućih terapijskih postupaka. Oni naročito traže reviziju panike i anksioznosti s ciljem proširenja usko definiranih medicinskih i mehanicističkih modela koji dominiraju u psihološkoj praksi. Prema njima, psihološka bi se profesija trebala više usmjeriti prema filozofskim i teorijskim temeljima egzistencijalnog podrijetla (Matheson i Elkins, 1999.).

U sljedećem odjeljku поближе ćemo se osvrnuti na temeljne postavke egzistencijalističkog poimanja straha i anksioznosti.

⁴ Cannon (1999) ističe kako čak neke Freudove metafizički analogije nisu mogli svoju funkciju ispuniti kada se slijedila ideja uma kao „stvar“ koja se pokorava uzroku i posljedici.

EGZISTENCIJALISTIČKA PERSPEKTIVA STRAHA

Strah, kao univerzalan osjećaj koji prati ljudski život, u svom najširem obliku usmjeren je protiv svega što je nepoznato. Nepoznato nam je zastrašujuće jer ga doživljavamo kao prijetnju. Stoga je ljudski razvoj popraćen strahom od nepoznatog, koji se na različite načine proteže kroz život. Riječ je o stravičnosti ne-bitka, još-nebitka ili više-nebitka uz koje se veže predosjećaj smrti. Iza toga stoji strah od ništavila i, konačno, znanje o prolaznosti postojanja, naime, onoga što nam se čini vječnim. Također, strah se veže uz jezivost nesvjesnog, koji se krije u dubinama naših duša, te nam onemogućuje izravan pristup spoznaji. Osnovni egzistencijalni strah je uvjet ljudskog postojanja. On djeluje kao motiv za odvratanje prijetnje od nesvjesnog i od konačnosti i ograničenja. Tako postaje važna pokretačka snaga u ljudskom životu (Ermann, 2019.).

Predmet straha postao je centralna tema zapadne filozofije zahvaljujući Sørenu Kierkegaardu (1813–1855), koji je u svome djelu *Pojam straha* (1844) prvi napravio razliku između neodređenog straha i straha kao reakcije na neku konkretnu prijetnju. Za Kierkegaarda su grijeh, strah i sloboda neizbježno povezani. On je vjerovao da se u vjeri, pokajanjem i iskupljenjem može ponovno steći sloboda i pobijediti strah. S Kierkegaardom je pojam straha postao osnovni pojam koji će oblikovati europsku egzistencijalnu filozofiju (Ermann, 2019.).

Prema Heideggeru, ljudska egzistencija je određena društvenim kontekstu u kojem živimo. On određuje kako ćemo tumačiti sami sebe. Dakle, norme i očekivanja drugih ljudi koji djeluju u našem društvenom kontekstu ograničavaju naše odluke, postupke te način na koji shvaćamo sami sebe. Da bi se taj konstrukt egzistencije opisao, Heidegger uvodi pojam „oni-ja“ (they-self). Dokle god se ne zapitamo iskreno ‘Tko sam ja?’ nalazimo se u ne-autentičnom stanju – činimo što svi čine i imamo pretpostavku o tome da živimo dobro te da su sve naše odluke i naši postupci opravdani. Nešto što nam može uzburkati takvu ne-autentičnu sliku našeg postojanja je upravo stanje straha ili konkretnije anksioznosti, koje dovodi u pitanje cijeli konstrukt naše egzistencije. U stanju anksioznosti društveno formirani osjećaj o tome tko smo mi „kolabira sam u sebe“ (Heidegger 1962, str. 231, prema, Aho, 2014.), te se s time gubi shvaćanje osobnog identiteta. Naime, bez orijentacije društveno interpretiranih uloga i vrijednosti, svijet gubi svoj značaj. Takva neželjena nihilistička transformacija shvaćanja svijeta karakterizira ono čemu je Heidegger dao pojam „jezivost“ (njem. *Unheimlichkeit*, eng. *uncanniness*). S time opisuje osjećaj izgubljenosti ili osjećaj „ne-doma“. U takvom smislu, anksioznost prekida vezu nas i

svijeta te nas ostavlja izloženim suočavanju sa vlastitim golim bitkom. Ta izloženost otkriva našu vremensku konstituciju kao slučajno, u povijesnu situaciju, „bačen projekt“ koji projicira buduće mogućnosti koje završavaju s vlastitom smrću. Iz toga slijedi da je naše postojanje kontingentno te da naš identitet ostaje nepotpun (Aho, 2014.). Sudbina i smrt ugrožavaju naše ontičko samopotvrđivanje nepostojanjem. Stoga je strah od sudbine i smrti osnovan, univerzalan i neizbježan. Kada ne bi bilo straha od smrti, prijetnja smrtnom kaznom bila bi besmislena. Čovjek iz svakog društvenog konteksta je tjeskobno svjestan prijetnje nepostojanja (Tillich, 2008.). Egzistencijalistički terapeuti prepoznaju četiri osnovna izvora anksioznosti. U sljedećem odlomku osvrnuti ćemo se na njihove glavne odlike.

Egzistencijalni izvori anksioznosti

Smrt

Epikur, koji je bio hedonist, je za svoje vrijeme ponudio argument kojim je htio dokazati da se ne trebamo bojati vlastite smrti jer ona nije nešto loše. On je smatrao da, s obzirom na to da smrt predstavlja stanje u kojem smo lišeni bilo kakvih osjeta, ugodnih ili neugodnih, za nas to stanje ne može biti niti dobro niti loše. Epikur je smatrao da iz toga slijedi da se ne bi trebali bojati vlastite smrti (Berčić, 2012.). Tillich (2008) definira anksioznost kao stanje u kojem je biće svjesno svog prijetećeg ne-bitka, tj. za njega anksioznost predstavlja egzistencijalnu svijest o vlastitom ne-bitku. Prema Berčiću (2012) Epikurov argument protiv smrti u najboljem slučaju može umanjiti naš strah od neugodnih iskustava u nekom mogućem paklu ili Hadu itd., no argument nam ne može umanjiti anksioznost koju osjećamo u vezi našeg vlastitog ne-bitka.

Dakle, smrt je vrlo očita briga koja se tiče svih nas. Svi postojimo i svi ćemo prestati postojati. Nitko od nas ne može izbjeći smrt niti od nje pobjeći. Ona kuca na vrata sviju nas, a takva istina je teško prihvatljiva. Stoga je osnovni egzistencijalni sukob taj koji stoji između svijesti o neizbježnosti smrti i želje da dalje nastojimo postojati. U psihoterapiji, dakle, pojam smrti igra ključnu ulogu. Smrt i život stoje u međuovisnoj relaciji. Suprotstavljajući se smrti, doprinosimo životu – ona nam omogućuje osebujnu prekretnicu životne perspektive koja vodi k autentičnosti (Yalom, 1980.).

Sloboda

Sloboda također predstavlja izvor anksioznosti, iako nije toliko dostupna. Često se pod pojmom slobode očekuje pozitivnu konotaciju - ipak su ljudi kroz cijelu našu povijest težili upravo slobodi. No, kada se slobodu promatra iz perspektive nekog konačnog stanja i cilja, ona je prikovana za strah. Egzistencijalistički smisao slobode se odnosi na odsustvo vanjske strukture.

Suprotno intuitivnom iskustvu, ljudi ne ulaze (i ne izlaze) iz dobro organiziranog svemira koji je savršeno dizajniran. Umjesto toga, svaka je osoba zadužena za stvaranje vlastitog svemira, životnog plana, izbora i postupaka, što ih čini autorima vlastitog svijeta, dizajna života i izbora. U tom kontekstu, riječ „sloboda“ nosi užasavajuću konotaciju: implicira da se ispod nas nalazi samo praznina i ponor. Stoga je ključna egzistencijalna dinamika sukob između našeg susreta sa neutemeljenošću i naše želje za tlom i strukturom (Yalom, 1980.).

Izolacija

Izolacija čini treći egzistencijalni problem kojim se trebamo suprotstaviti. U ovome smislu ne govori se o interpersonalnoj izolaciji koja je popraćena s osjećajem usamljenosti, niti se govori o intrapersonalnoj izolaciji koja predstavlja izolaciju od samoga sebe ili dijelova sebe. Riječ je o temeljnoj izolaciji koja nadilazi sve druge oblike. To je izolacija od ostatka svijeta, unatoč svojoj bliskosti s drugim ljudima. Ta izolacija zrcali nepremostivu podjelu između nas i svih ostalih – svi u postojanje dolazimo sami, svi postojimo sami i svi naše postojanje moramo napustiti sami. Prema tome, znanje o našoj potpunoj samoći i želje da budemo dio veće cjeline čini egzistencijalni konflikt (Yalom, 1980.).

Besmisao

Četvrtu brigu, tj. izvor anksioznosti predstavlja besmisao. Ako svakako moramo umrijeti i ako smo ionako svi sami u svemu ovome, koji nam je smisao? Zašto postojimo i što nas zapravo čini ljudima? Kako bi trebali živjeti? Ako ne postoji neki opći smisao koji vrijedi za svih nas, onda moramo sami kreirati takav smisao. No, možemo li mi to? Mi kao vrsta koja je u potrazi za smislom u besmislenom svemiru izvor smo ovog egzistencijalnog sukoba (Yalom, 1980.).

EGZISTENCIJALNA TERAPIJA

Egzistencijalni pristup klinička opažanja grupira na nov način. Yalom (1980) uspoređuje odnos egzistencijalne terapije prema egzistencijalnoj filozofiji s odnosom kliničke farmakoterapije prema biokemijskom laboratorijskom istraživanju. Egzistencijalna pozicija zanemaruje temeljno znanstveno načelo, da postoje stvari s ograničenim skupom kvaliteta koji mogu biti predmet istraživanja (Yalom, 1980.). Aho (2014) primjerice ističe kako ljudsko tijelo za egzistencijaliste nije uzročno definirano fizičko tijelo, već „življeno tijelo“. „Življeno“ se u ovom slučaju odnosi na subjektivna iskustva, emocije i percepcije vlastitog tijela. Prema tome se i vokabular kojim se koristi egzistencijalni pristup uveliko razlikuje od kliničkog vokabulara (Yalom, 1980.). Dakle, svaka osoba „proživljava“ svoje tijelo, ono joj pripada (Aho, 2014.). Prema egzistencijalizmu, svaki je pojedinac svijest koja pridonosi stvaranju stvarnosti (Yalom, 1980.) Naime, „svijest se otkriva tamo vani u svijetu, a ne u unutrašnjosti“ kaže Cannon (1999., str. 28). Heidegger je u tom smislu govorio o „tu-bitku“ (dasein). S time je mislio na činjenicu da je osoba „tu“, tj. da ona konstituira svijet (Yalom, 1980.).

Egzistencijalna pozicija naglašava oblik temeljnog sukoba koji proizlazi iz susreta osobe sa stvarnošću postojanja. Svrha života prema egzistencijalistima uopće ne postoji – svaki pojedinac putem svjesnih radnji i samovolje treba svaki put iznova odabrati svoj smisao života koji je spreman živjeti. To, na kraju krajeva, uvijek mora činiti sam, bez obzira na to u koliko bliskim odnosima stoji s drugim ljudima. Međutim, ovakva pozicija stoji u velikoj suprotnosti s umirujućim svjetonazorom koji bi mnogi preferirali. No, ukoliko tu istinu ne prihvatimo, prema egzistencijalizmu, bit ćemo u konfliktu između onoga što jest i onoga u što bi voljeli vjerovati. Takav konflikt stvara znatne izvore anksioznosti (Yalom, 1980.).

Egzistencijalistička terapija je osmišljena kako bi ljudima pomogla u rješavanju navedenog konflikta te kako bi umanjila popratnu anksioznost i pridonijela pronalaženju unutarnjeg prihvaćanja i mira (Randall, 2001.). Suočavanje s temeljnim egzistencijalnim problemima, koje bi trebalo voditi procesima osobnog rasta i sazrijevanja, čini glavnu motivaciju rada egzistencijalističkog terapeuta, dok za njega uklanjanje klijentovih simptoma čini eventualno tek popratni efekt. Egzistencijalni terapeut fokusira se na pacijentov unutarnji svijet, a ne na njegova ponašanja koja ne održavaju normu. Stoga, prema egzistencijalistima, fenomenološki pristup, koji zahvaća esenciju unutarnjeg svijeta osobe predstavlja najbolji pristup. Terapeut, kako bi

mogao shvatiti tuđa iskustva treba, što je više moguće „zagraditi“ vlastitu perspektivu svijeta. Na taj način će se povezati s pacijentom (Yalom, 1980.).

Egzistencijalna terapija temelji se na dinamičkom modelu koji tretira anksioznost kao manifestaciju koja proizlazi iz četiri prethodno opisana izvora koja stoje u međusobnom odnosu: anksioznost o smrti, sloboda, izolacija i besmisao. (Frankl, 1969, prema Yalom, 1980, prema Randall, 2001.). Kada se terapeut fokusira na egzistencijalnu sferu ovih izvora anksioznosti, bit će mu moguće usmjeravati pacijenta prema tome da dublje sagledava njihovo značenje, što će mu pomoći produbiti i obogatiti svoj život u smjeru autentičnosti (Matheson i Elkins, 1999.).

Pristup egzistencijalističke terapije se odnosi na dubinsku psihologiju uparenu s filozofijom. Ona se fokusira na „ovdje i sada“ te pokušava razvijati stav koji afirmira život (Yalom, 1980.). Yalom (1980) ističe kako se srž terapijskog rada temelji na bliskom, susretljivom odnosu između terapeuta i klijenta koji se ne temelji na hijerarhijskim odnosu, niti na odnosu subjekt-objekt. Radi se prvenstveno o tome da se susreću dva ljudska bića s istim egzistencijalnim pitanjima. Uloga terapeuta se sastoji u tome da pruža empatiju te da bude osjetljiv prilikom razmatranja egzistencijalnih problema klijenta, koja se izražavaju na različitim razinama svijesti. Važno je da terapeut te razine nastoji integrirati u terapiju, kako bi na taj način potaknuo klijentovu samorefleksiju, samovolju i sposobnost djelovanja u odnosu na zadanu problematiku. Također, važan element predstavlja razjašnjenje klijentovog stava prema svijetu i ljudima (Yalom, 1980.).

Prilikom početnog razgovara, zadatak terapeuta sastoji se u tome, da traži egzistencijalne elemente, obrasce ili teme u informacijama koje klijent s njim dijeli. Terapeut aktivno i susretljivo sluša klijenta te pažljivo obraća pažnju prema subjektivnom egzistencijalnom značenju koje klijent pripisuje određenim životnim iskustvima, događajima, odnosima i ciljevima. U odnosu na paniku, to podrazumijeva identificiranje mogućih korijena aktualnih briga. Terapeut posebnu pažnju pridaje doživljajima koji su povezani sa smrtnošću, kao što su aktualni gubici, bolest ili općenito prijetnje fizičkom opstanku; klijentove životne ciljeve i puteve koje je možda napustio; probleme u odnosima, kao što su prijetnje napuštanja ili gubici na međuljudskoj razini koji rezultiraju usamljenošću i izolacijom; ugroženosti identiteta ili sustava značenja koji mogu stajati u vezi sa životnim promjenama ili gubitku važnog odnosa (Matheson i Elkins, 1999.).

U trenutku kada se dotakne klijentov doživljaj panike ili anksioznosti, terapeut treba “pratiti” anksioznost i njezinu usmjerenost (Yalom, 1980.) do egzistencijalno značajnih mjesta. Primjeri pitanja koji bi terapeut tada trebao postaviti se odnose na uvjete i okolnosti početnog napadaja, misli prije i nakon napadaja, koje shvaćanje klijent ima o anksioznosti ili panike itd.

Iako egzistencijalisti smatraju da anksioznost nije nikakva bolest ili poremećaj, već prirodna pojava kao reakcija na egzistencijalnu prijetnju, to ne znači da ljudi takva stanja jednostavno moraju trpjeti. Potrebno je da ih netko sasluša te da im daje poticaj za korištenje dotičnog stanja kao egzistencijalno istraživanje i kao vodič za autentičniji život (Matheson i Elkins, 1999.).

ZAKLJUČAK

U ovome radu bavila sam se fenomenima anksioznosti i panike iz perspektive kliničke psihijatrije, koja uključuje tradicionalnu psihološku prasku, i iz perspektive egzistencijalizma i egzistencijalne terapije. Vidjeli smo da obje pozicije podrazumijevaju svojevrsnu analizu značenja anksioznosti i panike. Dok se klinička slika usredotočuje na vanjske odlike anksioznosti i panike, koje može objektivizirati i mjeriti s ciljem kontroliranja, egzistencijalna pozicija se usredotočuje na unutrašnjost subjekta koji doživljava anksioznost.

S obzirom na to da se u kliničkoj slici na temelju odgovarajuće simptomatike ustanovio odnos između pacijenta, panike i smrti, koji je dodatno afirmiran psihosocijalnim čimbenicima koji predstavljaju mogući uzrok panike i anksioznosti, smatram da postoji veliki jaz koji klinička psihijatrija nije uspjela popuniti. Naime, smrt, pa ni smrtnosti, ne zauzimaju nikakvu ulogu u KBT, koja predstavlja jednu od najefikasnijih metoda pri liječenju panike i anksioznosti. Nadalje, drugi egzistencijalni problemi, kao besmisao ili izolacija, se također ne tematiziraju u KBT-u. No nije li zdravorazumski smatrati da anksioznost i panika stoje u određenoj relaciji prema egzistencijalnim problemima? Navedeni uzroci anksioznosti i panike koji se odnose na psihosocijalne čimbenike su gotovo pa jednoznačno ukazali na uzročno-posljedičnu vezu između subjektovog egzistencijalnog iskustva i panike.

Prema tome, medikalizaciju te pripisivanje ljudima etikete anksioznog ili paničnog „poremećaja“ jer se bore s egzistencijalnim strahovima, koji se tiču svih nas, smatram u određenoj mjeri dehumanizirajućim. Isto tako, osvrćući se na metodu farmakoterapije, koja nalaže tretiranje anksioznosti i panike antidepresivima, prihvaćam stav prema kojemu bi se trebala vršiti veća kontrola, te da bi liječenje medikamentima po navedenim pitanju trebalo predstavljati iznimku, a ne pravilo.

Sveukupno smatram da klinička psihijatrijska perspektiva na anksioznost i paniku nije sama po sebi loša. Čak suprotno, određeni elementi su vrlo korisni, pogotovo oni znanstveni. No, ipak, postoji prijevremena potreba za modifikacijom kliničke slike anksioznosti i panike, uključujući i terapijske postupke. Egzistencijalna perspektiva, po meni, nudi najočitije i najlogičnije pretpostavke za to - težnju za dubinskim shvaćanjem iskustva pacijenta, terapijski odnos koji

počiva na odnosu dvoje ljudi koje dijele ista egzistencijalna pitanja, sagledavanje različitih razina svijesti te prihvaćanje strahova kao dio postojanja i mogućnost za ostvarivanje autentičnosti.

LITERATURA

Aho, K. (2014). *Existentialism: an introduction*. Malden: John Wiley & Sons.

Berčić, B. (2012). *Filozofija*. Zagreb: Ibis.

Cannon, B. (1999). Sartre and existential psychoanalysis. *The Humanistic Psychologist*, 27(1), 23-50.

Chambless, D. L., Beck, A. T., Gracely, E. J., & Grisham, J. R. (2000). Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depression and Anxiety*, 11(1), 1-9.

Crnković, D. (2017). Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus*, 26(2), 185-191.

Ermann, M. (2019). *Angst und Angststörungen: Psychoanalytische Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9, 47-59.

Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour research and therapy*, 62, 129-139.

Matheson, A. C., & Elkins, D. N. (1999). *Toward an Existential Model of Panic and Anxiety*. *The Psychotherapy Patient*, 11(1-2), 115-146.

Randall, E. (2001). Existential therapy of panic disorder: A single system study. *Clinical Social Work Journal*, 29(3), 259-267.

Rayburn, N. R., & Otto, M. W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies and outcomes. *CNS Spectrums*, 8(5), 356-362.

Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 585-596.

Reiss, S. (1991): Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 20, 141-153.

Sandić, A. (2015). Psychoanalytic epistemology of panic disorder. *Engrami*, 37(2), 15-28.

Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., & Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58.

Tillich, P. (2008). *The courage to be*. New Haven: Yale University Press.

Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9(2), 171-193.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of abnormal Psychology*, 104(1), 15.

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zwanzger, P. (2016). Pharmakotherapie bei Angsterkrankungen. *PSYCH up2date*, 10(02), 135-145.

SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI

Ovaj rad bavi se prikazom značenja anksioznosti i panike u suvremenoj psihijatriji i psihološkoj praksi. U radu se opisuju uzroci nastanka navedenih poremećaja putem suvremenih neuroznanstvenih pretpostavki, psihosocijalnih čimbenika i egzistencijalističke filozofije. Nadalje, navode se, opisuju i kritiziraju trenutno najpopularnije metode rješavanja anksioznog poremećaja: psihoterapija i farmakoterapija. Zbog mana takvih terapija, poput svođenja pacijenta na predmet i djelovanja usmjerenog na rezultat umjesto na čovjeka, predstavlja se i opisuje egzistencijalistička terapija koja uspješno rješava te poteškoće. Egzistencijalistička terapija pacijenta, umjesto tretiranja simptoma, suočava s osnovnim izvorima anksioznosti: njegovom smrtnošću, slobodom, izolacijom i besmisлом. Egzistencijalisti smatraju da anksioznost nije bolest ili poremećaj, već strah od suočavanja s osnovnim egzistencijalnim pitanjima.

KLJUČNE RIJEČI

Anksioznost, panični napadaj, anksiozni poremećaj, egzistencijalna terapija, psihoterapija, kognitivno-bihevioralna terapija