

*Stručni rad*  
*UDK*  
616.89-008.454-085  
615.851  
159.964.2  
COBISS.SR-ID 265719820

## **DEPRESIJA – UPOREDNI POGLED PSIHOANALIZE I ANALITIČKE PSIHOLOGIJE**

**Sanja Vasiljević**

Nezavisni istraživač;  
Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

**Abstrakt:** Psihoanaliza i analitička psihologija su dve velike škole psihoterapije, istovremeno i srodne i različite. U literaturi nedostaju radovi koji uporedno razmatraju ova dva pristupa. Nastojimo da dopunimo ovaj nedostatak razmatranjem odnosa ove dve škole prema depresiji. Sagledaćemo pristup depresiji: teoriju depresije, suicida, terapijske preporuke i istraživanja efikasnosti, u obe škole. Ključna razlika u ova dva pristupa je opšti stav prema depresiji: psihoanalitički gledano depresija je pretežno patološka, dok je analitički gledano depresija efekt zdravog pokreta organizma, sa salutogenom svrhom. Prva škola je usmerena na događaje iz prošlosti, a druga na neostvarene potencijale. Psihoanalitička škola obraća punu pažnju na rani razvoj, a analitička na kolektivne figure ljudske psihe. Obe škole koriste odnos terapeut-pacijent, transfer i kontratransfer, analitičnost, verbalizaciju i interpretacije. Analitičari više naginju kontratransferu, sadržajima nesvesnog, neverbalnim izrazima. Obe škole značajno doprinose tretmanu depresije visoko personalizovanim pristupom svakom klijentu, i mogućnostima tretmana u slučajevima nepostojanja medikamentozne terapije. Zaključujemo da psihoanaliza i analitička psihologija imaju zasebne i drugačije pristupe depresiji i suicidu, po ključnim i ostalim tačkama. Ipak, nalazimo da je mogućnost razmene iskustava između ove dve škole moguća i poželjna za razvoj struke i dobrobit klijenata. Primere ove razmene navodimo i upućujemo na korisnost dalje razmene znanja između škola dubinske psihoterapije.

**Ključne reči:** *depresija, suicid, psihoanaliza, analitička psihologija, Jung*

## **Depresija: uporedni pogled psihoanalize i analitičke psihologije**

Depresija je veoma učestala: oko 10% populacije je depresivno, a 17% ljudi doživi neku formu depresije bar nekad u životu. [1,2] Njeni glavni atributi su: promena raspoloženja prema tugi, apatiji i usamljenosti; negativan ili samonapadajući self-koncept, praćen samooptuživanjem i krivicom; regresivne želje, za begom, poricanjem, smrću; plakanje, iritabilnost, gubitak seksualnog nagona; nizak nivo opšte aktivnosti, smanjenje ego kapaciteta [3,4]. Depresija varira od prirodne reakcije na bolna emotivna iskustva, gubitak i usamljenost, do patološke depresije, a poseban problem predstavlja veliki procenat suicida vezan za depresiju.

Psihoanaliza i analitička psihologija se obe bave depresijama, i teorijski i praktično. Preteče njihovih ideja su postojale u radovima Žanea, Šarkoa i ranih hipnotista: to su usmeravanje na „lečenje govorom”, uvažavanje i priznavanje nesvesnog [5]. Dve škole su srodne po svojim osnovnim postavkama, iako razlike postoje. Ovaj rad predstavlja redak primer gde se razmatraju shvatanja obe škole, kompariraju i u slučaju depresije – nalazi da znanja i prakse ove dve škole idu do komplementarnosti.

### **Psihoanalitički pogledi na depresiju**

Prema ranim gledištima Frojda razlikujemo dva tipa depresivnog stanja. U žaljenju se oseća da je svet izgubio svoje značenje i smisao; u melanholiji postoji doživljaj selfa kao osiromašenog i umanjenog. U žaljenju postoji neki bes, ali preovladavajuća je tuga i čežnja za izgubljenim, uz prateću delimičnu identifikaciju sa objektom. U melanholiji postoji viši nivo besa i destruktivnosti, koji se može okrenuti prema selfu i voditi prema suicidu. Frojdova teorija upućuje na centralnu ulogu ranih gubitaka u stvaranju osetljivosti za depresiju u kasnijem dobu. Savremena istraživanja nastavljaju ovaj pravac razmišljanja putem modela vulnerabilnost-stres: ispituju genetsku vulnerabilnost, interakciju sa ranim životnim događajima, kao i kasnijim stresorima potvrđujući značaj ranog razvoja za formiranje depresije [1,2,6]. Kod depresivnih se opaža često samo-potcenjivanje, koje je Frojd objašnjavao agresijom okrenutom prema unutra. Self pacijenta je identifikovan sa izgubljenim objektom i bes je okrenut unutra; za neke ljude to može biti jedini način na koji mogu da se odvoje od važne figure u njihovim životima. Frojd potom dodaje ideju da melanholični pacijenti imaju jak super-ego, koji ima veze sa izraženom krivicom oko ispoljavanja agresivnosti prema voljenim objektima [7,8]. Teme ranog razvoja, mesto agresivnosti i krivice provejavaju kroz dalje teorije o depresiji.

Karl Abraham dalje razrađuje Frojdove ideje, predlaže da depresivnost zapravo potiče od ozbiljne povrede samopouzdanja u detinjstvu, dok razvijena depresija nastupa kada se desi nov okidač, gubitak ili razočarenje, koji pobuđuje negativna osećanja prema sadašnjim ili prošlim figurama koje su povredile pacijenta, kroz realno ili imaginarno uskraćivanje ljubavi [7,8].

M. Klajn primećuje da se manične odbrane (omnipotencija, poricanje, idealizacija) razvijaju kao odgovor na bolne afekte izazvane „tugovanjem” za

izgubljenim objektom ljubavi. One su u službi: obnavljanja objekta ljubavi, odricanja loših unutrašnjih objekata, i poricanja ropske zavisnosti od objekta ljubavi. Klinički slučajevi ispoljavaju manične odbrane u poricanju sopstvene agresivnosti prema drugima, u euforičnoj dispoziciji koja je u kontrastu sa njihovom životnom situacijom, u idealizaciji ili prezrenju drugih – koje služi da se odrekne potreba za relacijom-odnosom. Deo manično-depresivne pozicije je često želja da se obrne odnos i bude iznad roditelja – ovo često rezultuje u krivici i depresivnosti (ovako se objašnjava depresivnost nakon postizanja uspeha) [3,7,8].

Bibring daje objašnjenje u kojem je depresija zapravo primarno afektivno stanje, nepovezano sa agresijom – melanholična stanja nastaju iz tenzije između ideala i realnosti. U slučaju koji omogućuje depresiju tri narcističke aspiracije se postavljaju kao standard: da se bude vredan i voljen, da se bude jak ili superioran, da se bude dobar i pun ljubavi. Potom, kada ego opaža da ovi ideali nisu dosegnuti nastaje depresija, praćena osećajem bespomoćnosti i nemoći. Narcistička vulnerabilnost je u ovom modelu ključna stvar, i ego, a ne superego, igra veliku ulogu u pokretanju depresije [7,8].

Sandler i Jofe istražujući brojne kartone klinike Hempsted, zaključuju da su deca postajala depresivna kada su osetila da su izgubila nešto suštinsko za njihovo samopouzdanje, a ujedno su se osećala bespomoćnim da urade bilo šta u vezi gubitka. Oni naglašavaju da je gubitak više od gubitka realnog ili imaginarnog objekta, to je i gubitak samog stanja dobrobiti<sup>1</sup>. Ovo „rajsko stanje” može biti dodatno idealizovano i žarko željeno iako je nedostižno, te potencira razvoj problema [7,8].

Potom, Jakobson smatra da se depresivni pacijenti ponašaju kao da su izgubili objekat ljubavi i kao da su bezvredni, iako oni ne preuzimaju sve karakteristike izgubljene osobe. Vremenom, ovaj internalizovani objekat transformiše se u sadistički superego, i depresivni pacijent postaje žrtva sopstvenog superega, poput nemoćnog deteta koje je mučeno od strane njegove okrutne i moćne majke [7,8].

Arieti primećuje da depresivni često imaju prethodno usvojenu ideologiju koja ih čini lakim žrtvama ozbiljnih depresija. Depresivni često imaju obrazac življenja za drugog, umesto za sebe, taj „dominantni drugi” može biti supružnik, roditelj, nekad organizacija. Takvi pacijenti osećaju da im življenje za dominantnog drugog ne odgovara, ali ne osećaju da mogu da se promene [7,8]. Arijetijevo gledište je blisko savremenim kognitivnim pristupima, u stavu da zapravo ideologija (sistem misli) upravlja ka poremećaju, takođe i u pronalaženju da je osećaj lične bezvrednosti sržna problematična tačka depresivnih.

Prema Bolbiju vezanost dece za majku je ključna za njihov opstanak. Kada je afektivna vezanost poremećena u ranom razvoju deca sebe vide kao nezasluzne ljubavi, a majku i druge figure nege kao nepouzidane i napuštajuće.

---

<sup>1</sup> U originalu na engleskom: well-being.

Ovakvim ranim razvojem i slabostima koje on uslovljava individue bivaju osetljive na kasnije izazivače depresije [7,8,9].

Relacioni pravac psihoanalize podvlači da rana iskustva traume pomažu razvoju problematičnih self i objekt reprezentacija. Dete odrasta drugačije, internalizuje napuštajuću objekt relaciju i raste sa osećajem gubitka i čežnje koja biva reaktivirana bilo kojim stresorom života koji uključuje gubitak. Tako odrasli sa relacionim teškoćama mogu biti pojačano osetljivi na gubitak i narcističku povredu koja dolazi od spolja [10].

Da rezimiramo, ideja da rani razvoj čini osobu osetljivom na depresiju je opštevažeća ideja u psihoanalizi; bes i agresija su deo većeg broja pristupa; više autora akcentuje ulogu zahtevnog i perfekcionistačkog superega. Današnje škole mahom priznaju relevantnost neadekvatnih obrazaca odnosa sa kojima klijent stupa u životu [9,10], te se sve više obraća pažnja na analizu sadašnjih, a ne ranih odlika klijenta. Raznolikosti teorijskih pristupa u okviru psihoanalize nose terapijske prednosti: psihoanaliza omogućava individualno krojenje terapije prema pojedinačnom pacijentu.

### *O suicidu*

Suicid nije ekskluzivno vezan za depresivne poremećaje, ali većinski je prisutan baš u takvim slučajevima, te ćemo razmotriti psihoanalitički pristup problemu samoubistva. Frojdovo rano gledište je da ego ubija sam sebe jedino ako se tretira kao objekat, te u tom slučaju suicid nastupa usled izmeštenih impulsa za ubistvom. Nešto kasnije on smatra da se radi o viktimizaciji ega od strane sadističkog super ega. Karl Meninger naznačava da tri želje mogu učestvovati u suicidu: želja za ubistvom, želja da se bude ubijen, želja da se umre. Ipak kliničko iskustvo dodaje da je suicid često učinjen tako da se unište životi preživelih. U slučajevima kada pacijent internalizuje proganjača, on može poverovati u to da je jedini ishod mučenja samoubistvo, prema Ahu. Ipak, samoubistvo može biti motivisano i narcisističkim težnjama: Fenihel nalazi da suicid može biti ispunjenje želje za ujedinjenjem, radosnim i magičnim sanjanim izgubljenim objektom ljubavi, ili čak ujedinjenje sa superego figurom. Patološko žaljenje je nekad okarakterisano pokušajima samoubistva – zapravo ujedinjenja, na dan godišnjice smrti [7,8,10].

### *Tretman depresije u psihoanalizi*

Psihoanaliza koristi svoj klasični tehnički arsenal i način da bi pomogla depresivnom klijentu. Ovo „lečenje govorom” ima značajan doprinos lečenju depresija: u individualno krojenom pristupu, i u mogućnostima tretmana slučajeva gde se odbija medikacija, kao i slučajevima neresponzivnim na medikaciju (20-30%) [1,3,9] u kojim psihoterapija ostaje jedini put. Savremena istraživanja ukazuju na još jednu prednost psihoanalize: postignuti rezultati terapije su stabilni tokom dužeg vremena nakon prekida terapije (48 meseci) [9].

Prvi korak i briga terapeuta je uspostavljanje terapijskog odnosa; preporučuje se slušanje i empatija sa pacijentovim stanovištem. Upozorava se na

greške „uveseljavanja” pacijenta, koje predstavljaju duboko empatsko nerazumevanje. Kliničaru se preporučuje da iskomunicira da razume da zaista postoji razlog da se bude depresivan; što je pokušaj empatije sa bolom pacijenta, ali i stvaranje terapijskog saveza. Izbegavaju se prečeste i preuranjene interpretacije: terapeut će pažljivo slušati koja je priroda stresora, je li on vezan za poniženje, gubitak ili što drugo. Posebna pažnja se obraća na sheme odnošenja, tipične relacije u koje ulazi pacijent. Obraćanje pažnje na transfer, otpor i kontratransfer su nezaobilazan deo psihoanalitičke psihoterapije. Sve ove tehnike služe da se razjasni pojedinačna priroda i nastanak depresije svakog pacijenta, stvori hipoteza o psihodinamskom osnovu depresije u individualnom slučaju. Značajno je smestiti događaj depresije u interpersonalni kontekst i sredinu: kontekstualizacija se suprotstavlja uobičajenom internalizovanom stavu depresivnih da su samo oni krivi za svoj problem. Kada se jednom prepozna slika depresije pacijenta, i često otelotvori u terapeut-klijent odnosu, radi se na stvaranju i zamišljanju novih formi življenja klijenta. [3,7,8,10]

#### *Istraživanja psihoanalize od značaja za tretman depresije*

Istraživanja depresije nalaze da je uloga genetskog faktora u etiologiji unipolarne depresije oko 40%, što ostavlja prostor za psihoanalitičko tumačenje uloge sredine, razvoja, i ličnih kapaciteta [6,7,9]. Aktuelni model razvoja depresije: vulnerabilnost-stress model istražuje se uz uvažavanje interakcije brojnih faktora [11]. Smatra se da se vulnerabilnost za depresiju formira iz mnogostrukih izvora: genetske vulnerabilnosti, ranog razvoja koji potom pospešuje neurološku, endokrinološku i psihološku vulnerabilnost i sredinskih faktora [11]. Među ovim grupama faktora su i psihološki faktori i rani razvoj, čiji je značaj psihoanaliza davno prepoznala. Ukratko, u trenutku pojavljivanja depresivne epizode stresni životni događaji u interakciji sa prethodno uspostavljenom vulnerabilnošću mogu proizvesti depresivnu epizodu [6,11].

Izučavanja genetike govore da iako geni sadrže sve informacije potrebne da se definiše pojedinac, uticaj gena nije nevarijabilan. Potvrđeno je da fizički i sredinski faktori utiču na ispoljavanje gena [12]. Prema Tasmanu, kompleksne sheme prenosa gena, nedostatak korespondencije između genotipa i fenotipa za većinu psihijatrijskih kategorija, progres u genetici koji nadrasta poznavanje psihijatrijskih fenotipa govori da uprkos tehnološkom napretku genetike ostajemo uskraćeni za razumevanje kursa i toka tretmana mentalnih obolenja [12]. Smatra se da će se u budućnosti za tretman klijenata pokazati posebno značajnim poznavanje sredinskih faktora koji imaju dejstvo na gene zadužene za osetljivost na probleme mentalnog zdravlja [12]. Stoga se podvlači važnost upoznavanja sredinskih faktora, gde psihoanaliza, smatram, može naći značajno mesto.

Savremena istraživanja sve više razjašnjavaju značaj ne samo genetskog materijala, već i interakcije sredine i genetike. Kendler nalazi da je uloga genetskog faktora značajna, ali ne i ekstremno prevladavajuća u razvoju depresivne epizode. Genetski jeste uslovljena vulnerabilnost, ali kad

su prisutni i stresni životni faktori vulnerabilnost za depresiju značajno raste, verovatnoća depresije skače sa oko 1% na 6%, ili čak a 14% u određenim podgrupama ljudi [7]. Kendler nalazi da u odsustvu prethodne depresivne epizode oni sa visokim genetskim rizikom imaju tendenciju ka proživljavanju depresivnih epizoda i bez većih sredinskih stresora; dok oni sa niskim genetskim rizikom takodje mogu razviti depresivne epizode, i kako raste broj prethodnih depresivnih epizoda i kod ove grupe se smanjuje povezanost stresnih životnih događaja i rizika za depresiju [6]. Nova istraživanja detaljnije pojašnjavaju uloga gena, razvoja, sredine i predisponiranosti za depresiju. Pobuđeno stanje<sup>2</sup>, u kojem se depresivne epizode događaju sa malo provokacije, može biti dosegnuto bilo putem više prethodećih depresivnih epizoda (uzrokovanih brojnim životnim problemima) bilo pomoću genetskog rizika. Takoreći, genetski faktori proizvode efekat pred-pobuđivanja<sup>3</sup>[6]. U izučavanju ekspresije gena, ali i ostalih elemenata biološke vulnerabilnosti za depresiju pokazano je da rana traumatska iskustva oblikuju osobu ka razvijanju vulnerabilnosti [7,11], u skladu sa osnovnim postavkama Frojda, Abrahama, Bolbija. U mnoštvu faktora koji utiču na stvaranje vulnerabilnosti ili resistentnosti osobe nalaze se i sredina, uloga individualno pridodatog značenja stresora, te razvijeni kapaciteti za traženje pomoći i podrške [7,9,11]. Obzirom da savremena istraživanja sve više otkrivaju značaj interakcije faktora, u skladu sa Tasmanom [12], izražavamo vrednost psihoanalitičkog arsenala znanja koje nam može pomoći u oblikovanju sredinskih, psiholoških i ličnih faktora koji utiču na razvoj vulnerabilnosti ili resistentnosti na nove depresivne epizode.

Od značaja za prethodnu tvrdnju je i to da se poslednjih decenija potvrđuje visoka efikasnost psihoanalitičkog tretmana, i to njegovih višegodišnjih efekata [3,9,13]. Šefildski psihoterapijski projekt uverava da je psihodinamska terapija bila adekvatan i jednako dobar izbor za 16-nedeljni tretman duboko depresivnih kao i komparativno ponuđeni tretman [13]. Dalje, u terapiji klijenata koji su pokušali suicid, pokazano je smanjenje suicidalne ideacije i sniženje skora na Bekovom inventaru depresije [7]. Potom, kod žena sa post-natalnom depresijom registrovano je smanjenje simptoma nakon 10 nedelja tretmana, a samo psihoanalitički tretman dostigao ovaj rezultat, u komparaciji sa ne-direktivnim i KBT pristupom [7]. Takođe, kombinovana medikamentozna i psihoanalitička terapija daje bolje rezultate nego samo medikamentozna [3,7] čak i u slučaju primene kratke suportativne psihoanalitičke psihoterapije [14]. Fonagi i kolege [9] produžuju period praćenja efikasnosti psihoterapije i nalaze da psihoanalitički tretman daje bolje rezultate nego komparativni tretman. Efekti psihoanalitičkog tretmana se u početku praćenja pokazuju sličnim efektima drugih tretmana, ipak, promene postignute u psihoanalitičkom tretmanu opstaju u vremenu, te traju duže nego

---

<sup>2</sup> U originalu na engleskom: „kindled“.

<sup>3</sup> U originalu na engleskom: „pre-kindled“.

promene postignute drugim pristupima (period praćenja je do 48 meseci) [9]. Ovime se za klijenta se postiže velika razlika u kvalitetu življenja, i shodno trajnosti efekata psihoanalize umanjuje se verovatnoća skorog recidiva (što je jedan od značajnijih problema u tretmanima depresije [1,2]).

### **Jungovski analitički pristup depresiji**

Analitička psihologija nastaje u okviru dubinske psihologije, razvija zajedničke i originalne elemente sa psihoanalizom [5]. Fokusiraćemo se na ono što nije već rečeno u klasičnoj psihoanalizi, i spomenućemo ono što jesu zajedničke tačke, kako bi kasnije analizirali oba pristupa komparativno.

Jung zapravo nije razvio koherentnu teoriju depresije uzete zasebno, već je ostavio mnoštvo korišćenih ideja i primera raštrkanih po svom obimnom delu. Tri ideje čine osnov jungovskog razumevanja depresije: depresija je iskustvo ega bez energije, kompenzacija i introverzija nastoje da obogate sadržaje svesnog, depresija može biti pomažuća i transformativna.

Jung razumeva depresiju u terminima preraspodele energije<sup>4</sup> u kompleksnom psihičkom sistemu, sa svesnim i nesvesnim. U uobičajenim situacijama svesni ego<sup>5</sup> ima na raspolaganju dovoljnu količinu energije, ukoliko neki faktori uzrokuju da velika količina ove energije padne u nesvesno, svesno je ispražnjeno. Depresija je iskustvo ega kada je ispražnjeno svoje inače dostupne energije, koja odlazi u nesvesno. [15,16,17]

Drugo, kompenzacija je samoregulativni proces psihe od značaja za depresivnost. Svesno je uvek ograničenog opsega i samo toliko sadržaja se može jednovremeno nalaziti u svesnom. Kada svesno postane previše jednostrano orijentisano, procesom introverzije (okretanja unutra) poseže se za komplementarnim sadržajima nesvesnog – koji onda imaju prilike da postanu svesni i time potpomognu dostizanje ispravnijeg adaptacionog stava tj. kompenzuju. Ovakva introverzija energije ostavlja ego ispražnjenim od energije – depresivnim. Ako se kasnije sadržaji nesvesnog integrišu u svesno, osiromašeni ego se obogaćuje energijom putem simbolizovanih sadržaja, i tako je depresija podignuta. [15,16,17]

Transformacija bitno pojašnjava procese u depresiji. Nesvesno u Jungovom poimanju sadrži ne samo potisnute doživljaje, i ne samo lično nesvesno, već i kolektivno. Takođe, nesvesno je kreativno po svojoj prirodi. Sadržeci kolektivno nesvesno, ono sadrži veću mudrost i znanje o životu nego što se može očekivati od jednog ljudskog veka. Ovim kvalitetima nesvesno može pomoći razvoju ličnosti. Zaključujemo da depresija, ponukana kreativnim tendencijama nesvesnog, nije samo patološka reakcija ličnosti, već i prirodna pomažuća reakcija na životne događaje. U transformativnim depresijama energija je privučena elementom koji treba da postane svesan kako bi pomogao razvoju osobe. Privlačuća sila je izražena u formi fantazije ili

<sup>4</sup> Energija je širi pojam od seksualno definisanog libida.

<sup>5</sup> Ego je svesan deo osobe, a kompletna osoba je više od samog ega.

slike, i ukoliko čovek uspe da integriše fantazije koje zarobljavaju libido, uspeće da osvoji tu energiju, oslobodi je i stavi u službu ega, sada transformisanog novim sadržajima – tako je svrha depresije je postignuta [15,18].

Jung je ove iste ideje primenjivao i na ne-individuacijsku depresiju, koju je nazivao psihogena depresija (patološka depresija). U tom slučaju, ukoliko usled otpora i preterane represije, stav ega postane preterano jednostran i ne može se izmeniti normalnom kompenzacijom, razvija se neuroza, i znanje koje bi kompenzovalo svesni stav ega biva izraženo kroz neurotske simptome. Depresivni poremećaj je pokušaj psihe da reorijentiše ličnost ka introvertnom iskustvu. Patološka depresija je nevoljna, isforsirana forma introverzije, i u njenom nasilnom nastanku vidi se njen patološki aspekt. Pojedinaac ne integriše spontano nesvesne sadržaje u svest, bilo da su oni kreativni ili neurotski, i ne doseže razvoj koji je neophodan za dalju životnu adaptaciju. Za rezoluciju depresije je ključno prepoznati važnost nesvesnog u etiologiji i tretmanu depresije. [15,18,17]

Kasniji autori nastoje da ispituju tipične sadržaji nesvesnog vezanog za depresiju. Najznačajnije je pomenuti arhetipe, tipične forme u kojima je modelirano, organizovano i progresivno integrisano svo iskustvo, a sadržaj su svačijeg nesvesnog. Arhetipi su značajni jer mogu provocirati depresiju privlačenjem energije iz ega, ali i uputiti na razrešenje transformativnog problema te voditi putu ka ozdravljenju [19].

Persona predstavlja predispoziciju čoveka za stvaranjem maske kojom se osoba predstavlja u javnosti i kojom pre svega ispunjava prihvaćenost u krugu društvenih uloga. Osoba koja se jako predala ispunjenju persone može jednog dana shvatiti da živi lažni život, tj. preterano je adaptirana i persona je preuzela celu osobu – osoba potrebuje razvoj, priznanje i otelotvorenje svojih drugih potreba. Često skrivena agresivnost može biti prepoznata ispod maske persone, i ona predstavlja deo arhetipa senke, skrivan od samoga sebe, čija integracija bi bila poželjna. U nekim slučajevima ukoliko se prejak razvoj persone prepozna tek u kasnijim godinama, očekivana depresija je obojena svesnošću o propuštenim prilikama i neispunjenim životom [15].

Arhetip majke u aspektu uništavajuće, ili užasne majke je veliki izvor depresivnih problema. Osobe kod kojih je aktivan negativni aspekt arhetipa majke prolaze kroz iskustva služenja drugome, zanemarivanja sebe i često osakaćivanja sopstvenih kapaciteta, naročito onda kada posumnjaju da bi se mogli odvojiti od majke, i ostvariti kao nezavisne osobe.

Arhetip heroja takođe ima ulogu u stvaranju depresivne slike. Mnogi ljudi su dovoljno rano, ili dovoljno trajno odustali od nastojanja da ispune svoje snove, da budu kreativni u pronalaženju svog puta i zadovoljili se sekundarnim motivima ili prosto dostupnim stilom života – dopustili su da arhetip heroja u njima umre i bude neefektivan. Odustajanje od sopstvenog ostvarenja nosi cenu – vrlo često, depresije. Suprotno tome, arhetip heroja se može najjednom pobuditi u sasvim mirnom i nikad ambicioznom čoveku



srednjih godina, kojeg inače karakteriše blaga depresija, i uzrokovati ekstremna razrešenja [18].

Noviji autori analiziraju i konkretne životne događaje kao precipitirajuće faktore depresije. Tako Hubek [20] ispituje ulogu majke u razvoju depresije kod deteta. Njen stav ujedinjuje razvojna i analitička gledišta i govori o prevelikoj količini negativnih arhetipskih slika koje su upijene preko depresivne majke, pre svega zato što je ona u svom procesu žaljenja, besa i tuge, i ne može da se usmeri na dete i ostvari prirodan adekvatan odnos. Poput terapeuta drugih pravaca, ona nalazi da dete ne dobija dovoljno osnova za razvoj zdrave samopouzdanosti, te smatra pacijent takve istorije može značajno profitirati od terapeuta koji ima kapacitet za povezivanje [19,20]. Slično razmišlja i Hobson [21] koji smatra da će upravo oni arhetipi koji su bili aktivni u vreme primarnog gubitka (jedinstvo sa negujućom majčinskom figurom) biti aktivirani u svim budućim depresijama te zapravo reprezentuju težnju za povećanom ego stabilnošću.

Dalje, Hultberg [22] obraća pažnju na grandiozne fantazije kao potajne izazivače depresije. Ukoliko je pacijent imao roditelje koji su postavljali perfekcionističke zahteve, ili je služio zalečenju narcističkih rana roditelja, može biti sklon strahu od uspeha, te stoga postati podbivač. Ciljevi ovih klijenata su često grandiozne fantazije, te kada klijent oseća da se približava njihovom ostvarenju doživljava preteranu stimulaciju<sup>6</sup> i najčešće beži od uspeha. Ovakvi životni izbori izazivaju depresiju, snižen afekat, i često su dugotrajni; razrešenje najčešće zahteva terapijsku intervenciju [22].

### *Jungovski pristup suicidu*

Depresivni afekt ima poreklo u dva izvora: on je iskustvo ega lišenog energije, ali i promena koja je simbolizovana slikama smrti [23]. Jungovska psihologija primećuje da ovo simboličko iskustvo i slika smrti može lako biti pomešana sa fizičkom smrću. Odatle polazi specifična mogućnost terapijskog rada sa idejama samoubistva.

Tokom rada sa pacijentima koji su patili od depresije Rosen je razvio neke od jungovskih ideja i razradio stavove o suicidu. On nalazi da kada ljudi osećaju žaljenje i očaj, i pate od suicidalnih ideja, često se osećaju kao da umiru iznutra. Rosen smatra da deo osobe, konkretno lažni deo selfa zapravo treba da umre, da bi se povratila volja za životom. Ova želja se oseća kao realna, iako se zapravo radi o simboličkoj smrti. Ukoliko se dozvoli smrt lažnog selfa, koja je simbolička i može biti izražena kroz crtanje, poeziju i druge forme umetničke ekspresije, proces žaljenja se pokreće. Sa krajem ciklusa žaljenja osoba je transformisana, doživljava novu životnu fazu, i ponovo se rađa smisao i svrha življenja za nju. Rosen je izgradio ove stavove u radu sa depresivnim osobama i ispitivanju deset osoba koje su preživle pokušaj suicida skakanjem sa San Francisko mosta. Nakon preživljavanja, ove

<sup>6</sup> Koncept over-stimulation je doprinos Hultberga.

osobe su doživele duhovnu transformaciju, i njihove izjave idu u prilog teorije da zapravo čovek češće potrebuje simboličku smrt jednog njegovog dela nego kompletnu smrt. Ovako analitičko tumačenje depresije otvara značajne mogućnosti u radu sa potencijalno suicidalnim osobama. [23]

### *Terapija depresije u analitičkoj psihologiji*

Jungov doprinos u razumevanju ideja bitnih za tretman depresije je krucijalan: depresija je prepoznata kao normalni afekt i normalni životni događaj, kao deo transformativnog, razvojnog iskustva; mogućnosti terapije depresije i tretmana suicida su povećane. Analitički terapeuti traže uzrok depresije u disbalansu energije i njegovom korigovanju. Veliki deo analize se posvećuje slikama i fantazijama u kojima su simbolički izraženi sadržaji nesvesnog. Nastoji se na integraciji ovih sadržaja, transformaciji svesnog sadržajima nesvesnog i posledičnom osvajanju energije i oslobađanju od depresije [15,18,24].

Preporuke za terapijski rad čine: ne preterivanje sa izlaženjem u susret pacijentu, izostanak ubeđivanja pacijenta u intelektualnu neispravnost njegovih ideja, korišćenje fantazije, umetničkog izražavanja, i drugih tehnika objektivizacije [15,25,26]. Potpomaže se izražavanje i opojmljivanje često nemuštog sadržaja nesvesnog, objektivizacijom, tj. pravljjenjem objekata (crteža, pesme) i njegovim postojanjem u prostoru seanse. Interpretacije mogu biti ređe nego što se pretpostavlja, ali uloga terapeuta u konteinment-u je svakako prisutna. U potrazi za mogućim alternativnim značenjima i životnim putevima terapeut će, tehnikom amplifikacije istraživati prisutni arhetip.

Jung je uveo korišćenje kontratransfera u psihoterapiju [5] i ono je značajno za terapiju depresivnih, kao i obraćanje pažnje na konjunkcio. Vilemsen [26] ispravno naznačuje da neki klijenti, naročito oni ozbiljno traumatizovani, imaju oštećen kapacitet za simbolizaciju, i da je sa njima neophodno raditi korišćenjem kontratransfera. Afekt može biti vezan za telesne simptome, ali i izgubljen negde u telu, te terapeut služi ne da interpretira odnos već da ga sadrži<sup>7</sup> i osvesti, prvo u svom umu, potom i u odnosu i pacijentu. U toku seanse terapeut obraćata pažnju i na dešavanje koje se opisuje kao iskustvo nečeg većeg od terapeuta, klijenta, i uopšte jedne osobe. Ovo iskustvo trećeg, pomažućeg aspekta koje zapravo daruje analizu najkurativnijim faktorima je konjunkcio. To je težnja ujedinjenja opozitnih faktora koja nosi mogućnost kreativnog zalečenja rascepa. Kako klijenti često pate od jednostranosti, ovaj događaj je pospešivan od strane terapeuta.

U terapiji depresivnih analitičko uvažavanje spiritualnosti može biti ključni pomažuci element terapije. Vestgejt [27] navodi korisnost rada sa slikama, snovima, što omogućavaju da se zađe u transpersonalno, posebno kao izvor inspiracije, intuicije i inspiracije. Tako terapeut može doći do intrinzičkih vrednosti klijenta, a klijent doseže nedostajuće elemente u njegovom životu

---

<sup>7</sup> (containment)

(značenje i smisao življenja za tu osobu) i motiviše se intrinzički za sopstveno življenje.

### *Istraživanja od značaja za analitički tretman depresije*

Studije efektivnosti analitičkog terapijskog pristupa pokazuju značajna poboljšanja kod klijenata ne samo na nivou simptoma i interpersonalnih problema, već i na nivou strukture ličnosti, kao i u svakodnevnom životu. Interesantno je da su ove promene stabilne tokom vremena i do šest godina nakon završetka terapije; razvoj poboljšanja se nastavlja i po prestanku samog tretmana [28]. Klijenti Jungovske terapije se nalaze ispod proseka po korišćenju korišćenje usluga zdravstvenog sistema [29]. Neka istraživanja nalaze da klijenti polaze od nivoa ozbiljnih simptoma i dolaze do nivoa koji se može nazvati psihološkim zdravljem, kao i da je uobičajeno vreme ovog tretmana 90 seansi. Studije impliciraju da je analitička terapija delotvorna za depresiju: jedna od studija koje potvrđuju efektivnost sadrži 57% depresivnih pacijenata u uzorku. Treba pomenuti i da je nađeno da 10-20% klijenata ne profitira od analitičke terapije. [28,29]

### **Poređenje psihoanalitičkog i analitičkog gledišta na depresiju**

Ključna razlika u ova dva pristupa je nadređeni stav prema depresiji: psihoanalitički gledano depresija je pretežno patološka, dok je analitički gledano depresija efekt zdravog pokreta organizma, sa salutogenom svrhom. U psihoanalitičkoj terapiji postoji nada izlečenja suštinski nepoželjnog stanja, dok u analitičkoj terapiji depresija jeste poželjna faza razvoja ličnosti, koja može postati patogena kao rezultat opiranja transformaciji. U ovom smislu škole su radikalno različite.

Dalje, psihoanalitička škola traži konkretne životne događaje i tako formirane odlike klijenta kako bi došla u uvid o depresiji i otvorila potencijal lečenja. Analitička psihologija se ne zanima toliko konkretnim događajima upletenim u precipitiranje depresije, već je više zanima za čime spontano poseže skrivena energija, i u nalaženju tog traga vidi potencijal lečenja. Tako je prva škola često usmerena na događaje iz prošlosti, a druga na neostvarene potencijale.

Shodno prethodnom, psihoanalitička škola obraća punu pažnju na rani razvoj i to kako on formira osobu. Različiti podpristupi nalaze ključnim raznolike faktore ranog razvoja: traumatski događaj, dostupnost majke, relacije koje dete time uči i sa njima ide kroz život; posmatraju se agresivnost, vulnerabilnost, relacije, značenje pojedinih stresora. Analitička škola unekoliko zanemaruje ove faktore, a obraća pažnju na kolektivne figure ljudske psihe arhetipe, self, ego, bez obzira na formu u kojoj ih klijent očituje (životna priča, trenutni odnosa, umetnički proizvodi).

Različitost teorija postavlja drugačije ciljeve terapije u ova dva pravca i omogućava da se iste tehnike koriste tako da vode različitim putevima, donoseći iskustvo potpuno različitih, ali dopunjujućih terapija klijentima. Obe

škole koriste odnos terapeut-pacijent kao ključno oruđe, potom transfer i kontratransfer; samu analitičnost (usmerenu u različitim pravcima – životna istorija/sadržaj nesvesnog), i obe škole koriste verbalizaciju i interpretacije. Analitičari više naginju kontratransferu, sadržajima nesvesnog, neverbalnim izrazima. Oni koji su iskusili obe terapije, često nalaze da su u njima dobili nešto što u onoj drugoj ne bi, te da su obe korisne na različit način [30].

Prema istraživanjima obe škole su efikasne u tretmanu depresije. One se hvale sledećim doprinosima: obraćanje pažnje na lično značenje simptoma, personalizovanost pristupa svakom klijentu. Obe istražuju značenje simptoma: analitički psiholozi se pomažu kolektivnim proizvodima i traže prospektivno značenje depresije; a psihoanalitičari se fokusiraju na značenje u klijentu i njegovoj prošlosti.

Analitički aspekt priznavanja spiritualnih potreba čoveka ne nalazimo jasno u psihoanalitičkom gledanju depresije. Ipak, interesantno je da se treća škola dubinske psihologije, egzistencijalistička, jasno fokusira upravo na ova pitanja: osećaja smisla življenja, više svrhe u životu.

### **Umesto zaključka**

Ukupno gledano, odnos ove dve škole je istorijski bio zaprečen sa nedostajućom komunikacijom. Zato i ne čudi što nemamo komparativne preglede njihovih pristupa različitim poremećajima, još manje što dve škole koje se bave nesvesnim ne koriste uvide one druge. Ipak, smatram, određeni mostovi mogu postojati i ovaj rad je jedan mali početni korak ka tome. Kako ne bi došli u situaciju da svako ponovo izmišlja ono što je ovaj drugi već pronašao trebalo bi dublje preispitati mogućnosti razmene i nepobitne granice koje razdvajaju ova dva pristupa.

U slučaju depresije nalazim da je psihoanalitička škola spontano učinila korak ka otkrivanju analitički poznate salutogene mogućnosti sadržane u depresiji. Sa druge strane savremeni analitički psiholozi se bave ranim razvojem, analizom odnosa majka-dete i toga kako ono definiše osobu, čime se približavaju psihoanalitičkim tendencijama, iako ih naravno zanima arhetipski aspekt koji se pobuđuje u ranom razvoju (str. 13, para.2). Pitanje prevođenja određenih uvida se postavlja. Recimo stav Jakobsona (str. 5, para. 3) da internalizovana figura majke može destruktivno uticati na osobu jako nalikuje na čuveni termin analitičke psihologije, koncept užasne majke, aspekta arhetipa majke koji je osakaćujući po razvoj osobe. Vidimo da su mogućnosti razmene postojeće.

Ovaj rad je pomogao sagledavanju ambivalentnog odnosa ove dve škole dubinske psihologije, i predlaže dalje izučavanje efikasnosti svakog kliničkog tretmana, kao i građenje mostova između dopunjujućih pravaca. Ipak, u smislu terapije jednog konkretnog depresivnog pacijenta smatram opravdanim korišćenje mešanih uvida i tehnika, koja god škola da nam je pomogla da dođemo do njih.

## DEPRESSION – COMPARISON OF PSYCHOANALYSIS AND ANALYTICAL PSYCHOLOGY

**Sanja Vasiljevic**

Independent researcher;  
Faculty of Philosophy, University of Belgrade

**Abstract:** Psychoanalysis and analytical psychology are two large schools of psychotherapy, simultaneously similar and different. Few papers in literature explore these two approaches comparatively. This paper presents an effort to fill in that gap by exploring the relation of these two schools towards depression. In both cases we will consider: theoretical approach to depression, suicide, recommendations for practice, and effectiveness research. The crucial difference is in the overarching attitude towards depression: psychoanalysis looks upon depression mainly as pathological, while analytical psychology considers depression as a healthy movement of the organism, with a salutary purpose. The first school is focused on events from the past, and the other is focused on unfulfilled potentials. Psychoanalysis pays attention to early development, and analytical psychology to collective figures of the psyche. Both schools use rapport, transference, countertransference, analysis, verbalization, interpretation. Analytical psychologists lean towards countertransference, unconscious contents, and non-verbal more. Both schools give an important contribution to treatment of depression with their highly personalized approach and open up treatment possibilities in cases where medication is non-applicable. In conclusion, psychoanalysis and analytical psychology have separate and different approaches to depression and suicide, both on central and peripheral themes. Still, there is a possibility of exchange of experiences between these schools, which would be beneficial to development of practice and health of clients. Some examples of such exchange are found, and further exchange between schools of depth psychotherapy is encouraged.

**Key words:** *depression, suicide, psychoanalysis, analytical psychology, Jung*

**Literatura:**

1. Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012;13:117-22.
2. Hartmann E., Halvorsen M. Wang CEA. Rorschach Variables and Dysfunctional Attitudes as Measures of Depressive Vulnerability: A 9-Year Follow-Up Study of Individuals With Different Histories of Major Depressive Episodes. *J Pers Assess* 2012;95:26-37.
3. Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in Specific Mental Disorders: A 2013 Update of Empirical Evidence. *Contemp Psychoanal*. 2014; 50:89-130.
4. Solms M. Depression: A neuropsychanalytic perspective. *International Forum of Psychoanalysis*. 2011;21:207-13.
5. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. London. Fontana Press; 1994.
6. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158:582-6.
7. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington DC. American Psychiatric Pub; 1994.
8. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford University Press; 2007.
9. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*. 2015;14:312-21.
10. Mitchell SA, Greenberg J. Object Relations in Psychoanalytic Theory. Harvard University Press; 1983.
11. Tafet GE, Nemeroff CB. The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016;28:77-88.
12. Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M, Gillig PM, et al. *Psychiatry*. 3rd ed. John Wiley and Sons; 2008.
13. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In Levy RA, Ablon JS, Kächele H. editors. *Psychodynamic Psychotherapy Research Humana Press*; 2012. p. 9-25.
14. De Jonghe F, De Maat S, Van R, Hendriksen M, Kool S, Van Aalst G. et al. Short-Term Psychoanalytic Supportive Psychotherapy for Depressed Patients *Psychoanal Inq*. 2013;33:614-25.
15. Steinberg W. Depression: a discussion of Jung's ideas. *J Anal Psychol*. 1989;34:339-52.
16. Jung CG. Symbols of transformation (Collected Works Vol. 5) Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
17. Jung C G. The Practice of Psychotherapy: Essays on the Psychology

- of the Transference and other Subjects (Collected Works Vol. 16). Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
18. Jung CG. Experimental Researches (Collected Works Vol. 2). Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
  19. Schwartz-Salant N. The abandonment depression: developmental and alchemical perspectives. *J Anal Psychol.* 1990;35:143-59.
  20. Hubback J. Depressed patients and the coniunctio. *J Anal Psychol* 1983;28:313-27.
  21. Hobson RF. Archetypal themes in depression. *J Anal Psychol.* 2008; 53:481-99.
  22. Hultberg P. Success, retreat, panic: over-stimulation and depressive defence. *J Anal Psychol.* 1985;30:45-70.
  23. Rosen, DH. Transforming Depression: A Jungian Approach Using the Creative Arts. New York. G.P. Putnam's Sons; 1993.
  24. Harding E. The value and meaning of depression. *Psychological Perspectives* 2008;12:113-35.
  25. Pies R. Summoning the muse: The role of expressive arts therapy in psychiatric care. *Psychiatric Times* 2008; 25:10-2.
  26. Willemsen H. Early trauma and affect: the importance of the body for the development of the capacity to symbolize. *J Anal Psychol.* 2014;59:695-712.
  27. Westgate C. E. Spiritual Wellness and Depression. *J Couns Dev.* 1996;75:26-35.
  28. Roesler C. Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies. *Behav Sci* 2013;3:562-4.
  29. Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH. On the effectiveness and efficacy of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study" Available from: <http://www.uni-saarland.de/fak5/krause/ulm97/keller.htm>
  30. Keddy P. My experience with psychotherapy, existential analysis and Jungian analysis: Rollo May and beyond. *J Clin Psychol.* 2011;67:806-17.

---

**Sanja VASILJEVIĆ**, Nezavisni istraživač; Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

**Sanja VASILJEVIĆ**, Independent researcher; Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade

**E-mail:** sv@ateneo.rs