

ТАНАТОЛОГИЈА

Уредник : Душан Петровић



Крагујевац 2016.

Танатологија

Уредник

проф. др сци. мед Душан Петровић

Рецензенти

проф. др Славица Ђукић Дејановић

проф. др Драган Б Раванић

проф. др Јулијана Николић Поповић

Издавач Библиотека „Др Вићентије Ракић“
Параћин

Технички уредник Милош Гајић, проф

Коректор Томислав Марковић

Лектор Раденко Бјелановић, проф

Штампа „Графореklam“ Параћин

Тираж 500

Аутори

1. Др Јездимир Здравковић, неуропсихијатар, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Нишу
2. . Др Никола Н. Иланковић, неуропсихијатар, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Београду
3. Др Александар Дамњановић, психијатар, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Београду, директор Психијатриске клинике КЦ Србије, Београд
5. Др Душан Петровић, неуропсихијатар, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Крагујевцу
6. Др Раденко Вуковић, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Новом Саду
7. Др Јован Н. Стриковић, неуропсихијатар, др медицинских наука, професор медицинског факултета у Београду
8. Др Андреј Н. Иланковић, психијатар, др медицинских наука, асистент медицинског факултета у Београду
9. др Александра Дамјановић, лекар на специјализацији из психијатрије, „pharmaswiss“ Београд
10. Др Данијела Ђоковић, психијатар, др медицинских наука, Доцент медицинског факултета у Крагујевцу,

САДРЖАЈ

- 1. Јездимир Здравковић, Душан Петровић, Данијела Ђоковић*
Танатологија-етички и психосоцијални проблеми8
- 2. Никола Н. Иланковић, Душан Петровић, Андреј Н.Иланковић*
Страх од смрти и танатофобија.....34
- 3. Јован Н. Стриковић*
Еротика танатоса.....66
- 4. Александар Дамњановић, Аександра Дамњановић, Душан Петровић*
Танатофобија филозофско-психијатријско дешифровање.....74
- 5. Раденко Вуковић*
Умирање и смрт.....98

Предговор

Танатологија је научна дисциплина која се бави процесима умирања, страха од смрти и променама на људском телу после смрти.

Група аутора из Београда, Новог Сада, Ниша и Крагујевца покушала је да осветли етички, правни, психолошко-психијатријски и судски аспект танатологије која је вековима заинтриговала мислиоце научне мисли и да постави на адекватном месту оно што вековима тишти људски род ове цивилизације: о смрти и шта даље?

Ми смо излажући наша стремљења и мишљења, покушали да приближимо и осветлимо неке од најзначајнијих постулата људског битисања да је у самој бити човека борба и вечити пламен између ероса и танатоса.

Да би ова монографија угледала светлост дана велику захвалност дугујем мом учитељу: Академику проф.др. Владети Јеротићу на корисним сугестијама и саветима. Захваљујем се рецензентима проф др Славици Ђукић Дејановић, проф.др Драгану Б. Раванићу и проф. др Јулијани Николић Поповић.

*Божич 2016.
Крагујевац*

Уредник

*Захвалност дугујем академику професору
доктору Владети Јеротићу на помоћи у
настанку ове монографије.*

Уредник

*Смрт и није друго до то: мало ваздуха,
свега један добар дах, који више не
можемо да ухватимо.*

Иво Андрић

*Јездимир Здравковић, Душан Петровић,
Данијела Ђоковић*

1. ТАНАТОЛОГИЈА

-Етички и психосоцијални проблеми-

Термин „танатологија” R.Park (1912.) је наговестио настајање мултидисциплинарне научне дисциплине, чији су предмети и циљеви изучавање феномена смрти и пропратних феномена блиско повезаних са срћу. Реч је о појавама као што су умирање, смрт, самоубиство, еутаназија и друге активности које могу угрозити сопствени или туђи живот.

Настанак ове научне дисциплине није неочекиван а ни случајан. Она је одређена, с једне стране, универзалношћу феномена смрти, њеном егзистенцијалном категоричношћу коју ближе одређује страх од смрти, као својство човека, а с друге стране, парадоксално, њеном човечношћу. Поменута својства човека су најбоље, што не значи и најисправније, разматрана у оквирима егзистенцијалне филозофије и антрополошке теорије психопатологије. Становиште ових школа одређује чувена синтагма да је „сам човек страх од смрти”.

Схватање у суштини одбацује становиште позитивиста да „човек има страх од смрти“. Танатологија, без обзира да ли у ужем смислу припада медицини или некој другој научној дисциплини, садржи филозофску и етичку нит, која мора бити разматрана у клиничком раду са умирућим болесницима, али и у односу на реалности као што су самоубиство и убиство и посебно у оквирима проблема „убиства из милосрђа“ односно еутаназије.

Настанак танатологије, као посебне научне дисциплине, блиско је повезана са прерастањем медицине од науке, која је била искључиво управљена према чувању квантитета живота у науку која превасходно води рачуна и о његовом квалитету, другојачије речено, о достојанству човека не само за живота, већ и у болести, достојанственом умирању, па чак и о могућој самоодлуци: докле трпљења? Такво прерастање медицине од стања које би се могло означити као „технологија хуманости“ у праву хуманистичку технологију, омогућено је понајвише њеним значајним и бурним развојем.

Неколико упадљивих збивања ближе карактеришу савремени напредак медицине и значајне унутрашње противуречности повезане са њеним развојем. Реч је о успесима у искорењивању заразних болести, затим о генетичком инжењерству, подручју трансплантације органа – једном речју, о могућностима да се захваљујући техничком напредку може продужити „телесни живот“ болесника у терминалном стадијуму, чак временски и дуже од настанка „психолошке смрти“.

До појаве танатологије питања у вези са умирањем и смрћу припадала су готово искључиво подручјима патологије и делом форензичкој психијатрији. Нова сазнања и савремена оријентација у хуманој медицини али и изван ње, условили су као дијалектичку нужност, настанак танатологије.

Операционална дефиниција одређује танатологију као научну дисциплину која се бави физичким и психосоцијалним аспектима смрти (А. Dweisman, 1975). Мада ово одређење није целовито, ипак је довољно као основ за научни приступ феноменима повезаним са смрћу и умирањем.

Одређење момента смрти

Негде шездесетих година прошлог века у стручним медицинским круговима истицала се потреба за тачним и правовременим одређењем момента смрти. Важност овог питања није искључиво теоријска и етичка. Питање има практички значај и уско је повезано са трансплантацијом органа.

У знаку борбе мишљења и ставова централни проблем је: да ли је за утврђивање момента смрти битнији клинички суд лекара или „непристрасност“ података добијених савременим техничким методама?

Група стручњака, на челу са Х. Хамлинтоном (1964) заступа тезу да изразито десинхронизован тип траса ЕЕГ-а буде одлучујући критеријум за одређење времена смрти одређене особе.

Овај став је у многоме „покривен“ логистичком поставком аутора да „је личност мртва, под условом да је мртав њен мозак“. Проблем би, наравно, био једноставан за разрешење, да није позната могућност да се мождано ткиво вештачки одржава извесно време по престанку сваке свесне активности умируће особе. Тако су практична питања, углавном везана за проблем трансплантације органа, отворила бројна питања, не само практичног, него и теоријског значаја. У том смислу се може говорити о „неуролошкој смрти“ о „психолошкој смрти« чиме се обнављају стара питања везана за Картезианску дилему „душе“ и „тела“.

Светска Здравствена Организација у Декларацији сачињеној у Сиднеју (1968) прихватила је „раван“ ЕЕГ као критеријум за одредбу тренутка смрти али само као помоћно средство за клиничку констатацију.

Међутим, у тексту Декларације је наглашено да „ни један прост технички критеријум, нити било која технолошка процедура на данашњем степену развоја медицине, не може, по питању одређења смрти, бити замена за крајњи суд лекара“.

Ствар се, и даље, компликује питањема да ли уз техничке податке које пружају ЕЕГ, ЕКГ и друге методе, суд о моменту смрти може да донесе лекар који је на било који

начин укључен у програм трансплантације органа, да ли такву одлуку треба препустити само једном лекару и тако надаље. Један од највише пропагираних критеријума за одређење момента смрти сачинио је тзв. „Ad Hoc Komitet Harvard-ске медицинске школе“.

Као критеријуми се наводе: одсуство реакција болесника, попут одсуства покрета и респирације, рефлексне активности и раван електро енцефалограм.

Терминалност и умирање

У танатологији се појмови „смрт” и „умирање” разликују, мада је реч о појавама које су у веома блиској вези. Смрт представља одсуство функције свих органа, умирање је, пак, стање у коме пад функција организма предходи смрти. Неки аутори уместо термина „умирање” користе израз „терминални стадијум болести” да би на овај начин укључили све активности физичког и психичког карактера чији престанак рада предходи смрти.

Један од најпознатијих светских танатолога Е. Киблер Рос (1969) описала је пет прогресивних психолошких фаза кроз које пролази личност по сазнању да ће умрети у догледно време.

Реч је, наравно, о типичним фазама кроз које пролази највећи број терминалних болесника. Јасно је да у зависности од психолошких својства и животне ситуација, фазе код свих терминалних болесника не морају да прате овакав ред.

а. Фаза негације или одрицања фаталног исхода болести

По сазнању да му предстоји неизбежна смрт, прва реакција болесника је негација или одрицање фаталног исхода болести. Таква реакција се испољава на различите начине. Неки болесници, једноставно, не прихватају дијагнозу, тврдећи да је она погрешна или бар спорна; други негирају знање и умеће лекара; трећи тврде да је болница, у којој је дијагноза постављена, лоша. Ипак, највећи број болесника верује да је баш његова болест, и поред раширеног схватања о њеној фаталности, излечива. Неки прелазе на лечење «народном» медицином, други се препуштају врачарама и видовњацима. Чајевима се, при томе, придаје огроман значај, па напитака постаје главни лек „кућне апотеке“ терминалног болесника.

Код болесника, а и код чланова породице, развија се у овом периоду посебна перцептивност за сваку реч, било лекара, било лаика, које могу побудити наду у излечење. Највећи део кућне атмосфере посвећен је разговорима о народним лекарима, видарима, или о здравственим установама ван земље у којима се види спас. Појава се означава као „хало ефект даљине“.

Што је у већој мери удаљенија земља у којој се налази здравствена установа, тим је веће уверење оболелог и чланова породице да је то право место где је излечење терминалног болесника сигурно могуће.

Киблер Рос прихвата претпоставку психоаналитичара да фаза негације фаталног исхода болести настаје због болесниковог «несвесног уверења у сопствену бесмртност». И даље, да му „нада проистиче из omnipotentног осећања, које потиче још из остатака психосексуалног развоја“. Сматрамо да такве спекулације и нису нужне да би се објаснило психолошко стање болесника у терминалној фази болести. Свака претња интегритету личности, а поготову овакве врсте и овако присутна, наглашава нагон за живљење, који је суштински део биолошког наслеђа човека, а сврха му је одржање врсте.

Однос болесника и здравственог радника у овој фази терминалне болести често се своди на ситуацију у којој лекар „награђује“ болесника да поништава болест. Уместо реалистичког прилаза који укључује разговоре о страху од смрти, лекар даје исцрпне податке болеснику о стању његових органа и организма у целини. Другим речима, не само болесник, него и лекар, избегава да се суочи са реалношћу.

У једној студији Glaser и Sraus (према Goleman-у, 1977) закључују да је здравственом особљу много угодније да са терминалним болесником разговара о ТВ програму, спорту и другим питањима него о смрти. Оваквим вербалним порукама здравствено особље несвесно сугерише болеснику да се живот наставља у истом ритму. Исти аутори наглашавају да здравствени радници игноришу очекивања болесника и отворене позиве да се са њим разговара о смрти.

Осим психолошких, постоје и традиционални разлози који доводе до оваквих ситуација. Све до шездеситих година прошлог века, до доласка идеја танатологије у болнице, медицина је „тврдоглаво“ била окренута искључиво животу. Ако говоримо психолошким језиком, медицина је испољавала својеврсну танатофобију.

Бројне етичке дилеме, које се отварају оваквом ситуацијом, имају релативно просто решење. Здравствено особље треба да покаже болеснику да разговор о смрти није табу тема, али, наравно, болесник треба да прихвати тему разговора.

Осим здравственог особља у „игру скривања блиске смрти“ укључена је и породица болесника. Понашање чланова породице према болеснику крећу се у широком распону од оптимистичких осмеха и речи, које нестају истог часа када се комуникација са болесником прекине, преко еуфемистичких примедби да је болесник „права слика здравља“, да дивно изгледа, до грозничаве трке са временом да се било где и под било којим условима пронађе лекар чудотворац или неко ко би судбину преокренуо у корист умирућег. Описана завера у коју су укључени сви актери драме срти – спречава и породицу пацијента да у смиреној (колико – толико) и рационалној атмосфери реализује неизбежне послове који су некада од великог значаја за даљи живот осталих чланова породице, па и преостали део живота самог болесника.

б) Фаза беса

Неминовно погоршање телесног здравља пацијента проласком времена, пратећа психичка и физичка немоћ посебно, болови, верни стадијуми процеса терминалности, утичу да болесник почиње да прихвата неминовност смрти.

Негација и одрицање болести замењује се љутњом и бесом. Према Ros-у, болесник у овој фази, поставља уобичајено и логичко питање: „зашто баш ја или зашто баш мени ово да се деси“? Парадоксално, оваква психолошка ситуација делује позитивно, припремајући терминалног болесника да доврши неке послове породичног или друштвеног карактера.

в) Фаза депресије

За ову фазу карактеристична су осећања беспомоћности и безнађа, што на известан начин доприноси самоизолацији болесника. Селигман је концептом «научене беспомоћности» дао рационалне основе за разумевање суштине психолошког стања пацијента. Основа теорије потврђена и на животињама и на људима, а састоји се у појави да особа која се нађе у ситуацији коју, и поред свих напора, није у стању да превазиђе, развија пасивне и беспомоћне облике понашања.

г) Фаза прихватања блиске смрти

Према Ros-у прихватање блиске смрти истовремено је и начин изласка из депресије. Пацијент се више не бори и не прижељкује да живи што дуже.

Истовремено, враћа се животу, контакти са блиским људима поново му причињавају задовољство, спреман је да ужива у свакодневним стварима. По тврдњи ове ауторке, болесник је, у тим тренуцима, припремљен да без остатка живи преостале дане и да умре на достојанствен начин. Страх од смрти, као универзалну егзистенцијалну категорију, треба макар условно посматрати одвојено од психолошких фаза кроз које пролази терминални болесник.

Тај страх није искључиво везан за терминалност. Wiesman (1975) је описао три синдрома карактеристична за понашање терминалних болесника. Једну од њих овај аутор је назвао синдром алијенације. Карактерише се специфичним осећањем усамљености, напуштености, апсолутне изолованости и дереализацијом. Код терминалног болесника развијају се сложена и мучна осећања, која га нагоне да мисли да је блиска смрт „његов сопствени проблем“, што чини да људе око себе доживљава удаљеним. Речено језиком егзистенцијалиста, људи губе сопствену „физиогномику“.

Једна од специфичних осећања јесте да болесник верује да је у тој мери сам и изолован, да чак нема ни коме да се изјада.

Таква сложена осећања учвршћују му филозофију да је „све изгубљено“. „Синдром уништења“ карактерише се страхом болесника од претварања у ништавило и ишчезнуће. Као консеквенца страха од уништења јавља се својеврсна деперсонализација код болесника, мучно стање у коме личност себе не доживљава као пуно људско биће.

Еутаназија

Термину „еутаназија“ придају се разна значења. Кованицу чине две грчке речи: „tanatos“ и префикс „eu“ које дословно означавају „лако доживљену смрт“. Еуфемизми, које налазимо у литератури под називима „добра“ или „милосрдна“ смрт подлеже дискусији, обзиром да је немогуће смрт, која је сама по себи негативна категорија живота, везати за речи које имплицитно носе позитивна значења.

У општем смислу, треба разликовати медицинску, еугеничку и друштвену еутаназију.

Термини имају суштински различита значења, не само у односу према субјектима који спроводе еутаназичке поступке, већ и у чињеници да термини имају филозофске, психосоцијалне и етичке димензије.

Под медицинском еутаназијом подразумевају се активни и пасивни поступци и акције здравственог особља, пре свега лекара, у циљу изазивања смрти терминалног болесника, или болесника којима не прети блиска смрт, али који су болешћу и инвалидношћу угрожени у тој мери да је њихов живот праћен искључиво болом, патњом и мизеријом.

Еугеничка еутаназија је назив који означава поступке и акције одређене врсте стручњака са циљем да се побољша генетски састав популационе групе (негативна еугеника).

Државна или компулсивна еутаназија односи се на правне поступке легалних органа у циљу побољшања психолошког и здравственог стања становништва на територији коју контролише та држава.

Еутаназичке идеје нису одраз новог, технолошки ефикасног времена. Напротив, потичу још из древног Египта, а окупирале су мисли грчких и римских филозофа и државника. Према писању неких историчара, на острву Косу, родном крају Хипократа, постојао је обичај да старије особе, неспособне за привређивање, једном годишње заједнички испијају чашу отрова. Платон и Сократ су се јавно залагали за елиминацију тешко инвалидне деце. У „Идеалној држави“ Аристотела, дефектној деци није било места. Марко Аурелиус је бранио право личности да саму себе ослободи интелектуалне детериорације.

Однос према еутаназији брзо се мења под утицајем пропатора раног хришћанства св.Аугустина. Суочен са појавом све учесталијих самоубиства верника и осипањем „хришћанског стада“, св.Аугустин је прокламовао синтагму да је самоубиство „гнусан, проклет и неморалан чин“. Осим самоубиства забрана се односила и на еутаназични чин.

У 13.веку схоластички филозоф и теолог св. Тома Аквински дефинитивно изриче категоричко негативан став цркве према самоубиству и еутаназији.

Све до тридесетих година прошлог века еутаназија је била једва помињани концепт у медицини, религији и филозофији.

Са демократизацијом живота, смањењем догматичких утицаја цркве и налетом утописких и хуманистичких идеја, појавиле су се, испрва малобројне, а касније учесталије расправе на тему про и контра еутаназије. Крајњи циљ ових расправа сводио се на борбу око легализације права на чин „милосрдне смрти“ код терминалних болесника и осталих особа које немају, због инвалидитета и других болести, услова за достојанствен живот.

Разлози против легализације еутаназије кретали су се од позивања на универзалне етичке норме, шесту Божију заповест, преко уважавања Хипократове заклетве, позивање на нагонску потребу човека да „живи по сваку цену“, просветљење човека кроз патњу, ослањање на „концепт наде“, указивање на напредак медицине који „сутра може пронаћи лек за неизлечива стања“ а указивање на могућност бројне злоупотребе еутаназичког чина, било због несавности појединца или самог друштва, до централног питања: **ко, када, како и под којим условима** би требало да спроводе еутаназички акт!

Заступници еутаназије, с друге стране, вештом реториком настоје да докажу да максима „не убиј“ пре треба да се односи на стварање таквог друштва где у ратним збивањима неће страдати човек, а ако у масовном страдању људи, човек и буде повређен да му нема правог и достојног живота, друштво треба да му обезбеди милосрдну смрт; да због промењених услова неке поставке Хипократове заклетве треба ревидирати.

Цитирају се нека научна истраживања чији резултати показују да код болесника и инвалида, који последње дане проводе у мизерији, нагон за животом уступа месту жељи за смрћу; огољавају, затим филозофску арому „патње и бола“ указујући на њихову погубну улогу у достојанственом живљењу, и на крају, образлажу да се позитивним актима могу спречити злоупотребе еутаназије.

Историја је сурово указала на злоупотребу еутаназије. У нацистичкој Немачкој је у току Другог Светског рата на око 200.000 људи, психички оболелих, тешких туберколозних болесника, особа са урођеним психо-физичким дефектима, старих и изнемоглих извршена еутаназија.

На процесу у Нирнбергу утврђено је да је око 200 немачких лекара извршило еутаназичке акте, док је око 300 других, знало за еутаназички програм нацистичке партије али су ћутали. Вршена је масовна стерилизација жена, махом јеврејки. У циљу проучавања одбрамбених процеса организма, затвореницима су ампутирани здрави органи; а у циљу обуке младих хирурга, урађена је маса

хируршких интервенција на логорашима без медицинских индикација. Како је то могло да се деси?

Знамените су речи психијатра Лео Александра изречене на Нирнбершком процесу: „без обзира на пропорције нацистичких злочина, очигледно је за све који су учествовали у њиховом осветљавању, да је све почињало у малим размерама“. Почињало је, дакле, од усвајања принципа еутаназије, филозофије да постоје људи који нису вредни живота, да би се, брзо такав приступ, проширио на све људе који не привређују а једу хлеб и људе који су непожњљни у расном и политичком смислу (према Russel-u R, 1975).

Уопштено, медицинска еутаназија се дели на две велике категорије:

а) активна насупрот пасивној,

б) вољна насупрот невољној

Код активне еутаназије, „милоsrдно убиство“ односно „лака смрт“ узрокована је директном или индиректном активношћу лекара. Док у првом случају лекар са предумишљајем узрукује смрт болесника, у другом, лекар употребом супстанци које ублажавају бол и патњу, индиректно, убрзава фаталан исход болесника.

У случају пасивне еутаназије, лекар свесно одустаје од лечења, најчешће искључивањем апарата који одржавају живот болесника.

О пасивној еутаназии говоримо у случајевима када је лекару познато да искључивањем апарата пацијента „гура“ у сигурну смрт. Алтернативни термин за пасивну еутаназиију је „антидистаназиија“.

Термином „вољна еутаназиија“ означава се пристанак болесника да се над њим спроведе еутаназички акт. Такав пристанак се, у највећем броју случајева, добија од болесника који је у стању измењене или поремећене свести. Насупрот томе, термином „невољна еутаназиија“ означава се ситуација у којој болесник не даје пристанак да се над њим изврши еутаназички акт, па се „лака смрт“ код такве особе изазива вољом друге особе.

Самоубиство

Питањима самоуништења или самоубиства бави се део танатологије под називом Суцидологија. И овде је реч о мултидисциплинарној научној области која, осим медицине, укључује и науке као што су психологија, филозофија, социологија и етика. Појам „самоубиства“ у суцидологији се веома широко одређује, обзиром да обухвата велики број отворених и „скривених“ облика понашања личности, чији је заједнички именитељ – самодеструкција. На прво место долази акт успешне самодеструкције (*suicidium*), затим покушај самодеструкције (*tentamen suicidii*) и на крају широка скала свесног или аутоматизованог понашања које собом носе озбиљне могућности самодеструкције.

Док су самоубиство и покушај самоубиства одређене и омеђене категорије, трећа група због арбитрарности у процењивању ризичног понашања није јасно ни феноменолошки, ни терминолошко дефинисана. Термини „парцијална смрт“ или „замена за самоубиство“, на пример, у психоаналитичкој теорији личности, обухватају веома разнородну групу понашања, почев од бријања главе, пушења, алкохолизма и наркоманије, до избора опасних занимања. Meningeer (1938) разликује неколико врста понашања за које претпоставља да представљају замену за самоубиство:

а) хронични суицид обухвата аскетизам, алкохолизам, неуротски инвалидизам, мазохизам, анти социјално понашање, па и психозе.

б) фокални суицид се манифестује самоутилацијом, прихватањем и захтевом за бројним хируршким интервенцијама без основе, неким облицима мотивисане симулације, изазивањем честих акцидената, импотенцијом и фрифидношћу.

в) органски суицид има значење самокажњавања, обухвата агресивна и еротичка понашања личности која болују од хроничних органских болести.

Мишљења смо да је Менгерова теорија о самоубиству неје само конфузна, него и бескорисна. Неограниченим проширивањем неког појма, сам појам губи значење.

С друге стране, очигледна симболика бројних феномена које помиње овај аутор као врсту „потиснуте жеље за смрћу“ своди нагон за живљењем на нагон за смрћу, што не потврђују нити емпиријски нити клинички показатељи.

Социјални значај суицидалног понашања видљив је из националних статистика бројних земаља према којима самоубиство спада у пет најчешћих узрочника смрти одраслих особа. Водећа места на црној листи редом имају Аустрија, Немачка, Јапан, Чешка, Словачка, Данска, Шветска и Швајцарска у којима се самоубиство креће од 25 људи на 100.000 становника.

Мушкарци у односу на жене предњаче у самоубиству у односу 3:1; однос је обрнут када је реч о покушају самоубиства.

Статистички подаци о самоубиству деце су ретки и некозистентни. Према једној студији из САД-а, суицид деце испод 10 година старосног узраста, су реткост. У групи деце од 10 до 14 година живота, годишње се у овој земљи убије између 35 и 60 деце, а између 15 и 19 година око 250 до 350 младих особа. Слично као и у одраслој популацији, женска деца у односу на мушку у сразмери 3:1 врше покушаје самоубиства, а мушка деца се у истој сразмери више самоубијају од женске деце.

Када је реч о самодеструкцији, лекари спадају у веома угрожене професије. Унутар професије, психијатри, уз онкологе, врше највећи број самоубистава (61 на 100.000, а педијатри најмање, 10 на 100.000).

Објашњење може бити једноставно. Док педијатри раде са групом пацијената који су на самом почетку живота и усмерени према животу, психијатри уче од пацијената да је самоубиство, у неким случајевима, најефикаснији начин „решавања“ животних проблема.

На основу анализе бројних статистичких података, М. Simson је израдио „карактеристичну слику личности“ потенцијалног самоубице. Реч је о мушкарцу, беле расе, неожењеном или удовцу, разведеном или човеку који живи изван породичног круга, адолесценту или особи изнад 65 година живота, пензионеру или незапосленом, депресивцу који је и раније покушавао да се убије. Уз овакву „слику“ иде могућа употреба дрога или алкохола, али и тешкоће у разрешењу конфликтних ситуација.

Оваква хипотетична личност, на крају, може боловати и од неке хроничне органске болести праћене болом и патњом.

Статистика показује, даље, да повезивање самоубиства и психичких болести представља мит, мада је извесно да извесне подгрупе душевних болесника спадају у категорију личности под високим ризиком самоубиства.

У принципу, друштво не одобрава самодеструкцију. Бројне религије убрајају самоубиство у један од најтежих грехова. Све до најновијих дана у многим цивилизованим друштвима негативан однос друштва према самодеструкцији изражавао се легалним забранама тог чина.

Изузетак чине припадници егзистенцијалне филозофске школе, најбоље исказане тврдњом Алберта Камија, да постоји само једно филозофско питање, а то је питање самоубиства. Алберт Ками пише: „ако се запитам по чему ћу судити да је такво питање прече од неког другог, одговарам по акцијама на које оно обавезује. Никада нисам видео ни једну особу да је умрла због онтолошких доказа. Галилеј, који је заступао значајну научну дисциплину, веома се лако одрекао ње чим му је живот био доведен у опасност. У извесном смислу, он је добро поступио. Наиме, због те истине није вредело да га спале: да ли се Земља окреће око Сунца или Сунце око Земље, то није за њих било тако важно. Напротив, видимо да многи људи умиру зато што сматрају да не вреди живети.

Исто тако, видимо и друге, који се парадоксално убијају због идеја или илузија које представљају смисао њиховог живота (оно што се назива разлогом да се живи је и ванредан разлог да се умре)“. По Камију, дакле, испада да је принципијелна дужност човека да се убије, као једини прави одговор на бесмисленост и апсурд живота.

Научни приступ, наравно, не може да усвоји реторику егзистенцијалиста па тражи одговор на једно, наизглед, једноставно питање: зашто се човек убија? Одговор није прост, јер самоубиство представља загонетку не само у животу већ и у психопатолошкој науци. Чињеница јесте да акт самоубиства „контролише“ велики број варијабли као што су генетичка својства човека, актуелно стање будности његовог ЦНС-а, породична ситуација, психолошки „make up“, начин реаговања личности на

стрес, еколошки фактори, употреба хемијских супстанци. Тврдимо: комбиновањем ових фактора могуће је се приближити разумевању ове појаве као индивидуалног чина, али не и целовитом решењу загонетке.

Социолошке теорије самоубиства баве се односом самоубице и друштва. Према Е. Диркхем-у (1951) постоје три основне врсте самоубиства:

а) алтруистичка где је веза између појединца јака и где друштво одређује правила живота и смрти. Пример су камиказе.

б) егоистичка када су везе између појединца и друштва слабе.

в) аномичка: одражавају ситуацију изненадног прекида везе између јединке и друштва.

Ова врста самоубиства карактеристика је тако зване „аномије“, односно друштвене ситуације у којој влада безнормност, незапосленост и свеопшта економска и морална криза.

Социолошке теорије дају само ограничени увид у генезу самоубиства. Треба имати на уму да је суицид крајње индивидуализиран чин који се не може разматрати само из угла везе појединца и друштва, него и из личног психолошког угла, независног од друштвених околности.

Међу психички оболелим личностима, прво место по учесталости самоубиства припада схизофреним болесницима.

Реч је о групи код које је ризик од самоубиства већи него код депресиваца, што је супротно устаљеном мишљењу. Официјелне статистичке бројке, према Лехману, крећу се у распону од 2 до 3%. Исти аутор, на основу студија Niskanena и Acheta, закључује да се у петогодишњем периоду може очекивати да ће 1 од 33 схизофрених болесника покушати, а 1 од 33 одузети себи живот. Како код највећег броја схизофрених болесника није могуће предвидети самоубилачке намере, превенција суицидиума код ових болесника је изузетно приметна ствар. Неки подаци указују на чињеницу да највећи број ових болесника извршава самоубиство у почетној фази болести, а затим долазе болесници који акт самодеструкције извршавају импулсивно под утицајем суманитих идеја и халуцинација.

Један број ових болесника извршава самоубиство у депресивној фази, а у оквиру схизоафективног поремећаја. На крају, самоубиства младих особа у току служења војног рока или интернатском одвајању од породице, може се приписати иницијалној фази схизофрене болести.

И поред тога што особе које испољавају разне облике депресије у мањој мери извршавају самоубиства у односу на схизофрених болесника, ризик од самодеструкције је код ове групе највећи у целој хетерогеној групи личности које испољавају психичке поремећаје. Како наглашава Кеџмановић (1987) постоји слагање стручњака да су суицидалне идеје и тенденције заједнички именоватељ свих депресивних стања.

Ипак, постоји битна разлика између суицидалности које испољавају знаке ендogene депресије у односу на пацијенте који манифестују неуротични облик депресије.

Док је у првом случају суицидалност, по правилу, повезана са одређеном фазом болести, суицидалност неуротичног депресивца је инструменталног карактера. Таква разлика указује на потребу да се у превенцији ове две групе, такође, направе одређене методолошке разлике. Карактеристична је, на пример, студија Renni-а који је три године пратио понашање 208 манично-депресивних болесника. У овој групи 7 болесника покушало, док је 11 болесника извршило самоубиство.

У стручним круговима је раширено мишљење да особе које намеравају да изврше самоубиство остављају за собом трагове упозорења. У том смислу и речи попут „ја ћу се убити... мислим да не вреди даље живети... живот је бесмислен“ имају такво значење. Други знак упозорења у овом смислу је промена у понашању одређене личности. Таква промена карактерише се повлачењем личности у себе, избегавањем друштва и, уопштено речено, редуковањем општења са блиским и „удаљеним“ особама.

Трећи важан знак упозорења је смањење нагонске активности личности, која се огледа у паду нагона за исхраном и поодању сексуалне активности.

У принципу, сви поступци медијалног или другог карактера који имају за циљ спречавање суицида, свODE се на три групе:

а) превенција самоубиства која свеобухватно укључује поступке спречавања могућег самоубиства неке особе;

б) интервенције у време или између суицидалних аката;

в) поственција која се односи на поступке који спречавају стресне ситуације код особа које су преживеле покушаје самоубиства.

У ширем смислу те речи, превенција, интервенција и посвенција представљају мере сузбијања суицидалног понашања, мере које садрже, сама по себи, бројна етичка, психолошка и филозофска питања. Сложеност проблема открива се једним простим питањем: Ако је суверена воља сваког човека да сам бира између живота и смрти, да ли је свако ограничавање његове воље да умре, акт задирања у његову слободу? Одговор чувеног филозофа Витгестајна је двосмислен: „ако је самоубиство дозвољено – све је дозвољено, ако самоубиство није дозвољено – ништа није дозвољено“.

Медицински радници немају дилеме. Њихово етичко „верују“ окренуто је искључиво животу.

Литература:

1. Coleman P., *Psihologija danas*, 3, 47-49, 1977
2. Hamlin, H., *Life and Death by EEG.*, *Jama*, 190.,112-114, 1964
3. Kami, A., *Mit o Sizifu*, Sarajevo, 1978
4. Kecmanović, D, *Psihijatrija*, Beograd-Zagreb, 1987
5. Meningen, K., *Man against Himself.*, Haront, Brace, Nev York, 1938
6. Milenković, M., *Eutanazija*, Skoplje, 1940
7. Park, R., *Thanatology*, *J.A.M.A*, 58, 1243, 1912
8. Simson, M., *Suicide-the most intimate myrder*, *Psychology Today.*, 3, 11, 27-31, 1977
9. Weisman, A.D., *Thanatology.*, *Com. Textbook of Psychiatry*, Baltimore, 1975

*Никола Н. Иланковић, Душан Петровић,
Андреј Н. Иланковић*

2. СТРАХ ОД СМРТИ И ТАНАТОФОБИЈА

***СТРАСТ РАЂАЊА, ЖРТВОВАЊА,
УМИРАЊА, МУЧЕЊА И УБИЈАЊА
ОБОЖАВАЊЕ МУЧЕНИКА, СМРТИ,
МОШТИЈУ И ВАСКРСЕЊА***

*Смрт јесте велика непознаница, и ма колико
била извесна, у животу просечног човека
размишљање о њој остаје по страни, све до
тренутка суочавања са њом (Бојана Ђурић)*

УВОД

Живот је узбуђење, бол, рађање, радост, плакање, страховање, батргање, умирање....

Страст је водећа снага од зачећа до борбе за први удах и први гутљај мајчиног млека.

Болесна, безживотна страст је зависност од секса, дроге, интернета, коцке, мрцварење и мучења људи, робовање предметима и новцу, сцене масакра у филмовима, монструозне играчке за децу, жртвовање живих због мртвих, ритуално убијање људи и животиња наводно у име вере или због лажних идеала бољи живот.

Смрт за живот – добар пазар, али гадан трговац! Трговац смрћу усмрћује ради живота тамо негде, због некога, једнога дана...

Страст је борба за последњи дах, а ако то не успе, следи неумитност смирења, живот без страсти, неживот, кома или смрт.

Чудна је страст (или искупљење?) најгорих убица из ратова, који после рата здушно граде све што су порушили и ревносно цупкају на коленима своју децу и унуке.

Зар је могуће да је смрт, уништење, услов за препород и васкрс, за нову страст стварања и рађања.?

А где је ту сада тај наводни свеprisутни страх од смрти почевши од обичних смртника, до дилера, макроа, убица и других злочинаца?

Тај страх је углавном само инстинктиван, рефлексан, у ситуацијама непосредне животне опасности, у неизвесностима, у страху од болести, у току болести, у тешким стањима болова, крварења, гушења, у борби за живот, у страху за зивот најближих, поебно деце.

Умирање је прво паника, па агонија, па смирење. Страст живота се гаси, а пали се и незадрживо шири страст бола, љутње и туговања код сродника и пријатења. Парадоксално ова страст је јача и моћнија него страст и радост рађања новог живота.

Да ли би то значило да је нечије умирање, потиснуло страх од смрти код других? Добија се ваљда на времену за живот, док други дође на ред. Не знам како је то код масовне смрти тј. какве су реакције преживелих у тим ситуацијама.

Зашто се деца не плаше за свој живот, ни од смрти, али ни од љубава, ни од страсти

Зато што је за њих живот Божија датост, жива страст, а не роба за трговину, коју они срећом још и не познају.

Децу, пијане и малоумне и Бог чува, па се немају чега бојати (стара народна изрека). Они се тако смрти и не боје. А деца још нису ни згрешила, па се и немају ради чега ни бојати.

ЖИВОТ СЕ НЕУМИТНО ЗАВРШАВА СМРЋУ, А ПРОТИВ СМРТИ СЕ ЈЕДИНО МОЖЕМО БОРИТИ РАЂАЊЕМ НОВОГ ЖИВОТА!

ПСИХОАНАЛИТИЧАРИ О СТРАХУ ОД СМРТИ

Карл Густав Јунг, славни психијатар, доживио је искуство клиничке смрти услед изненадног срчаног удара. Ево како у својој Аутобиографији описује тај доживљај: "Одједном сам се нашао на тако великој висини са које сам сасвим јасно видео земаљску куглу. Пошто ме је прошло прво панично осећање, угледао сам пред собом неку високу сјајну грађевину, сличну нашим храмовима. Што сам јој се више приближавао, све више ме нешто вукло да уђем кроз висока масивна врата. Осећао сам да ћу унутра наићи на многа драга бића из живота и да ће ми унутра одједном постати јасне све тајне живота и смрти. Обузело ме је неко неописиво стање душевног мира и спокојства. Учинило ми се да сам управо решио све проблеме у животу. А онда ме нешто повукло 'натраг', у бивше тело, које сам угледо падајући са висине и у које сам се залетио из све снаге. Изнад себе сам угледао забринуто лице мог лекара... Управо ми је стимулисао замрло срце инјекцијом неког јаког средства од којег сам се вратио - земаљској свести. Чини ми се да ми ово баш није пријало, јер ће проћи три пуне недеље пре но што ћу заборавити предивно осећање и искуство које сам имао у току свог кратког

излета ван тела. Три недеље сам горео од жеље да поново умрем".

Зигмунд Фројд је веровао да људе покрећу два сукобљена централна нагона: нагон за живљењем (Ерос) који се базира на принципу задовољства) и нагон за умирањем односно нагон смрти (Танатос) који поништава живот, али може постати парадоксално и начин преживљавања (привидна смрт, рефлексно умртвљење, кататонија). У неким психопатолошким стањима може постати девијантни вид страсти и задовољства. Нагон смрти се назива Танатос, иако Фројд није користио тај термин. "Танатос" је уведен у овом контексту од стране Паула Федерна.

Значи поред принципа задовољства, Фројд је тврдио да постоје и инстинкт смрти. Његова премиса је да је то регулаторни принцип који је описан као "принцип психичке инерције", "нирвана принцип" или инстинкт „конзервације“ енергије (на пр. као дубоки зимски сан). По Фројду то је принцип који регулише ментални апарат да смањи склоност ка пријему велике количине информација, да смањи напетост на минимални ниво (хибернација, привидна смрт) односно смањи коришћење енергије (као у спавању). Претпоставку да је то механизам адаптације, Фреуд заснива на чињеници да организам у одређеним околностима и ситуацијама, понавља тај механизам хибернације, умртвљења или конзервације, што уначи да тај механизам има адаптациону и еволуциону сврху.

Страх од смрти представља универзални стах који се јавља код сваког човека. Он постоји од првог сусрета са смрћу тј. умирања некога или погребом, како код одраслије деце, тако и код адолесцената и наравно опстаје у одраслом добу. Мала деца се ретко плаше смрти, сем ако су изгубили неког блиског, а одрасли нису дали за то „логично“ објашњење зашто некога тако дуго нема...

Оно што највише плаши старије људе везано за феномен умирања и смрти јесте пуна извесност умирања, замишљања о томе како ће се то догодити, да ли ће проћи кроз тешку болест и имати болове, да ли ће у том тренутку бити сами, да ли ће бити потпуно непокретни, беспомоћни. Тешко им је да се помире са губитком контроле, чињеницом да неће више мислити и осећати, а неки имају застрашујуће представе о телесној декомпозицији или се баве питањима живота после смрти.

Страх од смрти је природна реакција сваке особе у ситуацијама опасности, болести, неизвесности и значајно мења њено свакодневно функционисање и у позитивном смислу као адаптациона реакција, и у негативном као инхибиција (која опет може да буде корисна као привидна смрт при нападу дивље звери).

ТАНАТОФОБИЈА

Шта карактерише танатофобију? Особе које се перзистентно плаше смрти развијају висок интензитет анксиозности некада до нивоа панике када мисле о сопственој или туђој смрти. Тригер је обично смрт односно губитак блиске особе. Анксиозност их прати скоро свакодневно и омета их у обављању животних активности. Избегавају ситуације или информације које за тематику имају болест, умирање и смрт. Избегавају сахране, посете гробљу, болницама како се не би подстакле своје страхове, тако да развијају читав систем контрафобијског понашања.

Анксиозност поводом смрти се може јавити изоловано као у случају танатофобије али може бити део неког другог анксиозног поремећаја као што су здравствена анксиозност или хипохондрија коју карактерише хрнична брига за сопствено здравље и преокупираност представама о различитим болестима, често и неизлечивим (нпр. канцер, аидс), може се јавити и у склопу генерализованог анксиозног поремећаја где поред бриге за себе особа брине и за здравље и животну угроженост блиских особа. Парадоксално страх код хипохондријазе је ретко праћен директним страхом од смрти!?

Ипак, извесно је да је то највећи страх код свих нас. Када аутори желе да додају на тежини и драматичности својих дела, узбудљивости и примаљивости за публику, питање живота и смрти, уpletено у сценарио, увек даје свој пуни допринос.

Хорор филмови не би били толико страшни да се главним актерима прети нечим другим него баш животом. Када се жели нагласити смисао нечега, увек се присуство или одсуство тога доводи у паралелу са животом и смрћу или се презентује као садо-мазохистицки однос, мучење или жртвовање.

Приче о смрти увек изазивају пажњу публике. Начин на који се умире и личност покојника увек се разматра са већим жаром од личности живе особе и начина на који она живи. Лично мислим да је такав стил размишљања наметнут деци и омладини систематски преко медија посебно од аутора са некрофилним и сатанистичким тенденцијама.

Лекари који раде у пракси готово се свакодневно суочавају са страхом од смрти. Она је свеprisутна код пацијената, чланова породице и пријатеља оболелих. Својом близином, смрт намеће размишљање о њој. Страх се том приликом редовно јавља. Прихватање смрти у таквим ситуацијама је реткост.

Ипак, извесно је да је то навећи страх од свих. Када аутори желе да додају на тежини својих дела, узбудљивости и примаљивости за публику, питање живота и смрти, уплетено у остатак беседе, увек даје свој допринос. Хорор филмови не би били толико страшни да се главним актерима прети нечим другим наместо животом. Када се жели нагласити смисао нечега, увек се присуство или одсуство тога доводи у паралелу са животом и смрћу.

Приче о смрти увек изазивају пажњу публике. Начин на који се умире и личност покојног увек се разматра са већим жаром од личности живе особе и начина на који она живи.

Почетком двадесетог века формирана је нова научна дисциплина која се назива танатологија. Она се бави истраживањем и анализом свих чињеница и информација прикупљених из медицине, биологије, психијатрије, психологије, психоанализе, социологије, али и антропологије, историје, религије, филозофије и уметности везаних за смрт. Једном речју – научна дисциплина која се бави смрћу.

Да ли је ова свеprisутна заинтересованост за смрт последица покушаја људи да се са страхом од смрти суоче кроз стално упијање информација о њој? Да ли је то покушај избегавања да се суоче са сопственом коначношћу и извесним крајем свог постојања? Или је то прећутни споразум људи да се кроз стално суочавање са сликама смрти, без много питања, одговора и анализа, на неки начин имунизирају на појам односно појаву смрти и навикну на њено присуство, што би рационално било готово немогуће.

Лекари који раде у пракси готово се свакодневно суочавају са страхом од смрти. Она је свеprisутна код пацијената, чланова породице и пријатеља оболелих. Својом близином, смрт намеће размишљање о њој. Страх се том приликом редовно јавља. Прихватање смрти у таквим ситуацијама је реткост.

За људе који нису имали контакта са особама са психолошким проблемима увек је изненађујућа чињеница да је код њих страх од смрти обавезан пратилац осталих проблема. Психијатријски болесници свакодневно се суочавају са овим страхом, услед високог степена анксиозности или депресивности. Многи који припадају категорији психички здравих људи бар једном у животу сусрели су се са овим страхом на исти такав ирационалан начин – начин који онемогућава дистанцирање од њега и који ствара осећање преплављаности, збуњености и беспомоћности.

Страх од смрти и психијатријски поремећаји

Већ је речено да се страх од смрти јавља редовно код људи који имају психопатолошке проблеме. Он је пратећи симптом готово свих поремећаја. Мишљења о томе да ли је неуспешно савладавање страха од смрти узрок или последица психолошких поремећаја и даље су подељена.

Страх од смрти најчешће се јавља код особа које имају хипохондрију. Хипохондрија је болест коју одликују периоди у којима се активирају страхови везани за лично здравље особе. Они опсесивно траже знаке неправилности на и у свом организму, које тумаче постојањем неизлечивих болести. Уз то код њих се јавља преплављујући страх од блиске смрти, који и јесте основни симптом хипохондрије.

За саму особу која има хипохондрију немогуће је да разлучи да ли су њени страхови основани или не. Ту долази до губитка контакта са реалношћу и преплављујући страх од смрти постаје доминантно осећање које контреолише све поступке особе.

Поред тога, страх од смрти се јавља редовно и и код паничних поремећаја, посебно оних везаних за агорафобију. За њих је карактеристично да се код особе у одређеним ситуацијама (на пример, када се нађу на великом, отвореном простору) изненада јави страх од смрти. Најчешће долазе на идеју да би се могле угушити, имати инфаркт или možдано крварење (шлог). Један од све чешће навођених узорка страха, према неким наводима, је могућност терористичког напада који би их на месту усмртио. Страх од смрти је овде такође редован и, као и код хипохондрије, тешко је разлучити да ли је он узрок или последица проблема који ови људи имају. **Изражен страх од смрти се јавља и код особа које имају опсесивно'-компулсивне поремећаје, али и депресију, понекад парадоксално упркос постојећим суицидалним фантазијама. Са јасном одлуком за извршење суицид, страх од смрти практично нестаје, а некада перзистира као патолошка страст самоубијања, освете или кажњавања најближих.**

Иако практично најраспрострањенији феномен међу психијатријским клијентима, страх од смрти никако не треба посматрати као поуздани знак патологије.

Његова повезаност са овако широким дијапазоном поремећаја сведочи о томе колика је његова присутност међу људима, као и о томе колико је присутна склоност његовом потискивању. Зато је он једна од оних ствари које прве “испливају” на површину када се особа нађе у стању психичке лабилности.

Страх од смрти еволуира кроз године старости

Током раног детињства деца немају јасну представу о смрти. Коначан крај живота је нешто што интелектуано они тешко могу да схвате. Ипак, неки несвесни страх од уништења, према већини аутора, постоји. Детињство се одувек прихватао као битан период у развоју капацитета особе да се касније суочи са развојним задацима. Суочавање са појмом смрти за дете постаје могуће око десете године, када интелектуално достиже ниво на коме може схватити појам коначности живота. До тада, страхови се испољавају кроз фобије, понекад и панику, али увек везану за конкретну ситуацију, коју је, из очију детета, немогуће повезати са смрћу.

У адолесценцији постоје велике разлике међу младима када је у питању поглед на смрт. Код неких је изражено присутан страх – најчешће код оних који су имали трауматска искуства или смрти у породици, док се код других, потпуно супротно томе, развија потпуна безбрижност и несвестан, ирационалан став да се њима ништа не може догодити.

Након тога, у зрелом добу, код већине људи постоји чудновато одсуство свесности о смрти и страху од ње. Она испливава само у ситуацијама психичке лабилности, након периода интензивне неизвесности, или узнемирености.

У добу старости, страх од смрти се јавља у склопу бројних других тешкоћа које долазе – од здравствених до суочавања са смрћу блиских људи, пријатеља и рођака из исте генерације.

ХИПОХОНДРИЈА КАО СТРАХ ЗА СОПСТВЕНО ТЕЛО

Према [Артуру Барску](#), хипохондри не лажу да би задобили пажњу – они заиста осећају сав стрес о коме говоре. Њима није јасно да и здрави људи могу имати симптоме – хипохондри сматрају да је здравље исто што и идеално стање где нема никаквих телесних сензација, а ако их има, они се одмах интерпретирају као показатељ неизлечиве болести или неизбежне смрти. Хипохондри такође сматрају да су под већим ризиком да оболе него општа популација. Оно што је интересантно је да не мисле да су подложнији другим врстама невоља, то јест онима којима је узрок спољашњи. Хипохондар мисли да је под већим ризиком да оболи од карцинома али не и да је под ризиком да буде жртва природне катастрофе. Анксиозност коју он осећа је специфична у том смислу да је претња унутрашња и долази из тела, а не од споља.

Стога, обраћа много више пажње на телесне сензације, осетљивији је на њих него на подражаје из окружења. Рецимо, хипохондре узрујавају чак и уједи инсеката, једноставно су преосетљиви на подражаје из сопственог тела. Барску наводи да баш као што неки људи имају оштрији вид или слух тако су хипохондри осетљивији на стимулусе из тела и опажају болове или промене које други људи не би ни приметили. Нису у стању да искључе оно што би већина људи сматрала тзв. “позадинском буком“. Стога хипохондри тумаче телесне симптоме као знак да губе контролу над својим телом, што их онда доводи до претпоставке да ће их тело потпуно издати и да ће наступити немоћ, смрт или хоспитализација.

Овај страх од телесних сензација карактеристичан је и за пацијенте са дијагнозом паничног поремећаја. Међутим, док се пацијенти који болују од паничног поремећаја боје смрти која “вреба иза ћошка“ и која наступа одмах (на пример, страх од срчаног напада), хипохондри страхују од смрти која ће наступити у будућности, али неспецификовано. И док су паничари у току напада готово сигурни да ће умрети, хипохондрима многе ствари око болести и нису јасне, а нису ни сигурни да су заиста оболели. Зато стално траже да их околина и доктори увере како нису болесни, али су ова уверавања безуспешна. По Старчевићу, ово је повезано са потребном да хипохондри контролишу своју околину, па се често и јавља код појединаца који имају опсесивне црте личности.

Ароновитз наводи рекламу из New York Times-а: „Који су први знаци да имате рак дебелог црева? Здрави сте, осећате се сјајно, имате добар апетит, стари сте само педесет година“.

Стога би и третман требало да се заснива на покушајима да се промени перцепција тела као нечег претећег; перцепција здравља као нечега што уопште не зависи од појединца и као нечега што је савршено стање. Потребно је схватити да тело само по себи није извор претње па као такве не тумачити ни његове сигнале. Како наводи Барску, код пацијената је потребно пре свега променити уверење да је здравље неспојиво са постојањем било каквих физичких симптома и телесних сензација.

Прихватање смрти као природног дела животног циклуса важно је за оболеле од хипохондријазе – баш као што је важно за све људе. По Старчевићу, терапеути би требало да буду веома истрајни у показивању пацијентима колико је њихов страх од смрти не само ирационалан, него и колико им одузима могућности за уживање у животу. И ако не отклоне овај страх, буквално испада да немају чега ни да се плаше – смрћу немају много шта да изгубе, с обзиром на то да им је живот пун патње и муке од свакодневног страха. Овај начин размишљања показује пацијентима да је живот у страху од смрти гори и од саме смрти. Парадоксална интервенција садржана је у Сенекиној изреци *“нећеш умрети зато што си болестан, него зато што си жив”*.

СМРТ КАО СИМБОЛ ПРЕОБРАЖАЈА

Смрт као симбол трансформације представља, пре свега, невербалну поруку о крају неког циклуса, система, обрасца, те наговештава промену, рађање новог и посве непознатог, онога што је ван матрица и структура постојећег, предвидљивог и очекиваног. (М. Васић)

Историчар **Philippe Aries**, у свом капиталном делу „Есеји о историји смрти на Западу“, износи опаску о хронолошком континуитету трансформације односа према смрти:

„У дугом временском периоду кроз који смо ‘пролетели’, од раног средњег века, ставови према смрти су се мењали, али тако споро да савременици нису били тога свесни. Од пре четврт века, отприлике, присуствујемо наглој, револуционарној промени идеја и традиционалних осећања; смрт је била тако брутална да јер шокирала изучаваоце друштва. Феномен је до тада био непознат у стварном животу: смрт раније свеprisутна, повући ће се и нестати. Ње се стиди и постаје предмет забране.“

Aries у даљем тексту обсервира рецентни доинантно инхибиторни однос према смрти:

Могло би се чак поверовати (...) да потискивање туге, забрана јавног испољавања осећања и обавеза да се тугује сам и у тајности, проузрокују трауматизам који проузрокује смрт вољеног бића.

У породици где је осећање вредновано, где преурађена смрт постаје крајње ретка (изузев у случају саобраћајне несрећа), смрт блиске особе се још увек дубоко проживљава, као у доба романтизма. (...) Али човек више нема права да то гласно каже. Целина феномена које смо управо анализирали није ништа друго до установљавање забране: оно што је некада било препоручљиво сада је забрањено. Енглеском социологу Г. Гореру припада заслуга што је први открио овај неписани закон наше индустријске цивилизације. Он је добро показао како је смрт постала табу и како је, у XX веку, заменила секс као главни предмет забране. Некада се деци говорило да су рођена у купусу, али су она присуствовала великим опроштајним сценама крај узглавља самртника. Данас су она од малих ногу упућена у психологију љубави, али кад не виде више свог деду и зачуде се томе, кажу има да се одмара у лепом врту међу цвећем: ‘ (‘Порнографија смрти’) наслов је једног чланка који је Горер објавио 1955. године. Што се више друштво ослобађало викторијанских забрана у сексу, то је више одбацивало ствари везане за смрт. (...) Одмах се може открити и непосредна узрочност: то је потреба за срећом, морални задатак и друштвена обавеза да се допринесе колективној срећи и која искључује сваки разлог за тугу и нелагодност; потреба која захтева да се стално задржи срећан изглед, чак и кад се човек налази у крајњем очајању. Показујући неке знаке туге, човек грешни против среће, доводи је у питање, а друштво на тај начин ризикује да изгуби смисао постојања.“

Међутим, смрт заправо има и симболички значај трансформације и трансфигурације, од појединачне психе до свеопште парадигме.

Смрт је, изражено кроз многобројне спиритуалне традиције, архетипски посредник између свршетка актуелног (а превазиђеног) структурног модела стварности, и освита потенцијално наступајућег, новог модела, који тек треба да се (извесно) реализује у будућности.

Оно што је потиснуто на свесном нивоу, увек се испољава на нивоу личног и колективно несвесног, те се смрт испољава кроз феномен некрофилије, у ширем смислу схваћеном – онако како га је елаборирао знаменити психолог Erich Fromm. Бруталност савремених ратова нетремице се прати преко масовних медија, сателитске телевизије и интернета, док се дискретно прикривање огољеног лица смрти (саблажњавајуће емануланог кроз већ заборављене, али едукативне узнемиравајуће репортаже из вијетнамског рата) представља кроз сцене налик видео-игрицама на РС-у. Ипак, тренд прикривања се, законом енантиодромије, претвара у своју супротност: отуда интернетом круже снимци смакнућа вешањем једног од свргнутих лидера трећег света или пак бестијаног развлачења посмртних остатака другог ех-диктатора по врелом пустињском песку. Кроз свеопште формално згражавање над овим призорима провејава потпразни магнетизам истих: милиони људи их гледају изнова и изнова (М. Васић)

Алтернативни вид некрофилије, примамљив а нечитљив на први поглед, изражава се кроз љубав према мртвим предметима технолошко-козметичко-модни брандови,, оживљени“активирањем архетипова колективно несвесног, које циљани појединци у њих пројектују, постају предмет фасцинације, обожавања и последичне овисности.

Цитирајмо сада **Ericha Fromma** који се некрофилијом, на начин различит од клинички дефинисаног појма, бави у својој ултимативној студији „Анатомија људске деструктивности“:

„Други облик некрофилије јавља се без икакве повезаности са сексом, у дјелима чисте страсти за деструкцијом. Тај порив за разарањем често је видљив већ у дјетињству. Вон Хентиг пише да је циљ некрофилне деструктивности страст за ‘кидањем живих структура’. Та жеља за кидањем онога што је живо се креће од чупања биљака, кидања ногу инсектима и крила птицама, до чежње за комадањем тјелеса. (...)некрофилне убојице, различите од свих осталих, чији мотив је побједа, љубомора или освета. Стварни циљ некрофилних убојица није смрт жртве – што је, наравно, неопходни увјет – већ чин комадања.“

Fromm потом у истом делу цитира шпанског филозофа *Miguela de Unamuno*, чија је мисао била на тргу фромовске поставке појма некрофилије. Де Умамуно, реплицирајући генералу Милану Астрауу (аутору кованице „Живела смрт!“) у освиту шпанског грађанског рата, указује на трансформацију личне некрофилне структуре идеолошког лидера у политику злочина и девастације:

„Управо сам чуо некрофилни и бесмислени повик: ‘Живјела смрт!’ А ја, који сам провео читав живот уобличавајући парадоксе (...) морам вам рећи (...) да ми је тај неземаљски парадокс одвратан. Допустите ми да тако кажем без икаквог омаловажавајућег тона. Он (Астрау – оп. М.В.) је ратни инвалид. То је био и Сервантес. На жалост, управо сада у Шпањолској има далеко превише богаља. А ускоро ће их бити још и више, ако нам Бог не дође у помоћ. Мука ми је кад помислим да би генерал Милан Астрау трбао диктирати модел психологије маса. Богаљ који нема величине духа једног Сервантеса обично тражи олакшање у томе да око себе види осакаћене.“

Fromm надаље прецизно дефинише некрофилију:

„Некрофилија у карактеролошком смислу може се описати као страсна склоност према свему што је мртво, гњило, труло, нездраво; то је страст за претварањем живог у неживо; за деструкцијом ради деструкције; то је искључив интерес за све што је механичко.“

У даљем тексту, Фромм указује на некрофилни карактер конзумеризма кроз примере љубави према мртвим објектима потрошачке жудње те фасцинације продуктима индустрије и технике.

Најзад, како Fromm потом учи у „Анатомији људске деструктивности“, као последица масовне хипнотичке некрофилне парадигме, људи некрофилног карактера и сами постају машине, аутомати фасцинирани мртвим предметима.

Објектима некрофилије бивају примамљиви, атрактивни, брендирани неживи предмети који су сублимација органских лешева. Сам живот нестаје у свеопштој безличној механичкој репетитивности која је сама себи сврха у царству артефицијелног симулакрума:

„Тај нови тип човека, на концу конца, није заинтересован за фекалије и лешеве. Он се, заправо, толико боји лешева да му се лешеве привиђају живљима него живе особе. (Изгледа да то није стварање реакције, већ заправо дио цјелокупне оријентације која негира природу, не од-човјека-начињену стварност). Али он чини нешто много драстичније. Он одвраћа свој интерес од живота, особа, природе, идеја – укратко од свега што је живо; он сав живот претвара у ствари, укључујући себе и манифестацију својих људских способности ума, виђења, слушања, кушања, вољења. Сексуалност постаје техничка вјештина (водјење љубави, ‘љубавна машина’); осјећаји су отупљени и понекад замењени сентименталношћу; радост, израз интензивне животности, замењена је ‘забавом’ или ‘узбуђењем’; и ако има неку љубав или нежност, она је управљена према машинама и справама. Свијет постаје сума беживотних артефаката; од синтетичке хране до синтетичких органа, цијели човјек постаје дио тоталне машинерије којом он управља, али којом је истовремено управљан. Он нема плана, нема сврхе у животу до извршавања оног што му логика технике одређује. Он тежи да направи робота као једно од највећих достигнућа свог техничког ума; неки нас специјалисти увјеравају да ће се робот једва разликовати од живих људи.

То достигнуће неће изгледати толико запањујуће – човјека је ионако већ тешко разликовати од робота. Свијет живота постао је свијет ‘неживота’; особе су постале ‘неособе’, свијет смрти. Смрт се више не изражава неугодно-миришућим фекалијама или лешевима. Њени симболи су чисте, бљештаве машине. Људе више не привлаче смрадни заходи, већ структуре алуминија и стакла. Али, стварност иза те раскужене фасаде постаје све видљивија. Човијек, у име напретка, трансформира свијет у смрадну и затровано мјесто (и то није симболично). Он загађује зрак, воду, земљу, животиње – и себе.“

Знаменити амерички списатељ **Bret Easton Ellis** у свом капиталном роману „Амерички психо“, прагматично имплементира Frommову поставку некрофилног карактера. Ово непревазиђено ремек-дело би се могло сматрати ултимативно парадигматичним за опис доба у коме живомо, и, иако написано још 80-их година XX века, не само да није изгубило на актуелности, већ данас одражава хиперреалистичку слику свакодневице, пре неголи пуку креацију артистичке имагинације. Послужићемо се веома детаљним Ellisовим описима, који, с једне стране, представљају живу романескну верзију Frommових теоретских постулата, а, с друге стране, изузетно питорескно креирају данашњу, свима блиску слику стварности.

Главни јунак Ellisовог романа је прави некрофилни карактер. Он је опседнут мртвим брендираним предметима, истовремено бивајући преплављен фантазијама екстремног насиља, које имагинарно спроводи

над својим жртвама, при чему се изопачене сексуалне фантазмагорије сусрећу са „креативном“ бруталношћу највишег степена.

Његова психа доживљава инфлацију тескобних, алијенираних симбола смрти и деструкције, а између себе и реалног света људских бића је направио непробојни бедем – олтар конзументске „религије“, састављен од неживог играка брэндова потрошачког есхатона.

Међутим, као наличје „фриендлу“ лица некрофилне опседнутости беживотним конзументским окидачима фантазмагоричних сањарења стоји тескобна, суморна параноидна инвазија опскурних снова, који се доцније мешају са визијама бруталне деструкције. Очигледно је да су у питању два аспекта истог феномена, еманиције беживотног психичког унутарњег света лишеног последњих трагова хуманости:

„Мирис крви проналази свој пут до мојих снова, а они су углавном ужасни: о неком прекоокеанском броду који гори, о ерупцији вулкана на Хавајима, о насилној смрти већине трговаца код ‘Саломона’, о Џејмсу Робинсону који ме некако злоставља, о томе како сам се поново нашао у школи па на Харварду, о мртвима који ходају међу живима. Снови су ми као неисцрпна филмска трака саобраћајних удеса и катастрофа, електричних столица и језивих самоубистава, гејзира крви и масакрираних лутака са насловних страна, летећих тањира, мермерних жакузија, ружичастог бибера.“

Смрт као симбол трансформације представља, пре свега, невербалну поруку о крају неког циклуса, система, обрасца, те наговештава промену, рађање новог и посве непознатог, онога што је ван матрица и структура постојећег, предвидљивог и очекиваног.

К. Г. Јунг, знаменити швајцарски психолог и истраживач традицијских образаца бавио се испољавањем смрти у свом делу „Психологија и алхемија“. Он даје мноштво примера из различитих исходишта који реферирају на тему:

„Арсилеус прича о својој пустоловини код ‘морскога краља’ у којег царству ништа не успијева и ништа се не расплођује. (...) То што је краљ ‘еханимис’, то јест мртав, или његова земља неплодна, значи да је скровито стање притајености и могућности. Тмина и морска дубина неће значити ништа друго већ несвјесно стање садржаја који је пројигиран невидљив. Ако такав садржај припада цјелини особности и ако се пројекцијом само привидно издвоји из цјелине, између свијести и пројигирана садржаја увијек долази до привлачења. То се већином очитује у облику очарања. (...) Ариселус и његова потрага упуштају се у потхват који прво завршава смрћу Тхабритуусовом. Та је смрт казнени посљедак родоскрвнога ‘цоинцидентио оппоситорум’. (...) Те многоструко варирају као сухо-влажно, вруће-хладно, мушко-женско, Сунце-Мјесец, (...), вода-огањ, тјелесно-духовно итд. ‘Региус-филиус’ подмлађени је облик оца-краља. Младић се радо приказује с мачем и означаје дух, док отац означаје тијело.

У једноме (...) приказу прождире га отац, или се Сунце утапа у Меркуру, или га прогутају лавови. Тхабритуус је мушко, духовно начело свјетла и логоса, које (...) пропада у загрљају нарави [природе-прев. М. В.] (пхусис). Смрт је, дакле, извршени силазак духа у твар.“

Даље, у истом делу, Јунг описује:

„Силаском у несвијесно, свијест долази у погибелјан положај; јер чини се као да је угасила саму себе. То је положај исконског јунака којег прождире змај. Будући да је посриједи умањивање или гашење свијести, и будући да је такав (...) ‘перил оф тхе соул’ [опасност по душу-прев. М. В.] пред којим исконски човјек ћути највећи страх (наиме страх пред духовима), намјерно или чак објесно изазивање тога стања светогрђе је, или кршење табуа (...) У складу с тим, краљ затвара Арилеуса и његове пратитеље. (...) Јунаци су, дакле, заточени у подземљу, и то на дну мора гдје изложени свим могућим страхотама морају у силној жези истрајати осамдесет дана. Њих је дакле свладало несвјесно и њему су предани на милост и немилост; то не значи ништа друго већ да су се они својом вољом изручили смрти, како би створили плодан живот у ономе подручју душе које је дотад лежало у тамној несвјесности и у сјени смрти [подвукао М. В.] (...) Сврха силаска у јуначкоме је миту посве опћенито означена тиме што се у ономе окружју погибелји (водена дубина, спиља, шума, оток, замак итд.) може наћи ‘тешко доступна драгоценост’ (благо, дјевица, животни напитака, свладавање смрти)“

Јунгов следећи опис суочавања са дубинама несвесних садржаја, тј. скривених појединачних и друштвених потенцијала који стоје у непознатљивој новој идеји (која стоји иза симбола смрти), прецизно објашњава феномен савремене некрофилије:

„Онај зazor и оно опирање које сваки нараван човјек осећа при одвећ дубоку понирању у сама себе, у ствари је страх пред путовањем у Хад. Не би било тако лоше када би се осјећао само отпор. У збиљи произлази из душевне позадине, из онога тамног непознатог простора очаравајућа привлачност која пријети постати већом што се даље продире.“

У следећим страницама „Психологије и алхемије“ Јунг назначује телеолошку позадину симболике смрти, као позива на разрешење ситуације у којој је когнитивна парадигма појединца/заједнице запала у ћорсокак. У дубинама Хада (непознатих, непримећених потенцијала), илуминирана свест осветљава нови модел – долази до препорода, право ниоткуда, из опскурних пејсажа оностраног:

„Докле год се не појави свијест, опреке несвјеснога остају скривене. Свијест их покреће, а пхусис гута оног ‘Региус-филиус’, дух, логос или ноис; то јест, тијело и његови органски представници надјачавају свијест. У јуначкоме миту то је стање познато као стање прогутаности у утроби кита (змаја): унутра влада већином таква врућина да јунаку испада коса, наиме он се поново рађа ћелав као новорођенче. Та врућина је ‘игнис гехенналис’, пакао у

који је сишао и Крист, како би, као дио својих ‘опера’, свладао смрт.“

И даље, на истим страницама:

„Риплаеус сматра како би огањ требало извући из каоса и учинити га видљивим. Тај је огањ Дух Свети, који сједињује оца и сина. Он се често приказује као крилати старац, као Меркур у лику бога објаве, који је истовјетан с Хермом Трисмегистом, а с краљем и краљевићем твори алкемистичко тројство. Тај огањ Бог је створио у земљи, исто као и чистилиште у паклу. У томе огњу сам Бог се жари у божанској љубави.

.....На крају, долазимо до есенцијалног значења рецентно експандираног феномена некрофилије. Привлачност смрти као симбола има смислено исходиште, а то је (глобално и појединачно) посве неосвешћени наговештај о томе да је зло само привид, јер, на спиритуалном нивоу, смрт и силазак у пакао представљају ништа друго до пургативни процес. Тај процес чишћења, ма колико болан и застрашујућ био, представља механизам космичке регулације.

Огањ илуминиране спознаје, (која болно сагледава праву природу лажне светлости као онога што јесте, тј. као тмину) сагорева „Мауу“ у којој се налази људски род. На тај начин се уклања вео илузије којим јереални универзум скривен од наше свести.

Управо тај вео илузије, наметнути, а посве дисфункционални поглед на свет,,„програмира“ човека да истрајава на превазиђеним нехуманим структурама на којима се базира данашњи истрошени цивилизацијски модел.

Смрт је, дакле, само симбол нестанка једне опсене, а пробуђена свест, која тек чека да се роди, биће покретач новог креативног замаха, о коме се данас, у сумраку истрошених идеолошких симулакрума, још ништа не може ни наслутити. (Миша Васић).

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

ИЗНАД ГРЕХА И СМРТИ

„ Не треба се бојати толико греха, колико власти греха. Кад је човек сав представљен својим грехом, сав идентификован са својим грехом, онда је он под влашћу греха. Човек мора грешити, но не мора бити под влашћу греха. Човек не сме опростити себи грех да би му Бог опростио. И не сме у греху оставити себе неосуђена, да га Бог не би осудио. Јер ко себи прашта, томе Бог неће опростити. И ко себи неће да буде страшни судија, имаће Бога за страшног судију. Бог не прашта никад ономе, ко је самом себи опростио. Бог прашта само ономе, ко је самог себе осудио. Божија милост иде једино покајнику у сусрет. Ко је према себи милостив, према томе је Бог праведан; а ко је према себи праведан, према томе је Бог милостив.

Нема греха, који се може опростити без осуде, било осуде од стране човека, било од стране Бога. Такво је устројство васионе, да сваки грех мора навући страдање и изазвати осуду. Иначе се грех не би разликовао од безгрешности. Кад би се један једини грех могао потпуно опростити, без страдања и осуде, ма с које стране, закони природни били би погажени, и свет би се сурвао у хаос. Као ликтор Божије милости увек иде напред Божија правда — која значи неумитни закон — и просеца оној пут.

Није зло кад човек греши и стоји изнад свога греха; зло је кад човек толико утоне у грех, да грех стане изнад њега. Кад орао падне само ногама у смолу, увек још може размахнути крилима и дићи се у висину; али кад орао толико утоне у смолу, да му смола залије и укочи крила, онда за њега нема више спаса.

Изнад греха може се дићи само онај, ко стоји изнад смрти. Што год се неко више страши смрти, мање се страши греха. Што год се неко мање страши смрти, више се страши греха. Највећи страх од смрти, — најмањи страх од греха; најмањи страх од смрти, — највећи страх од греха.

Страх од смрти уноси мрак и горчину у живот. Људи би били као богови, кад се не би смрти страшили. Имали би моћ и љубав, сличну божанској. Овако су малени, јер страх од смрти чини их маленим. И ништа у свету не чини човека тако ништавно маленим као страх од смрти.

Један отац цркве вели: „Као што је грех храна смрти, тако је праведност уништење и ишчезнуће смрти“ (Ј. Златоуст, Беседа III). Искуство учи, међутим, да је обратно правилније рећи, — да је смрт храна греху, и уништење и ишчезнуће праведности.

Главна је: Грех и смрт се узајамно подржавају.

А за људе главно је: Издићи се изнад греха и смрти. Бојати се греха и не бојати се смрти. То је највише јунаштво и најспасоноснија догма. То, само то, разгони мрак и ублажава горчину живота људског.

На висину, дакле!

Цела историја човечанства имала је за циљ борбу са грехом и смрћу. Но оно што је било на почетку, не мора бити на крају. Је ли на почетку човек стајао испод греха и смрти, треба на крају да стоји изнад греха и смрти. Да се тако високо дигне човек, — то је крајњи циљ целокупне историјске драме, у којој и ми учествујемо.

Изнад греха и смрти може се дићи само онај, ко на тој висини налази Бога. Онај, за кога су висине празан простор, има страх и да се диже у празнину. Јер празнина је празнина, а грех и смрт су ипак извесна садржина. Кад је Бог за човека магнет, лако му је се дићи изнад греха и смрти. Кад се човек приближи Богу, удаљи се од греха и смрти.

На висину! Јер на висини станује светлост и ваздух; треба храбрости и снаге, па се дићи до њиховог стана.

У долини је мрак и плесан. Пуна је низина песимиста. Увек је мемљива низина: кад је не натапа киша и роса, натапају је сузе, које се не суше. На висини су и сузе светле, јер на висини се у свакој сузи купа сунчев зрак, због чега сузе на смех лице. На Олимпу увек седе само богови, бесмртни и радосни. У долини живе смртни и безбожни. Непријатељи богова увек су под Олимпом, и увек песимисти. Сви су људи мали храмови Бога. Песимисти су мртвачке капеле.

Кроз борбу личну, и националну, и расну, и природну, ми се дижемо изнад греха и смрти. Свака од тих борби за нас је само један тунел ка светлости. Људи зидају веома лепе, веома постојане тунеле, но зидају их не да живе у њима него само да прођу кроз њих. Сви облици борбе у свету имају за нас једино значај тунела. Ми се не смемо ни под једним тунелом дуго задржати. Наш је циљ увек даље, и увек више. Ми јуримо кроз таму и полутаму ка крајњем циљу, крајњој светлости; јуримо и молимо се: От ношчи Утрењујет дух наш к тебје, Боже! (Јутарња молитва, III).

Ти си, Боже, наша светлост иза свих тунела!

Ти си мета наше журбе и крајњи циљ наших тежња!

Ти си изнад греха и смрти, на висини, на којој и ми желимо, у заједници с Тобом, живети!“

(Владика Николај Велимировић)

САМО НОВ ЖИВОТ ОДНОСНО ПОЈАЧАНО РАЂАЊЕ ДЕЦЕ, НОВИХ БИЂА ЧИСТЕ ДУШЕ, МОЖЕ САВЛАДАТИ СМРТ И НЕКРОФИЛНУ ЦИВИВИЛИЗИЈАЦИЈУ КОЈА ЈЕ У ПУНОМ ЗАМАХУ! Срећом та некрофилна деструкције је присутна само у малом делу тз. цивилизованог света који живи у виртуелној стварности и псеудокомуникацији, а највећи део човечанства ипак и даље живи „примитивно“ у природним условима, поштујући живот, природне законе, стварне људске вредности и традиционалне обичаје. (Иланковић Н, 2015).

Литература:

- Јунг К.Г. Одабрана дела 1-5- Издавач Матица српска, Нови Сад 1978.
Фројд З. Сабрана дела. Издавач Матица српска, Нови Сад 1978.
Васић М. <http://www.scribd.com/doc/258387377/Misa-Vasic-O-Zakonu-Enantiodromije-Ruski-Kosmizam-Izmedju-Utopije-i-Evolucije-22#scribd>
Ђурић Б. http://www.danas.rs/dodaci/psihologija/strah_od_smrti.62.html?news_id=184996
Николај Велимировић. Изнад греха и смрти.
https://www.kupindo.com/Hriscanstvo/15978085_Iznad-greha-i-smrti-Nikolaj-Velimirovic
Јеротић В. Страх од смрти некад и сад. <https://www.youtube.com/watch?v=-E1sZ7IqKes>
Старчевић В. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 227-237.
Ароновитз Р. (2010). Decision making and fear in the midst of life. *The Lancet*, 375(9724), 1430-1431.
Фромм Е. Анатомија људске деструктивности. Издавач Напријед, Загреб, 1989.
Starčević, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(3), 227-237.
Aronovitz, R. (2010). Decision making and fear in the midst of life. *The Lancet*, 375(9724), 1430-1431.
Ј.К.Г. Јунг Сабрана дела
З. Фројд Сабрана дела
Е. Фромм Анатомија људске деструктивности
Н. Велимировић

Јован Н. Стриковић

3. ЕРОТИКА ТАНТОСА

*Када би Дарвин видео у
животу оне што је
видео Достојевски, он
не би говорио о закону
самоодржања него о
закону самоуништења!*

Л. ШЕСТОВ

Ако су до сада само појединци имали „право“ или били у могућности да себи или другоме ускрате право на живот и да, при томе, ипак, пролазе кроз различите „перипетије“, сада се суочавамо са стварношћу у којој је могуће колективно самоуништење. Овог пута егзекутор не би имао коме да одговара. Дакле, човечанство је стигло до могућег краја и до констатације да је живот постао сувишан. Смрт и феномен коначности, бар ове физичке, мучио је мислиоце различитих опредељења.

Отац психоанализе, Фројд, био је просто заокупљен размишљањем о срти; то је било врло препознатљиво и уочљиво. Нећемо се овде упуштати у компликоване и за многе недовољно аргументоване спекулације психоаналитичког тумачења ових појава, него ћемо констатовати као аксиоме, њихово присуство.

Ако је званичан став науке такав да, поред осталих нагона, човеком господаре и два кључна: нагон за животом и нагон за смрћу, поставља се питање зашто доводимо у сумњу то што је официјелно прихваћено и што егзистира као једино могуће? Али ми се не миримо са оним што нам изгледа противречно. Из сопствених размишљања која следе и размишљања која су раније артикулисана, озбиљно доводимо у сумњу исправност ових теорија. Наравно, почећемо са Фројдом, који је и сам противречан. Тој његовој недоследности не треба птидавати већи грех него што га има, јер се он први од научника, одважио и ухватио у коштац са питањима која ће бити предмет размишљања докле траје ова планета. Ова мисао је сада посебно актуелна због тога што континуирани живот може постати коначан, и то не непредвидивом природном силом, већ вољом појединца или групе, мање или веће, сасвим је свеједно.

Свако има право на „своју смрт“, што ће рећи да свако има неутуђиво право да себи ускрати живот, да га одбаци, али нема право да то уради другоме. На то се не може утицати и ова књига нема такву амбицију.

Фројд је писао да се циљ живота открива у смрти и да организам жели да умре „на свој сопствени начин“, из „унутрашњих разлога“, како је то већ речено. У прилог нашој хипотези иде, такође, и оно Ничеово, да човек из љубави за животом треба да жели смрт, слободну, свесну, без случаја, без клопке. И он се својом интелектуалном потенцијом залаже за самоубиство, али у право време. Наравно, ово *право* време је кључни проблем у нашем размишљању: нису ли сва времена права када је самоубиство у питању и да ли се и једно време може означити као право?

Очекивало би се да принцип задовољства представља, бар на први поглед, кључни постулат човекове егзистенције. И то суштину смисленог бивствовања. Али да ли је баш тако? Не наводи ли нас принцип здовољства на најразличитије гадости и није ли принцип задовољства, у основи, и сам деструктиван? Његова су општа места: неувиђавност, некритичност, некоректност, аморализам, себичност.

Набрајању нема краја. А оно што се назива „принудом понављања“, у ствари је есенција есенције или есенција егзистенције. Принуда понављања била би, рецимо реализовање сексуалног нагона или нагона за исхраном. Јеретичко размишљање! Преко два значајна, а при том и прозаична инстикта у остваривању присиле понављања, човек остварује задовољство. Један је сексуални а други је нагон за исхраном. И у једном и у другом нагону не ради се о простом, стереотипном понављању, јер увек у понављању и једног и другог очекује се нешто ново. То ново, ваљда, и подстиче на активност због задовољења телесних потреба. Изкључиво и задовољавајући телесне нагоне, задовољава се и део менталних потреба или неопходности.

Отуда ова народна да се, поред осталог, мисли и стомаком. Несрећа је само у томе што је та „идеологија“ постала доминантна и преовлађујућа. Трагедија је, свакако, и у томе што се понајчешће запоставља простор у коме обитава ирационално као *terra incognita*. Ово не само да је био простор непознатог већ и непожељног, да не кажемо и забрањеног. све је било затворено у привиде рационалног орната.

Да би се успоставила поновна колективна равнотежа, треба да прође много времена, јер не ради се више о

индивидуалном хендикепу већ о колективној смрти, која има све одлике већ давно започетог колективног самоубиства.

Бар у нашим просторима. Нисмо успели да умакнемо грешкама које су апострофирали поједини истраживачи – социолошких политичких и демографских настраности – које се сада дијагностикују као опасне болести. Нисмо имали смисла за истанчани слух оних који су препознавали времена која долазе. Они су били јеретици јер су другачије мислили; били су криви за своју интуицију. И ту смо показали изузетну неспретност и интелектуалну неспремност за дијалог. Показали смо своју искључивост: „или-или“.

То је био наш досадашњи *modus vivendi*. А сада, када је тај образац неопходан, нема га. Када су, једном приликом, наговарали Де Гола да ухапси Сартра због његових „деликата“, овај је мудро одговорио да нема намеру да затвара савременог Волтера, то јест дух. А ми смо то, са посебном колективном деструктивношћу, радили. Такви поступци не могу да иду на конто савести једног човека или групе људи: то постаје тамна мрља генерације којој припадамо, јер све те индивидуалне судбине биће за будућност маргиналне и минорне, али ће зато колективни дух бити осуђен. За судбину једне земље, народа, човечанства, крив је сваки човек понаособ. На свој начин. Још увек се код нас осећање колективне кривице, која припада танатос нагону, који, опет, има у времену садашњем колективно обележје, компензује или супституише на разне начине: богаћењем, митом, корупцијом, претераним уживањем животних „благодети“...све до гадости најразличитије врсте.

Наслада се управо остварује у присили понављања, тамо је, изгледа, еротско смештено, без обзира на то што Фројд из њега изводи танатос нагон.

Фројд је, свакако, у праву када одавде изводи и агресију као облик понашања. У ствари, шта је то агресија и да ли се она може дефинисати и да ли су дефиниције прихватљиве?

Је ли, доиста, могуће дефинисати агресију? Није ли то само појам? На крају, сваки акт, па и сексуални, агресиван је чин, из чега произилази да је у агресији или у танатосу смештен и ерос. Треба рећи и да је психоаналитичка теорија агресивност сматрала перверзним сексуалним нагоном. Дакле, суштину агресије чини, ипак, сексуални нагон или његов измењени облик. Пошто сексуални нагон чини есенција ероса а агресивност суштину танатоса, произилази да се између ероса и танатоса може ставити знак једнакости. Ако ова два нагона заиста постоје, мада је наше мишљење да егзистира само танатос, поставља се питање где један престаје а други почиње. Да ли се прожимају, јесу ли покретљиви и променљиви, да ли један другоме лако уступају место, јесу ли опоненти или пријатељски расположени један према другом? Ако је, према Хајдегеру, чин живота игра, онда се морамо упитати: ко су учесници ове игре?

Ако су то *ерос* и *танатос*, онда је њихова игра забава – њена сврха је игра ради игре. Ерос је, у ствари, онај мали али значајан део танатоса који субјективно пружа задовољство, задовољство заборавља, али не и задовољство потреба. Потреба се реализује кроз танатос, из кога, као што смо рекли, избија ерос. У питању је јединство супротности. Чега је више у тој присили понављања? Сврха и циљ присиле понављања јесу танатосови прохтеви. Танатос може бити реализован не само кроз агресију према, већ и преко аутоагресије. И та аутоагресија није без еротског. То, дакле, значи да је танатос еротска манифестација која има куртуролошка обележја, па се, из тог угла, може посматрати. Једно је сасвим извесно: циљ живота није сам живот него смрт. И спаса нема. Па ако је циљ живота смрт, онда нагон

који преплављује човека није нагон за самоодржањем већ нагон за самоуништењем. А сада, да бисмо поткрепили своје тврдње, почнимо извесним редом.

Да је човек спреман на живот и да је то његов примарни нагон, он би живот почео непосредно након рођења. У ствари, оно што, из лицемерних разлога, зовемо почетком живота није ништа друго већ изузетна жеља за смрћу. Пролонгирани сан новорођенчета метафора је смрти. Његов плач је непристајање на живот, оно одбија живот и кроз танатос га прихвата. Потребно је дуго време да се човек на живот адаптира, за разлику од осталих живих бића која живот започињу одмах јер код њих нема танатос нагона. Код њих је све сврсисходно у смислу одржавања живота. Па и сан одраслог човека, који се, наравно, навикао на живот, јесте вид смрти. И његов оргазам такође. Па није без разлога и научне основе, он назван мала смрт. Замор који се осећа на крају радног дана у ствари је умор од живота; инстинкт смрти реализује се кроз сан који ми називамо одмором. Фројдов нагон смрти доста је проблематичан јер, наводно, нема утемељену научну основу. Нисам сигуран да је више утемељен ни нагон за животом. Нагон за продужење врсте, који је, такође, један од битних нагона, легализован је; он је научно неспоран.

Међутим, то само изгледа тако. Суштина овог нагона је задовољавање човекових потреба, у деструктивном нагону, у танатос нагону. Живот се не ствара смислено, намерно; он се случајно зачиње из енергије, из материје која носи одређени квантум енергије. Та енергија је *conditio sine qua non*, без које се не може замислити ни нагон смрти ни нагон за животом.

Неки угледни психокритичари приговарају Фројду да је његова идеја о танатос нагону – његова песничка конструкција.

А чујмо сад неуропсихијатра и песника Бранка М. Петровића како стихује:

*Наилазим на поља разбацаних костију
Згрћем шкрту земљу на њихову белину
И загледан у грамзљиви сјај Твојих очију
Видим да довео сам љубави смрт у близини.*

Песницима, ипак, треба веровати.

Л и т е р а т у р а :

1. Достојевски Ф.М.; Браћа Карамазови , Сабрана дела ,Рад, Београд, 1981
2. Стриковић, Ј.: Самобиство и апсурд , Унерекс , Подгорица ,1998
3. Владета Јеротић : Само дела Љубави остају, Плато Београд, 1988

*Александар Дамњановић, Александра Дамњановић,
Душан Петровић*

4. ТАНАТОФОБИЈА ФИЛОЗОФСКО- ПСИХОЛОШКО- ПСИХИЈАТРИЈСКО ДЕШИФРОВАЊЕ

Фројд- циљ свега живог је смрт

*Хераклит- Једно исто пребива у нама, живо и мртво,
будно и спавајуће, малдо и старо*

УВОД

Суочавање са смрћу увек нас дочека неспремне. О смрти заправо баш и не размишљамо. Све док се не догоди у близини. Тада се рефлексно јаве наш снажни несвесни, колективни, страх и туга. Увек се и при самом наговештају могуће смрти рефлексно јави и силни, снажни, јачи од ичег, нагон за животом. И ту је сва тајна живота и смрти. Тако нам страх показује прави пут —према животу. Зато је страх наш пријатељ и чува нас од можда посљедњег ребуса који још нисмо разрешили, мада назиремо неке елементе решења. Ипак, понекад и када је све у реду, смрт неодољиво привлачи и чини се као једино решење у које се може тако лако, тихо и глатко клизнути, као по површини стакла. Иако ипак осећамо како није баш лако, јер нас спречава и зауставља непознато. Да смрт није непознаница, шетали бисмо тамо-амо без страха. Или не бисмо? Смрт је тако коначна да оставља без речи, па је тешко о њој говорити. Као што је тешко говорити о животу, јер је тако неописив. Али бар можемо говорити о бројним детаљима, описивати детаљ по детаљ...Тако бар површно можемо схватити сврху свог живота и приближити се открићу његовог смисла, мада заправо нико тачно не зна што је живот. Као што не знамо ни што је смрт.

Танатофобија је специфични, структурисани, претерани, страх од смрти који се јавља као нормални страх и стрепња и патолошки у склопу других менталних обољења и поремећаја понашања. Семантичка генеза страха од смрти: танатофобија (грч. *танатос* – смрт, *пхобос* – страх) је из динамског тумачења специфично структурисане фобије.

Страх од смрти је емоционална реакција, пред опасношћу сопственог умирања и смрти, посебно рђаве смрти, телесног и психичког бола и агоније: умирања и смрти других особа, раздвајања од њих, за које се прижељкује лепа и изненадна смрт, без мука и патњи. Болесници са болестима од животне опасности, суочавају се са великим психолошким изазовима и невољама повремениог тешког емоционалног искуства. Страх од смрти је хипохондрично повезан са многим обољењима. Нада и безнађе имају важну улогу у процесу умирања. Нада на крају живота може доћи у различитим облицима, преко жеље за лечењем, наде за опстанак, за утеху, за достојанство, за интимност или за спас.

Иако психотерапеут има главни задатак да помаже човеку у томе да сам превазиђе неки свој психички проблем, он, више или мање дубоко, задире и у сферу духовности, понекад и трансценденталности, у област укорењену у његовој антрополошкој и онтолошкој природи. Егзистенцијалисти, Бос и други (Кондрау 1992) пишу о остварењу властите интенције постојања (егзистенцијалног пројекта), укључујући и сферу духовног, логоаналитичари о остварењу (неретко и трансценденталног) смисла постојања (Опалић 1998) итд. Њима је сродан и Јунгов опште познат став о индивидуацији као обожењу (Јеротић 1998). Једно новије истраживање чинилаца менталног здравља породице у нас (Мајкић 2003), показало је да је интројективни систем веровања чланова породице, међу десетинама других фактора породичног живота, водећи у образовању спремности породица да очувају ментално здравље својих чланова.

Танатос, нагон према смрти,

Фројдов концепт из његове касне теоријске фазе, поменути први пут од стране Хегела (Ерић 2001), није наишао на пријем ни код свих психоаналитичара, а камоли осталих психотерапеута, пре свега оних хуманистичке оријентације. Овом концепту смрти као искључиво биолошком, насилном феномену, супротставља се и хришћанска идеја о пролазности овоземаљског живота и релативности физичког умирања, на коју се позивају православни мислиоци (Јеротић 1994). Егзистенцијалистички приступ би се могао сажети у оно што И. Јелом (1984) назива универзалним егзистенцијалним фактором лечења психичких поремећаја, који се састоји из следећих елемената: 1 - схватање да живот може да буде неправедан, 2 – прихватање универзалности постојања страха, 3 - нужност отварања човека појединца пред другима, 4 - опредељење за моралност и духовност насупрот тривијалностима и пролазним вредностима живљења, 5 - преузимање одговорности за сопствени животни пут, и на крају, 6 - прихватање неминовности умирања. Мартин Хајдегер је сматрао да је објашњење смрти кључ разумевања појединачне егзистенције човека, бачености човека у одређено време и потребе да је он трансцендира. По њему, ту-биће (егзистенција) не сусреће смрт споља, него обрнуто, изнутра тј. субјективно. Она је иманентна његовом свакодневном постојању. “Све оно што је у нашем животу прошло, већ припада смрти”, цитирају егзистенцијалистички психотерапеути Јеванђеље (по Луки 1, 2; Кондрау 1999, стр. 190). Ми умиремо свакодневно, опраштајући се полако најпре од детињства, дечаштва, па младости, зрелости и тако даље, сматрају они. Смрт је, другачије речено, неизбежни феномен живота. Како, међутим, ствар стоји са друштвеном реалношћу?

Претходни став је присутан изгледа више у свести егзистенцијалиста и верника, него ли већине људи који живе у савременом времену и западној цивилизацији. Свест о *cotidie mori* (сазнање о нужности умирања) врло је мало раширена у животу човека индустријског и постиндустријског потрошачког друштва.

Како примећује Кондрау (1999), људи се очајно бране од онтолошке неминовности *conditio certa moriendi* тј. од могућности да можемо сваки час да умремо. Савремени начин живљења подразумева стил у коме се потискује смрт на разне начине, тако да неговање *ars moriendi* (уметно-сти умирања), тако присутне у Средњем веку, данас готово да је заборављена, постала је у сфери друштвеног понашања готово анахрона. Проблем је и у томе што људи и кад имају контакт са умирањем, он је самокогнитиван, ређе је успостављен преко доживљаја, а најређе путем понашања. Ако је и присутан осећајни однос према смрти, човек савремене цивилизације је се боји. Он је на смрт уплашен од могућности умирања. Отуд толико депресивног (празног, промашеног, бесмисленог) у његовом животу.

Егзистенцијалисти сматрају да савремени човек страхује од смрти због неостварености сопствене егзистенције, лажног или нереализованог смисла живота, који је Л. Н. Толстој – за којег су неки критичари написали да би био то што јесте, класик светске књижевности, само да је написао своју приповетку “Смрт Ивана Илића” – литерарно изразио у делу на тему *hora incerta*, а у светлу (не)оствареног пројекта постојања на смрт оболелог главног јунака. Дело обрађује ништа друго до ли егзистенцијалну кривицу, онтолошки дуг индивидуе према сопственом постојању.

Човек се обраћа Богу у граничним ситуацијама у Јасперсовом смислу, у болести, у сусрету са неочекиваним животним траумама, тачније у непосредном суочавању са смрћу, у тренуцима када постаје свестан пролазности овоземаљског живота и релативности властите телесне датости. У њему се тада буди, јача и продуховљује свест о трансценденцији свега пролазног, свест о оностраности Бића, о могућем односу са Богом, укратко, религиозна свест у изворном смислу значења речи “religare – везивати се”, “изаћи из себе сама”, значи излазак из сопственог страха (од смрти), из самољубља, изолације, из неодговорности, или уопште, из отуђеног живота свакојаке врсте. Бојанин (1999) пише: “Људи су пали анђели”, који су занемарили морал, љубав, породицу, нацију, Бога и најзад самог себе. Они се, додајмо, на штету властитог психичког здравља, препуштају пролазним вредностима као што су новац, моћ, иметак и други овоземаљски ужици, на чију релативност хришћанство указује већ пуних 2000 година.

Човек у очају и депресији, опхрван страхом или осећањем кривице, преплављен бесмислом постојања (независно од тога како ће га претходно психијатар, психолог или психотерапеут дијагностиковати) на путу је да се обрати Апсолуту на разне начине, помишљу, молитвама, паљењем свеће, постом, одласком у манастир и бројним другим начинима, а у православљу нарочито, моралним поступцима тј. чињењем добрих дела које укључује праштање или чак жртвовање за друге. Тако се хришћанско веровање приближава оном што се у психотерапији и психоанализи назива увид (у властиту одговорност и слободу, индивидуалност и везаност за друге, увид у суштину сопственог телесног и духовног бића).

Депресивни пацијенти су безразложно лоше расположени и доживљај умирања тј. краја постојања је у њих свакодневан, у сновима као и у дневним доживљавањима (понајвише у доживљају себе или у депресивним пројекцијама на друге људе и ситуације). Код других (анксиозних и сл.) страх од смрти се негира или изолира, односно држи подаље од свести. Код суицидалних пацијената, насупрот томе, однос према смрти је манифестан, интензиван, неретко компулзиван. Они су доживљајем краја постојања скрхани, и желе смрт тражећи спас од 'страхота живљења', пре свега од погубно самоуништавајуће слике о властитој личности. Код депресивних пацијената религиозна осећања се буде у очају постојања. Нема сумње да имају функцију унутрашње бране дубљој психичкој дезинтеграцији. Исповести, разговор са свештеним лицем, придржавање поста и других верских норми, умањује осећај кривице. Независно од тога на који начин се неуротични хришћанин обраћа Богу, он је на добром психотерапијском путу, на стази самопомоћи. Овај је начин мање тегобан ако је праћен кајањем, не само дакле рационалним увидом, како се то уосталом очекује и у психотерапији. За све људе, а нарочито за оне са благим психичким тј. Претежно интерперсонално субјективним проблемима, обраћање Богу, интимно унутрашње или споља препознатљиво, води стабилизацији психичке равнотеже. Оно је ефикасније уколико је праћено разумевањем и подршком породице и околине, а о саосећању душебрижника да и не говоримо. Када психотерапеут пружа помоћ верујућем пацијенту, односно душебрижник вернику са психичким сметњама, они тада треба да воде рачуна о томе да се не прекрши ни једно од базичних начела психотерапије уопште. А она би се могла свести на следеће: слушати, безрезервно прихватити, суздржавати се од дијагностиковања, пружити слободу у саопштавању, нудити

ослонац, потом признати сопствено стручно и људско несавршенство, поставити реалне границе саветодавне помоћи, затим одржавати услове психотерапије сталним, схватити озбиљно сваки проблем, и уопште неговати заједништво са пацијентом тј. верником као непоновљив однос према духовној егзистенцији ближњег. У том случају обраћање Богу, у било којој фази саветовања, као некој врсти онтолошкометафизичке парадигме недостижног идеала психичког интегритета појединца и сједињења са другим људима, светом и Створитељем у љубави, постаје онај Богом дани угаони камен указивања психотерапијске помоћи, који може да буде прекретница у отклањању душевних сметњи разговором. Духовност пацијента уопште, независно од тога које је дубине и каквог субјективног устројства, појачава доживљај јединства са самим собом, са Светом, са Другим, са Богом коначно. А није ли то једна од могућих епистемиолошких односно метатеоријских одговора на питање, шта је кључно у одржању душевног здравља човека уопште. То што православно хришћанство веру као спас нуди мање ритуално, а више кроз релацију и позитивна осећања солидарности и љубави, уз то не занемарујући ни тело, може да буде предност, има ли се на уму да су саветодавац и његова личност, како показују истраживања у психотерапији (Опалић 1999), кључни 'фактор' психотерапијског успеха.

Табуизирање феномена смрти ствара погодно патолошко тло за буђење исконског страха, који у периоду детињства, а и касније потом, може у великој мери да детерминише психички развој индивидуе. Једна од основних „ нуспојава“ је антиципирање смрти и нереалан однос према њој, који са феноменолошког и егзистенцијалног аспектa пребојава (

не)квалитет људског живљења, чинећи га суженим у избору могућности.

За разлику од младих особа, став старих људи према смрти се знатно разликује. Деца тешко могу да схвате смрт као реалност.

Адолесценти сматрају себе бесмртним-они су у стању да схвате смрт само апстрактно. Одрасли који су већ доживели смрт родитеља или других старих рођака почињу да схватају чињеницу да ће и они једног дана умрети. Старим људима смрт је, међутим блиска реалност.

Зато се они више „интересују“ за смрт, при чему такво интересовање није морбидно. Добро инегрисана особа, по Ериксену, не боји се смрти. Ериксен такође сматра да је интегритет Ега старих особа значајан и за развој младих генерација. При томе Его-интегритет Ериксен дефинише на следећи начин:“Само у оној особи која се бринула на било који начин о стварима и људима и која се прилагодила тријумфима и разочарењима својственим постојању, само у оној особи која је стваралац других и творац продукта и идеја, само у њој може сазрети воће...Ја не знам бољу реч за то него интегритет Ега“. По Ериксену дакле здрава деца се неће бојати живота, ако њихови родитељи имају довољно интегритета да се не уплаше смрти. Како је то већ Фројд нагласио постоји генерална тенденција да смрт буде потиснута, искључена из живота. Сопствену смрт не можемо ни да замислимо, заправо у подсвести, свако од нас је уверен у своју бесмртност. Сартр је писао да смрт не даје смисао животу и да напротив она лишава живот сваког смисла.

Данас можемо говорити о порасту танатофобијских неуроза, изазаваних страхом од смрти или тескобе која је потенцирана чињеницом да је време смрти непозанто уз питање „шта се догађа после“.

Уосталом свака религија настоји да помири људе са неизбежном и извесном смрћу. У периоду архајског друштва смрт међутим није била нешто коначно. Она је била увод у ново рођење јер су покојници настављали живот на другом свету, али у исто време као двојници (духови) ускоро прожети свакодневницом архајског човека (Thomas, 1975). Други период односа према смрти обухвата тзв. метафизичко друштво. Ту се живи коренито одвајају од покојника, а међу мртвима постоји „гаранција“ на мање важне и на оне посебно важне који су постајали богови (хришћанска религија).

Трећи период „танатологије“ означава модерно доба, које негира дух и обезвређује митове и одреде предходника.

Човек модерног доба прави заправо коперникански обрт. Док су уназад 200 година појмови полног односа и порођаја били тема при чему су старији пстицали децу да говоре о смрти и о њој размишљају, у нашем столећу долази до заокрета. Смрт се као природан процес не помиње, али зато сексуланост долази у први план. Горер (1955) сматра да се слабљењем вере у бесмртност душе појављује потреба за негирањем чињенице да тло пропада и да се распада. Ако при томе не постоји ни мало вере у загробни живот тада је тешко суочити се са умирањем, смрћу и оним што се догађа са телом.

По психоаналитичким тумачењима корени тантофобије се преплићу са агресивним пузијама кој су инвестиране у друге, несвесне идеје. Понекад су те идеје и либидонозне природе и постају интерпретиране на основу података из личне историје (нпр. „ бити мртав“ значи бити сједињен са мртвом особом). Постоји могућности да сеу извесна искуства из детињства трансформисала кастрациони страх или страх од самоће (губитка љубави) у страх од смрти. Развој тантофобије може бити повезан са страхом од казне због жеље за смрћу друге особе што доводи до обртања деструктивних импулса против властите особе. Страх од смрти по неким тумачењима може бити и деформисани израз и прикривена представа оргазмичког доживљаја. При то, свака стимулација екситацја тежи попуштању. Неке особе ово попуштање могу доживети као осећај губитка сопственог „Ја“. што је идентификовано са смрћу. Отуда смрт може бити страх тамо где би друге особе очекивале сексуално задовољство.

Оргазам преставља соматизацију надражаја. Он је супротан сну. Тамо где сан делује репарорно путем потискивања, оргазам делује растварањем латантних мисли у надражају. Међутим, уколико су код појединца психичке потпоре слабе, онда он оргазам може да перципира као опасност. У оргазмичкој ситауацији за овакав Его постоји опасност од дисторизије психиче сексуланости, која би се распрснула, да на њу почне да делује недовољно прихваћено биолошко тело. Тада настаје стрепња и анксиозност као резултат сексуалног односа који појединац тежи да избегне, постојећи неспособан за оргазам, импотентан (фригидан), близак смрти.

Са друге стране такође постоји и контрафобично или виталистичко веровање у неограничену моћ сексуалности, а која се тиче страха од смрти. Ово веровање има свој корен у феномену (митологему) сунамитазима, који се заснива на убеђењу да младо женско тело додиром може вратити мушкарцу ишчезлу биолошку виталност (Стојановић, 1988).

Још се у старом Завету помиње девојка из Сунама која је краљу Давиду вратила снагу лежећи нага покрај њега. У Европи у петнаестом веку алхемичари су покушали да докажу емпиријски основ те моћи женског тела у борби против страха од старости (страха од смрти). На интерпретативном (психоаналитичком) плану прихатање смрти и уједињавање са принципом живота (Ероса) на свесном нивоу не може се постићи филозофским спекулацијама, већ једино укидањем потискивањем. Фројд, међутим, пролази поред могућности да верификује појам потискивањем смрти и уврсти га у клиничко разматрање. Потискивање смрти доводи до стрепње при чему је у основи стрепње „ пораз и уништење“ како и сам Фројд каже. Стрепња је одговор на искуства доживљена при раздвајању, а то индивидуалност и смрт, јесте еротизирање смрти-регресија и жеља за враћањем у мајчин утерус, као и стални промискуитетни подстицај. Подстицај за љубављу је уједно и ексцитација Ероса, који покушава да се приближи Танатосу и да га савлада. Отуда у учестало буђење љубави према другим особама („ глад за љубављу“, „ синдром вампиризма“, „ опсесивна љубав“) није ништа друго него покушај да се кроз компулзивну репетицију сексуалности победи смрт. Танатос дакле садржи биолошку неумитност и

Ерос при том представља његову природну потивтежу. Трагајући за изворима страсти Ерос постаје саучесник у варљивој игри- у покушају да стално побеђује Танатос он му и сам подлеже. Страх од смрти отуда представља несвесну транскрипцију Танатоса, а промискуитет покушај да се исти потисне кроз сирови (сексуалани) акт афирмације Ероса.

Са аспекта објективних односа корени танатофије сежу још у најраније детињство и у периоду објективне дијаде (мајка-дете). Њихова симбиоза представља сигурност, доминирање принципа Ероса. Одрастањем дијада прераста у тријангулациону релацију и постепено се развија ослобађење од анаклизе на прами објекат. Уколико међутим изстане адекватно раздвајање, перзистира симиоза која увек може бити потенцијано опасна , нарочито уколико постоји фрагилан Его. У случају губитка (реалног или симболичког) анаклитичког објекта један од појавних феномена може бити и танатофобија. Губитак објекта љубави и његови емоционалних стимулса генерише осећај усамљености. Усамљеност у оваквој консталацији може да представља и корелат смрти. Отуда је страх од усамљеност страх од смрти. Усамљеност старих особа такође може да доведе до смањена физичких и ментални активности, ретракције личности, губитка либидонозних пулзија и антиципирања умирања. У савременом културном поимању умирућа особа се одбацује, управо можда због антиципације сопствене смрти (Марић, 1981).

Адамовић (1986) разликује се два типа танатофобије- „спонтану“ и „ изазвану“ (неком соматском тешком или комликованом болешћу).

Појединац танатофобију покушава да неутралише великим бројем делатности или остављањем неког дела иза себе „ кроз које би живео и после смрти“.

Све ово се јавља у склопу „Клепсидриног синдрома“ је следећи: тантофобија-кастрациони страх (нерешена едипална ситуација)-покушај неутралисања строгог Супер Ега кроз компетенцију- осећања анксиозности у празном временском интервалу- стање хроничног стреса . „ Сизифов синдром“ (Wolf, 1976) подразумева рад до исцрпљења, као под принудом, уз немогућност релаксације. Танатофобија у склопу овог синдрома је изгледа везана за кастрациони страх и нерешену едипалну ситуацију- особа тежи да достигне интројектовану фигуру, ликова у ригидном Супер Егу, те кроз свој компетитивни стил и компулзивну хиперпродукцију покушава да неутралише осећање временске празнине која га прати.

Јунгијански аналитички и филозофски приступ разматра танатофобију и стах од смрти као вид симболичког и иницијацијског феномена. Овај мотив је чест у сновима неуротичног болесника и означава заправо страх од сазревања и (успеле) еволуције процеса индивудације. Заправо иницијацијско искушавање снага води крајњем жртвовању како би се искупило ново рођење. Та жртва (симболична смрт или свесни доживљај страха) треба да омогући индивидуи да се ослободи мреже отежавајућих инерперосналних веза и да се оспособи за свеснију улогу као засебни појединац. Наравно, асимиловање овог страха и симбола смрти означава успешност индивудације и превладавање једног животног убиквитета, док у супротном

особа се зауставља у свом развоју и пертрификује у осећају трошности и коначности (губитак само-трансценденности).

Егзистенцијалиста Binswanger (1926) сматра се да је човеково постојање у свету „ напуштеност човека у свету“ Узнемирености и страх су основа осећања човека која одржавају сам модус таквог постојања. Тај страх је „ егзистенцијални страх“ који представља онтолошку категорију суштину човековог живота, због сталног проживљавања смрти. По Јеротићу (1984) страх је подстицај на стварање, јер бесмртност се може остварити преко слободе и стварања. По истом аутору од танатофобије се можемо бранити агресијом, избегавањем одговорности, бежањем у болести или ћемо покушати да савладамо смрт кроз љубав, стварање, игру.

Frankl (1967) пише: Међу стварима које као да узимају смисао човековом животу спадају бол и смрт... Пролазност нипошто не чини нашу егзистенцију бесмислено али и утемељује нашу одговорност: све зависи од размевања наших полазних животних шанси. Сваког тренутка човек мора да одлучује на добро и на зло и то ће бити спомен његове егзистенције“. Boss је у свом опису феноменолошке медицине и психологије посебано обрадио феномен танатофобије. Он мисли да сам прави и само свесни однос до смрти човеку помаже да се истргне из заробљености свакодневним предметима те да избегне патологизацију пројекта који се претвара у опскурни страх од смрти.

По Хајдегеру „ ми јесмо“ (дакле постојимо) на начин што смо увек на путу ка смрти, не због чињенице да је све коначно, смртно, него у смислу да човек егзистира као да је коначан-јер иначе се не би могао односити.

То значи да пут (предбег) ка смрти није само биолошки феномене, него је и могућност отворености битка према егзистенцији, у којој и сам битак (суштина) доживљава своју истинитост и чистоту. Иако страх од смрти може садржати суштину једне од Хајдегеровских егзистенцијалија, он као такав мора садржати зрелост спознаје и бити трансцендиран свеколиким избором могућности. Егзистенцијални пројект у којем је основа страх од смрти садржи и сопствену конструктивну негацију. Јер, док психоаналитичари сматрају да се страх од смрти природно надвладава либидонозним улагањем у објекте, егзистенцијалисти овај страх позитивно користе у подучавању „ скидања окова нужности“ тражећи корз њега и у њему потенцијални изалаз, могућности и реализацију животног логоса.

Са клиничко –феноменолошког аспекта интересантно је запажање да веома мали број пацијената има страх од апстрактног умирања, код већине се ради о страху од неког одређеног начина умирања. То већ само по себи указује на хипохондријски страх или неке друге облике страхова (Миливојевић, 1993). Патолошки страх од смрти да фобичар избегава гробља, сахране, парастосе и сваки разговор о смрти.

Интересантно је да у бихевиорално- психопатолошком моделу феномен страха од смрти није посебно истраживан.

То се подједанако односи како на епидемиологију тако и на настанак, ток и терапију феномена. Nishaned и сарадници (1989) издвајају из литературе десет студија које се односе на овај феномен. Од три студије које су истраживале однос страха од смрти и религиозности, једна је потврдила претпоставку о мањем страху код верника, док друге две то нису. У две три студије није нађено поуздана веза између година и старости и страха од смрти. Од две студије које су се бавиле односом болесних и здравих (на соматском плану) према страху од смрти, једна је потврдила позитивну везу а друга није. У односу на пол испитаника у једној студији је показано да жене имају већи страх у односу на смрт.

Док се неурозе „конституишу на ватри танатофобије“, при чему неуротична особа може да искористити „ очај као излаз из егзистеницијалне нужности“ (Франкл,1976), дотле психотични контекст танатофобије као специфични аутистични схизофрени или депресивни садржај носи у себи клицу Его пропасти, заправо пораз преосталих Его здравих снага. Психоза постаје смрт-нашег- ја отуда и пораз. Одбарне које користи у психози имају карактеристике архаичности, што доводи у питање кохезију ја и утиче на објекталне односе (Фројдов концепт- психоза као одбрана ја) У психози основну опасност чини страх од смрти (деструкције на телесном и психолошком плану), које оболели конструише у свом болесном доживљају реалитета, која уједно буди анксиозност изузетне снаге која прати такву опасност. Лебовици (навод по Ерићу, 1979) сматра да је психоза често „ једини излаз за биће које доживљава самртни страх од тоталног уништења“. Фројд такође сматра да продор у срце психоза“ открива смрт“.

У склопу депресије због интензивног осећања кривице настаје морална анксиозност или грижа савест, чије је једино решење смрт односно страх од смрти у форми егзистенцијалне анксиозности.

Тиме се затвара циркулус витиосус: осећање кривице-морална анксиозност-страх од смрти-егзистенцијална анксиозност. Страх од смрти који провоцира анксиозности може да иницира и супротан доживљај и тежњу ка смрти која води ка коначној нирвани и миру.

Технике егзистенцијалистичке психотерапије у решавању проблема везаних за однос пацијента према смрти су разноврсне:

1) Егзистенцијална анализа И. Јелома (1989), познатог америчког психотерапеута, ослања се у том смислу на више метода. То је најпре техника тзв. егзистенцијалног шока: писање епитафа или читуље за сопствени гроб, или исписивање на једном папиру кратког тока властитог живота од рођења до смрти. У сличном контексту исти терапеут користио је и технику вођених фантазија, са циљем да се пацијент, сликама у сопственим мислима, концентрише на детаље властитог умирања. Аронсон и Драјфус (према Јелому) су у исту сврху примењивали технику вежбања улоге старца младих депресивних пацијената, преплављених страхом од смрти, на начин да себе замишљају 50 година после, као болесне, напуштене или остареле људе. Вилан је наведену технику вођених фантазија о сопственој смрти комбиновала са применом мишићне релаксације. Поменуте технике могу се примењивати и са бихејвиоралним методом десензитизације, тако што се вођене фантазије везане за страх од смрти, изводе постепено и прекидају у оном тренутку када се страх појача до границе да га пацијент не може издржати.

У том случају поступак се понавља од почетка, све док се страх од смрти уз одговарајуће фантазије, не изгуби.

2) Виктор Франкл (Опалић 1988) је користио две своје чувене технике:

а) Дерексифицијацију (тзв. одустајање од компулсивног 'јурења' среће или задовољства, одређеније оргазма код импотентних пацијената) применом терапијски уговорене забране жељеног задовољства или сексуалних односа, који се онда, самоиницијативним кршењем уговора пацијента, прекида и на тај начин решава психички проблем. Ова техника афирмише изворну слободу Бића појединца насупрот неуротичној хиперинтенцији, тежњи ка задовољству по сваку цену.

б) Парадоксну интенцију – подршку егзистенцији да жели (парадоксално) свој најтежи симптом (најчешће једини, на пример вртоглавицу или неки други конверзивни или хистерични симптом), чиме се истиче терапијска вредност снаге слободне одлуке и одговорности.

3) Логоаналитичар И. Ц. Стропко (1975) примењивао је тзв. логоаналитичке вежбе, које укључују давање одговора на нека кључна животна питања тј. вежбање провере самог себе у погледу, прво привођења свести а потом и остварења животног циља, упоришне тачке, надања и планова за будућност. У њих је уврстио и вежбе акције, најпре замишљеног понашања у погледу могућности остварења циља, а потом и вежбање у реализацији циљева у животу. Посебни део ове технике су вежбе остварења животног смисла (вербализација или писање три велике жеље из ранијег доба живота, затим исписивање пет ранијих значајних животних искустава испуњених задовољством, три сна испуњења жеља и слично).

На крају у методу Стропка следи набрајање или писање листе безизлазних ситуација доживљених у животу, као и исписивање њиховог замишљеног или реалног превазилажења.

5) С. П. Линденберг (1977) и неки други терапеути (Е. Киблер-Рос 1976) окушали су се у психотерапији на смрт оболелих соматских болесника (болесници лечени од рака) са прогнозом живљења не дужом од пет година. У продуженом третману (20 уместо планираних 10 сеанси) оболеле жене су, у повишеној емоционалној атмосфери групе, биле спремније да прихвате чињеницу умирања. Интервенције терапеута биле су усмерене на аспекте лечења у садашњости, а мање на тренутак умирања. Ослањајући се на ставове егзистенцијалиста, укључујући и Т. Хору, тј. на хришћанске постулате који претпостављају веру у постојање бесмртне душе и свест о неминовности испуњења живота моралним нормама, учиниле су ову врсту, колико часне толико и тешке психотерапије, ефикасном.

Реч је о смањењу страха од смрти и појачању доживљаја испуњености властитог живота више вреднованим и позитивније доживљеним смислом постојања. У психодинамском смислу овај метод се базира на разрешењу психичког конфликта у ослањању на два основна интрапсихичка механизма на смрт оболелих и уплашених пацијената. Први је олакшање кроз дубоку (детињу) регресију ега којим се ублажава притисак супер-ега, а други је релативизација мистичног доживљаја смрти везаног за јачање вере у живот после физичког нестанка.

б) Применом метода тзв. тренинга аутономије (комбинованог бихејвиоралног, психоаналитичког и егзистенцијалистичког поступка) Р. Гросарт-Матичек (1996) успео је, уз обавезно позивање на хришћанске духовне вредности, на импозантном узоруку од више хиљада оболелих од малигнух обољења и инфаркта, да статистички значајно продужи живот болесника или да их превенира уколико су испитаници припадали ризичној групи за поменута обољења.

Уместо закључка

Ако је смрт део живота, човек потискује смрт као што потискује и сопствени живот. Бег од смрти у чијој основи страх, намеће тешко решив проблем, шта да чини инхерентно биолошким феноменом умирања, као и са власититом потистнутом смрћу. Човек зато агресивно изграђује бесмртне културе и историју да би савладао смрт.

Једино одружје у борби против смрти је безвременост и бесмртност.

Излаз из круга тескобе човек налази у продужавању сопствене аутентичне духовне егзистенције, која би на тај начи могла релативно безбоно да трансцендира биолошки феномен умирања., Живот са смрћу или баченост у свет човека појединца, обележје је учења свих великих религија, хришћанства, ислама, јудаизма, хиндуизма, будизма и других (Пезешкијан 1983), тако да верска осећања и поступци представљају, условно речено, превенције депресивног 'умирања на рате', предохрану препуштању страху од смрти. Све религије, укључујући и православну инсистирају на ставу одрицања од нагонских задовољстава, у корист виших, моралних и духовних вредности.

Православно хришћанство притом буди наду у будућност, испуњену осећајношћу, бригом и алтруизмом, ненаметљиво до неприметности, тако потребно нашем самопоштовању и осећању сигурности с једне, и доживљају прихваћености и укоренености с друге стране. Оно нуди, најзад, традиционални архетипски оквир специфичност 'ex-stare' (егзистенције која излази из себе), који се исказује у бризи - бризи за другог, посредно и бризи за сопствени душевни мир, једнако у психолошком као и есхатолошком смислу.

Литература:

1. Adamović, V. Psihologija obolelog od infarkata miokarda, Prosveta, Beograd, 1986.
2. Binswanger, L., Daseinanalytik und Psychiatrie, der nervenarzt. 22, N.1, S1-10.1926
3. Brown, O. Život protiv smrti, Napred, Zagreb, 1994
4. Buzov, I. Psihologija žalovanja, Jumena 1989
5. Bergantino L. (1992): Warum heilt Psychotherapie – Existentielle Augenblick, Edition Humanistische Psychologie, Koln.
6. Бојанин С. (1999): Оглед о самосвести, Знамен, Београд.
7. Condrau G. (1992): Sigmund Freud und Martin Heidegger – Daseinsanalytische
9. Ерић Јб. (2001): Страх од смрти, Просвета, Ниш.
10. Fenihel, O. Psihonalitička teorija neuroza, Medicinska knjiga, Beograd, 1961.
11. Frankl, V. Nečujan vapaj za smislom, Napred, Zagreb, 1987.
12. Frankl, V. Zašto se niste ubili, Monada, Beograd, 1994.
13. Freud, S. Kollectid papers, Perga mon press, 1977.
14. Gorer, G. The pornography of detah, London, Tavistock, 1955
15. Grossarth-Maticek R., Eysenck H. Y. (1996): Psychological Factors in the Treatman of Cancers and Coronars Heart Disease, Hatherleigh Press, New York.
16. Hora T. (1977): Existential Metapsychiatry, Crossroad Book, The Seabury Press, New York.
17. Jerotić, V. Neuroza kao izazov, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1984.
18. Јеротић В. (1980): Између ауторитета и слободе, Просвета, Београд.
19. Јеротић В. (1994): Психолошко и религиозно биће човека, Беседа, Нови Сад.
20. Јеротић В. (1997): Хришћанство и психолошки проблеми човека, Богословски факултет Српске Православне Цркве, Београд.
21. Јеротић В. (1998): Индивидуација и/или обожење, Ars libri, Београд.
22. Kubler-Ross E. (1976): Razgovori s umirućima, "Око три ујутро", Zagreb.
23. Lindenberg S. P. (1977): The Effects of Existential – Type of Group Psychotherapy of a Time-Limited Group of Members for Whom the Imminence of Death is apresing Reality, A dissertation, Athens, Georgia.
24. Marić, J. Samoća i usamljenost, Engrami 2, 1982
25. Мајкић В. (2003): Процеси резилјентности адолесцентних породица у условима наше кризе, докторска теза, Медицински факултет, Београд.
26. Nagy, T. Le Symptome psyho-smoatique, priat, Tolouse, 1948.
27. Опалић П. (1988): Егзистенцијалистичка психотерапија, Нолит, Београд.
28. Оралић Р. (1998): Untersuchung zur Gruppenpsychotherapie, Psychosozial V., Giessen.
29. Опалић П. (1999): Анализа Ту-бића (дасеинсанализе) – изворна или једна од егзистенцијалистички оријентисаних психотерапија и теорија о неурозама, предговор за: Кондрау Г.: Сигмунд Фројд и Мартин Хајдегер Завод за уибенике и наставна средства, Београд, 9-27.
30. Peseschkian N. (1983): Auf der Suche nach Sinn, Fischer Taschenbuch V., Frankfurt/M.
31. Stropko A.J. (1975): Logoanalysis and quided imaginary as group treatmans for existential vacuum, A dissertation, Texas Tech University.
32. Stojanović, J. Silovanje, Univerzitetska reč, Nikšić, 1988.
33. Thomas, L.V. Antropologija smrti vol.1-2, Prosveta, Beograd,1975
34. Yalom I. D. (1989): Existentielle Psychotherapie, Edition Humanistische Psychologie,Koln.
35. Wolf, S. Psychosocial focus in myocardial infarctin and sudden death, Circulation 39, Supll 4.74,1976.

Раденко Вуковић

5. УМИРАЊЕ И СМРТ

Умирање и смрт су од памтивека биле загонетне и мистериозне појаве које су утицале на свест и биолошки опстанак људског бића. Потреба за обележавањем смрти задржала се до данас и често има примат чак и над рођењем. Монументалне гробнице, од којих су неке старе више хиљада година, то најбоље потврђују. Умирање и смрт имају: биолошко, медицинско и правно значење са моралним, професионалним, социјалним, материјалним и правним последицама. Наука која проучава умирање и смрт назива се **танатологија**. Она је саставни део Судске медицине, а сам појам има корене у грчким речима: *tanatos* – смрт и *logos* – наука.

.....
Рад је прузет уз сагласност аутора из књиге: Судска медицина, Издавач Змај, Нови Сад, 2013, уз мале измене
24.1. АГОНИЈА

Агонија, умирање или хротац (*agonia*) стање је које непосредно претходи смрти. Она је директна последица иреверзибилног гашења виталних функција организма: функције срца, дисања и централног нервног система. Агонија понекад траје кратко, неколико минута, а каткада сатима или данима. Симптоми и знаци агоније, њиховог појављивања и њихов интензитет, одређени су редоследом и временом трајања попуштања виталних функција, јер свака од ових функција изазива специфичне патофизиолошке, метаболичке, функционалне и морфолошке поремећаје у организму. Стога ће симптоми и знаци агоније бити наведени у склопу гашења појединих виталних функција.

24.1.1. Гашење функција срца

Иреверзибилно попуштање функције срца и крвних судова, најчешће је праћено падом артеријског крвног притиска и поремећајима срчане фреквенције и јачине пулса. Завршава се потпуним „слломом“ циркулације, прво периферне, а затим и централне. Застој крви у венском систему изазива цеђење плазме (трансудацију), пре свега у плућа и грудну дупљу. Натапање трансудатом прво захвата међуалвеоларне преграде, а касније и просторе плућних алвеола. Трансудат у алвеоларним преградама отежава алвеоларнокапиларну размену гасова, а његово присуство у плућним алвеолама практично редукује ефективну респираторну површину, што ствара „глад за ваздухом“ и надражајни кашаљ. Форсирани удисаји због „глади за ваздухом“ и упорно кашљање изазивају пенушање алвеоларног трансудата. Ако је процес унапредовао, на отворима уста и носа појављује се ситнопенушава беличаста пена. Она може бити помешана са крвљу због раздора интералвеоларних преграда. Раздори су последица циркулаторног застоја и пораста унутар алвеоларног притиска у склопу форсираних удисаја и

мучног, упорног кашљања. Посматрач овакво стање доживљава као борбу са смрћу, што и јесте значење речи „агонија“, а на основу звучних феномена дисања, чујних као хротање (процес умирања означен је и као „хротац“). Пад вредности филтрационог притиска у гломерулима бубрега, испод критичне вредности од 80mmHg, прекида екскреторну функцију бубрега, што има за последицу интоксикацију метаболичким нуспроизводима. „Слом“ циркулације, аутоинтоксикација и дехидрација дају самртнику карактеристичан изглед коже, која је изразито бледа, у почетку орошена хладним знојем, а касније сува и прљавобледа (земљано бледа).

Упале очне јабучице, са наглашеним халоима испод очију, замућен поглед и хладне окрајине, карактеристике су лица самртника, које је било познато још Хипократу, а данас у медицини означено као *Facies hippocratica*.

24.1.2. Гашење респираторне функције

Иреверзибилно попуштање функције дисања, не улазећи у узроке његовог настанка, настаје због: натапања плућа трансудатом, смањења тонуса и снаге респираторне мускулатуре и гашења функције центара за дисање. Стварање енергије у ћелијама условљено је оптималним садејством ћелијског дисања, оксидативне фосфорилације, бета оксидације масних киселина, оксидативне декарбоксилације и цитратног циклуса. Попуштање функције дисања изазива тешку хипоксију организма која директно погађа процесе стварања енергије у ћелијама.

Недостатак кисеоника у ћелијама прекида респираторни ланац, смештен на унутрашњој мембрани митохондрија, чиме се битно смањује оксидативна фосфорилација и

директно угрожавају процеси стварања енергијом богатих фосфата, неопходних за функционисање ћелије. Настали дефицит компензује се убрзаном разградњом глукозе и активацијом гликогенских резерви. Овај адаптациони феномен има ограничене могућности, те с тим у вези, бета оксидација масних киселина, за коју је неопходан аденозинтрифосфат, бива инхибирана. У анаеробним условима, разградња глукозе је непотпуна, зауставља се на нивоу пирогрождјане и млечне киселине. С друге стране, ацетил-коензим А, створен у процесу катаболизма, за укључивање у цитратни циклус захтева присуство оксалацетата.

Пошто се пирогрождјана киселина не може метаболисати у оксал-ацетат, јер је респираторни ланац прекинут, прекида се и цитратни циклус, чиме практично настаје дефинитивни „слом“ метаболичког поретка ћелије.

„Слом“ метаболичког поретка доводи до дисфункције терморегулационог центра у хипоталамусу, што проузрокује постепено хлађење тела. Температура пада испод физиолошке вредности и креће се око 35° Ц. Само у ретким случајевима температура тела је изнад физиолошке вредности.

24.1.3. Гашење функција централног нервног система

Иреверзибилно попуштање функција мозга последица је његовог директног или индиректног оштећења. Прекид респирације или циркулације за неколико минута изазива смрт можданих ћелија, јер оне немају енергетске резерве.

Најосетљивије су ганглијске ћелије коре великог мозга. Стога се поремећаји свести, менталних функција, вољне контроле мишића и перцепције сензибилитета, појављују пре коначног гашења функција можданог стабла и кичмене мождине.

Поремећаји свести најчешће су квантитавни у виду: сомноленције, сопора и коме. Менталне функције се успоравају и престају. Чула отказују, најпре чуло вида, затим чуло мириса и укуса, а последње отказује чуло слуха. Имајући у виду редослед попуштања функција чула, пожељно је да се присутни уздрже од непожељних коментара.

Отказивање чула вида, самртник може протумачити као нагло замрачење просторије у којој се налази.

Због гашења перцепције сензибилитета, укључујући и перцепцију бола, самртник је незаинтересован за догађаје око њега и умире у стању смањеног или чак одсутног бола. Ретка су умирања праћена интензивним болом.

Губитак вољне контроле мишића, самртника чини беспомоћним и везаним за постељу. Појављују се неконтролисане контракције мишића.

Говор постаје неразговетан и тих, жвакање и гутање отежано и тешко контролисано. Снага и тонус мишића на крају се губе. Попуштање сфинктера аналног отвора, мокраћне бешике, семених кесица и желуца може довести до спонтаног изливања фекалног садржаја, мокраће, сперме и преливања желудачног садржаја у једњак, одакле може доспети у ждрело, душник и душнице, и шупљине уста и носа. На скелетним мишићима, одсуство тонуса препознаје се по млитавошћу екстремитета и тела, чији је положај одређен гравитацијом.

Високе концентрације угљен-диоксида у крви делују стимулативно на центар за дисање, па се спонтани удисаји појављују и онда када самртник због занемоћалости није способан да вољно направи удисај. Дисање је ирегуларно по фреквенцији и дубини удисаја.

Одумирање можданог стабла прати гашење свих кранијалних рефлекса и центра за дисање. Када процес захвати и кичмену мождину, угасиће се и спинални рефлекси. Редослед попуштања виталних функција није строго одређен. Он је условљен механизмом умирања. У сваком случају, попуштања виталних функција међусобно се условљавају.

24.1.4. Аутопсијски налаз

Аутопсијски налаз условљен је временом трајања агоније. Ако је она трајала данима, морфолошке последице јасно су изражене на унутрашњим органима, пре свега, на: плућима, срцу, јетри, бубрезима и мозгу. На основу аутопсијског налаза може се говорити о времену надживљавања, узроку агоније и евентуалној могућности пружања медицинске помоћи, посебно од стране починиоца телесних повреда.

Плућа. У плућном ткиву присутан је едем. Плућа су тешка и смањене су ваздушастости. Са резне површине плућа спонтано се слива ситнопенушава течност. У грудним дупљама често је присутан трансудат. Хистолошком анализом уочава се присуство еозинофилних протеинских преципитата у алвеолама и задебљање интералвеоларних преграда. Ако је агонија трајала неколико дана, биће упечатљива слика шока плућа, праћена десквамацијом алвеоларних ћелија и присуством макрофага који садрже крвне пигменте.

Срце. Знаци дуготрајне агоније на срцу препознатљиви су по присуству сланинастих крвних угрушака у срчаним шупљинама и великим крвним судовима срца.

Јетра је вишекрвна, увећана и заобљених рубова. Хистолошки се уочава хеморагијска централобуларна некроза, промене ширине синусоидалних и перисинусоидалних простора и одсуство гликогена у ћелијама јетре.

Бубрези су набубрели, бледе коре и тамних пирамида. У тубулима се уочава некроза епитела видљива као „урушавање тунела“.

Мозак. Присутан је едем. Ако је процес умирања кратко трајао, аутопсијски знаци агоније су значајно мање наглашени или изостају, а у срцу и крвним судовима налази се течна крв.

24.1.5. Судскомедицински значај агоније

Судскомедицински значај агоније је у чињеници да је треба препознати као посебан процес, што даје основ за даље медицинске и сваке друге поступке према самртнику и његовој родбини.

Иако агонија по правилу завршава смрћу, она не сме бити чињеница на основу које се доноси одлука о прекиду пружања медицинске помоћи. Медицинска помоћ мора бити пружана све док се не утврде сигурни знаци смрти организма.

Самртника није пожељно подвргавати непотребном транспорту и посебним методама медицинских интервенција. Повреде које самртник може задобити због занемоћалости тела могу бити предмет правног спорења, посебно у случајевима када су поверени на лечење и негу одговорној особи или установи.

Овакве повреде имају своја карактеристична морфолошка обележја која треба препознати ради исправног тумачења начина њиховог нахођења и евентуалног утицаја на смртни исход.

Упознавање родбине са здравственим стањем самртника потребно је и корисно због последњег опроштаја, припрема и организације сахране. Завештања, склапање брака, усвојења и сви други акти које самртник чини, могу бити проблематични са правног аспекта, због помућења свести.

24.2. СМРТ

Појам смрти организма односи се на смрт после рођења, када људско биће постаје засебан субјекат у биолошком, социјалном и правном значењу. Људски организам је врло сложене структуре, чине га милијарде ћелија, а свака од њих је елементарна јединица живота сопствене форме и функција. Удружене функције ћелија чине живот организма условљен проистеклим сложеним функцијама: срца и крвних судова, респирације и централног нервног система.

Све телесне функције, укључујући и функције ћелија појединачно, контролисане су од мозга као централног интегратора. Са трајним прекидом функција мозга започиње неповратна функционална дезинтеграција организма, те смрт мозга има значење смрти организма, иако други делови тела у тренутку њеног настанка имају животне функције. Код утврђивања смрти, функције плућа, срца и крвних судова имају другоразредно значење, јер се могу артефицијално подржавати. Свест и дисање, као есенцијалне карактеристике живота, изворне су функције мозга, а не срца и плућа.

24.2.1. Мождана смрт

Мождана смрт (*Mors cerebri*), односно прекорачена кома (*Coma depasse*), карактерише се одсуством: свести, спонтаног дисања и рефлекса можданог стабла. Праћена је хипотензијом, дијабетес инсипидусом и поремећајима терморегулације, а дефинисали су је Mollaret и Goulonjoš још 1959. године. Она је била медицинска основа за прву трансплантацију срца 1967. године, што је било у потпуној супротности са тада важећом дефиницијом смрти која је подразумевала потпун и трајан прекид кардиореспираторних функција и функција централног нервног система.

Ово је 1968. године резултовало Харвардским критеријумима за утврђивање мождане смрти, заснованим на трајном престанку свих функција централног нервног система. Трајни престанак функција централног нервног система постао је довољна чињеница за дијагнозу смрти организма. Кардиореспираторни критеријуми за утврђивање смрти су одбачени.

Нешто касније, Mohandas и Chou 1971. Године постављају нове критеријуме за утврђивање мождане смрти, познате као Минесота критеријуми. Према овим критеријумима, трајни убитак функција можданог стабла, довољан је за дијагнозу мождане смрти, јер свест и дисање, као основне карактеристике живота, не постоје без функција можданог стабла.

Најчешћи узроци мождане смрти су масивне повреде мозга, унутарлобањска крварења и тумори који доводе до енормног пораста интракранијалног притиска и хернијације можданог стабла у велики потиљачни отвор са последичним гашењем свести и респираторног центра. Ту су и изолована крварења у мождано стабло, аноксије и исхемије различите етиологије, инфективне болести итд.

Клиничку слику мождане смрти дефинишу знаци смрти можданог стабла: бесвесно стање, одсуство спонтаног дисања, фиксиране зенице без реакције на светлост, одсуство корнеалног и вестибулокохлеарног рефлекса, одсуство моторне реакције кранијалних нерава на стимулацију болом, одсуство реакције на трахеалну сукцију и одсуство респираторних покрета после прекида артефицијалне вентилације.

Стање организма код кога је дошло до трајног губитка функција коре великог мозга, праћено губитком свести и очуваним дисањем, познато као **вегетативна кома**, не испуњава критеријуме мождане смрти. У медицини и општем јавном мњењу постоји дилема да ли оваквим пацијентима код којих трајно недостаје свест, треба „бесконечно дуго“ давати вештачку исхрану.

Судскомедицински значај мождане смрти је у чињеници да је она отворила велике могућности за трансплантацију виталних органа: срца, плућа, јетре и панкреаса, чије су трансплантације до усвајања концепта мождане смрти биле незамисливе.

24.2.1.1. Мождана смрт и трансплантација Вештачко подржавање функције дисања код мождане смрти, уз очувану функцију срца, произвело је „тела са куцајућим срцем“, која немају већи степен људског живљења од „културе ткива“. Телима са куцајућим срцем могуће је кориговати крвни притисак, диурезу, ацидобазни и коагулациони статус, превенирати инфекције, давати нутрицијенте итд., чиме се битно продужава живот органа и ткива за чију трансплантацију је потребно релативно дуго време.

Клиничко одржавање оваквих тела делом компензује немогућност формирања банака паренхиматозних органа.

Велике религије, иако имају другачије погледе на живот и смрт људског бића, схватиле су практичан значај мождане смрти и прећутно је прихватиле.

24.2.1.2. Правилник о медицинским критеријумима, начину и поступку утврђивања смрти лица чији се део тела може узети ради пресађивања (Службени гласник Републике Србије бр. 31, 8. Април 2005). По овом правилнику, медицински критеријум за утврђивање смрти особа чији се део тела може узети ради пресађивања, јесте неповратни губитак свих можданих функција – мождана смрт. Она се утврђује код особа које се налазе у дубокој коми, које немају спонтано дисање, а код којих постоји јасно доказан узрок који може да објасни ово стање: повреда мозга, цереброваскуларна болест, декомпензовани интракранијални тумор и јасно документована аноксија мозга, при чему се искључују стања изазвана: интоксикацијом, претходном хипотермијом, метаболичким, ендокриним или запаљенским болестима.

Мождана смрт постоји ако се клиничким прегледом утврди: дубока кома, одсуство свих рефлекса можданог стабла и одсуство спонтаног дисања које се потврђује апнеа тестом. Она се утврђује клиничким прегледима, три пута током најмање шест сати са најмањим размаком од једног сата, а потврђује извођењем једне од метода: електроенцефалографијом, евоцираним потенцијалима, транскранијалном доплерсонографијом и церебралном ангиографијом.

Прегледе и испитивања врше два лекара: доктор медицине специјалиста неурологије или неурохирургије и доктор медицине специјалиста анестезиологије са реаниматологијом. О прегледима и испитивањима саставља се записник о можданој смрти и доноси закључак који се чува у медицинској документацији, односно историји болести. Као време смрти означава се време првог прегледа када је клиничким тестовима утврђена и дијагностичким тестовима потврђена мождана смрт.

24.2.1.3. Правномедицински појам смрти Правномедицински појам смрти подразумева трајни престанак свих функција мозга, прецизније, можданог стабла – **мождана смрт**.

Са трајним и потпуним престанком функција мозга, трајно је угашена и функција дисања по централном типу, а пре или касније угасиће се и све остале функције организма.

Код асфиксија периферног типа, понекад се престанак функције дисања појављује пре престанка можданих и кардијалних функција – **респираторна смрт**. Такође, трајни престанак функције срца понекад настаје пре гашења функција мозга и дисања – **кардијална смрт**. Трајни престанак респираторне функције по периферном типу и трајни престанак кардијалне функције, појединачно, довешће до трајног прекида можданих функција. Наглашава се „трајни престанак“, јер организам непосредно после прекида виталних функција задржава способност за евентуалну њихову поновну успоставу – **клиничка смрт**.

Правовременом реанимацијом понекад је могуће успоставити прекинуте виталне функције. Време за њихово успостављање је кратко и мери се минутима. Клиничка смрт обично је последица повреда и хируршких интервенција у склопу којих је дошло до стимулације вагуса и тренутног застоја срца. Тек после безуспешне реанимације, са коначном смрћу мозга, дијагноза смрти у правномедицинском значењу постаје коначна.

Правномедицинско значење смрти уопште не дотиче постојање или непостојање функција појединачних ћелија ткивних комплекса.

24.2.3. Биолошка смрт

Од тренутка смрти мозга, започиње процес гашења живота и у свим другим деловима тела, прецизније у свим ћелијама, које по врсти и животној кондицији немају подједнаку зависност од виталних функција, па ће умрети појединачно, иако живе заједно. Стога се на мртвом телу сатима после прекида виталних функција уочавају животне појаве – **суправиталне појаве**. Код подржавања кардиореспираторних функција, суправитално време знатно је дуже.

Биолошка смрт – целуларна или молекуларна смрт (*Mors cellularis*), подразумева престанак свих животних појава у свим ћелијама. То је процес који се догађа у времену, скопчан је са низом сложених метаболичких поремећаја, тако да је тренутак ћелијске смрти тешко прецизно одредити. Морфолошкој форми, којом се са сигурношћу потврђује целуларна смрт, много раније претходе иреверзибилне функционалне лезије које су углавном у вези са пражњењем фосфолипида из мембрана ћелија.

ЛИТЕРАТУРА:

- Al-Mousawi M, Hamed T, Al-Matouk H.** Views of Muslim scholars on organ donation and brain death. *Transplant Proc* 1997; 29:3217.
- American Academy of Neurology.** Practice parameters for determining brain death in adults. *Neurology* 1995; 45:1012–4.
- American Academy of Pediatrics.** Report of special task force: Guidelines for the determination of brain death in children. *Pediatrics* 1987; 80:298–300.
- American Medical Association.** Ethical guidelines for organ transplantation. *JAMA* 1968; 205:89–90.
- American Medical Association.** The use of anencephalic neonates as organ donors. *JAMA* 1995; 273:1614–8.
- Bernat JI** A defence of the whole-brain concept of death. *Hasting Cent Rep* 1998; 28:14–23.
- Bernstein IM, Watson M, Simmons GM, Catalano PM, Davis G, Collins R.** Maternal brain death and prolonged fetal survival. *Obs Ginekol* 1989; 74:434–7.
- Bruno MK, Kimura J.** Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 59:470
- Chandler JM, Brill R.** Brainstem encephalitis imitating brain death. *Crit Care Med* 1991; 19:977–9.
- Charlton R.** Diagnosing death. *Br Med J* 1996; 313:956–7.
- Chosh S, Bethune DW, Hardy I, Kneeshaw J, Latimer RD, Oduro A.** Managment of donors for heart and heart-lung transplantation. *Anaesthesia* 1990; 45:672–5.
- Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the United Kingdom.** Diagnosis of brain death. *Br Med J* 1976; 2:1187–8.
- Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the United Kingdom.** Diagnosis of death. *Br Med J* 1979; 1:332.
- Cooper DK, Basker M.** Physiologic changes following brain death. *Transplant Proc* 1999; 31:1001–2
- Dobb GJ, Weekes JW.** Clinical confirmation of brain death. *Anaesth Intensive Care* 1995; 23:37–43.
- Elliot JM.** Brain death. *Trauma* 2003; 5(1):23–42.
- Evans DW, Hill DJ.** The brain stems of organ donors are not dead. *Catholic Med Q* 1989; 40:113–21.
- Field DR, Gates EA, Creasy RK, Jonsen AR, Laros RK.** Maternal brain death during pregnancy. *JAMA* 1988; 260:816–22.
- Giacomini M.** A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. *Soc Sci Med* 1997; 447:1465–82.
- Grigg MM, Kelly MA, Celesia GG, Ghobrial MW, Ross ER.** Electroencephalographic activity after brain death. *Arch Neurol* 1987; 44:948–54.
- Halevy A, Brody B.** Brain death: Reconciling definitions, criteria and test. *An Intern Med* 1993; 119:519–25.

- Hanna JP, Frank JI.** Automatic stepping in the pontomedullary stage of central herniation. *Neurology* 1995; 45:985–6.
- Harvard.** A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard medical school to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 205(858):337–40.
- Haupt WF, Rudolf J.** European Brain Death Codes: A comparison of national guidelines. *J Neurol* 1999; 246:432–7.
- Heytens L, Verlooy J, Gheuenes J, Bossaret L.** Lazarus sign and extensor posturing in brain-dead patient. *J Neurosurg* 1989; 71:449–51.
- Hoffenberg R, Lock M, Tilney N et al.** Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation. *Lancet* 1997; 350:211–3.
- Hoffenberg R.** Christian Barnard: His first transplants and their impact on concepts of death. *Br Med J* 2001; 323:1478–80.
- Howlett TA, Keogh AM, Perry L, Touzel R, Rees LH.** Anterior et posterior pituitary function in brain-stem dead donors. *Transplantation* 1989; 47:828–34.
- Ivan LP.** Spinal reflexes in cerebral death. *Neurology* 1973; 23:650–2.
- Iwai A, Sakano T, Uenishi M, Sugimoto H, Yoshioka T, Sugimoto T.** Effects of vasopresin and catecholamines on the maintenance of circulatory stability in brain-dead patients. *Transplantation* 1989; 48:613–7.
- Jones JG, Vuæevioe M.** Not awake, not asleep, not dead. *Intensive Care Med* 1992; 18:67–8.
- Kaukinen S, Makela K, Hakkinen VK, Martikainen K.** Significance of electrical brain activity in brain-stem death. *Intensive Care Med* 1995; 21:76–8.
- Kerridge IH, Saul P, Lowe M, Mc Phee J, Williams D.** Death, dying and donation: Organ transplantation and the diagnosis of death. *J Med Ethics* 2002; 28:89–94.
- Mandel S, Arenas A, Scasta D.** Spinal automatism in cerebral death. *New Engl Med* 1982; 307:501.
- Manninen DI, Evans RW.** Public attitudes and behaviour regarding organ donation. *JAMA* 1985; 253:3111–5.π
- Marti-Masso JF, Suarez J, Lopez-Navidad A, Caballero F, Otermin P.** Decerebrate-like posturing with simulated by gullian-barre syndrome. *J Neurol Sci* 2000; 120:115–7.
- Mayer SL.** Thoughts on the Jewish perspective regarding organ transplantation. *J Transplant Coordination* 1997; 7:67–71.
- Milovanovioe M.** *Sudska medicina*. Sedmo preštampano izdanje. Beograd: Medicinska knjiga Beograd – Zagreb; 1975.
- Mohands A, Chou SN.** Brain death. A clinical and pathological study. *J Neurosurg* 1971; 35:211–8.
- Molaret P, Goulon M.** A state beyond coma. Preliminary report. *Revue Neurologique* 1959; 101:3–15.
- Novitzky D.** Detrimental effects of brain death on the potential organ donor. *Transplant Proc* 1997; 29:3770–2.

- Palis C.** Further thoughts on brainstem death. *Anesth Intensive Care* 1995; 23:20–3. **Palis C.** Medicine and the Media. *Br Med J* 1980; 281:1064.
- Parisi JE, Kim RC, Collins GF, Hilfinger MF.** Brain death with prolonged somatic survival. *New Engl J Med* 1982; 306:14–6.
- Popovioe D., Tasioe M., Šovljanski M.** *Sudska medicina*. Novi Sad: Medicinski fakultet; 1983.
- Powner DJ, Ackerman BM, Grenvik A.** Medical diagnosis of death in adults: Historical contributions to current controversies. *Lancet* 1996; 348:1219–23.
- Ringel RA, Riggs JE, Brick JF.** Reversible coma with prolonged absence of papillary and brain stem reflexes. *Neurology* 1988; 38:1275–8.
- Robertson KM, Cook DR.** Perioperative management of the multiorgan donor. *Anesth Analg* 1990; 70:546–56.
- Ropper AH, Kennedy SK, Russell L.** Apnea testing in the diagnosis of brain death. *J Neurosurg* 1981; 55:942–6.
- Ropper AH.** Anusual spontaneous movements in brain-death patients. *Neurology* 1984; 34:1089–92.
- Royal College of Physician.** Criteria for the diagnosis of brain stem death. *J Roy Coll Physicians of the London* 1995; 29:38–2.
- Siegel JA, Saukko JP, Knupfer CG.** *Encyclopedia of Forensic Sciences*. Academic Pres: London; 2000.
- Taylor AS.** *Taylor,s principles and practice of medical jurisprudence*. 12th ed. London: J&A Churchill Ltd; 1965.
- Taylor RM.** Re-examining the definition and criteria of death. *Sem Neurol* 1997; 17:265–70.
- Urusaki E, Tokimura, Kumai JI, Yokota A.** Preserved spinal dorsal horn potentials in a brain-dead patient with Lazarus sign. *J Neurosurg* 1992; 76:710–3.