

Stefan Jerotić i Janko Nešić<sup>1</sup>

## FENOMENOLOGIJA I PSIHIJARIJA: OBLIKOVANJE DIJAGNOZE

*APSTRAKT: Fenomenologija je filozofska disciplina koja ima za cilj analizu i ispitivanje struktura subjektivnog iskustva. Od formulisanja osnovnih principa ove tradicije, fenomenologija je usko povezana sa psihijatrijom. Imajući u vidu da je osoba koja doživljava psihopatološke pojave predmet psihijatrije, fenomenologija pruža adekvatan okvir za razumevanje ovih doživljaja. U radu pokazujemo na koji način fenomenologija može pojmovno i metodološki unaprediti dijagnozu u psihijatriji. U kliničkom radu, fenomenologija može se primeniti u okviru procesa dijagnostičkog rezonovanja, dajući značajniju dubinu i nijanse psihopatologiji u okviru dijagnoze psihijatrijskog poremećaja. Fenomenologija može unaprediti metodu psihijatrijskog intervjua, tako što ukazuje na značaj psihopatološkog geštalta i ejdetsku redukciju sa otklonom od različitih predrasuda prilikom istraživanja psihopatološkog iskustva. Kao što pokazujemo u radu, polustrukturisani intervjui posebno je značajna, mada ne i jedina fenomenološka metoda, koja kliničarima može biti od pomoći pri opisu i prepoznavanju psihijatrijskih geštaltova.*

*KLJUČNE REČI: fenomenologija, psihijatrija, dijagnoza, fenomenološko gradiranje, psihopatološki geštalt, polustrukturisani intervjui*

### 1. Uvod

Fenomenološka filozofska tradicija Huserla, Hajdegera, Sartra i Merlo-Pontija izvršila je veliki uticaj na psihijatriju.<sup>2</sup> Pod fenomenologijom podrazumevamo filozofsku

---

1 Imena autora su navedena prema abecednom redu, a ne prema doprinosu.

2 Nedavno je obeležena stogodišnjica fenomenološke psihijatrije. Prelomni događaj (25. novembar 1922. godine) bio je 63. sastanak švajcarske psihijatrijske asocijacije na kome su izlagali Minkovski i Binswanger. Ovi psihijatri su tada utvrdili da isključivo biološki ili psihološki modeli objašnjavanja nisu dovoljni da rasvetle neka od centralnih pitanja koja se tiču psihopatologije. Od ovog datuma se računa osnivanje pokreta fenomenološke psihijatrije. Stogodišnjica fenomenološke psihijatrije je obeležena tokom 2022. godine i u Beogradu, na simpozijumu koji su organizovali autori ovog rada. Snimci predavanja sa simpozijuma dostupni su ovde: (<https://www.youtube.com/@phenomenologicalandenactivepsy>)

disciplinu čiji je „cilj da razume suštinske strukture ljudskog iskustva i egzistencije” (Parnas & Zahavi 2002: 143). Fenomenologija se ne sme svesti na deskripciju, ona jeste „proučavanje unutrašnjeg iskustva” (Jaspers 1978); u slučaju psihopatologije - pacijenta. Kako bi se dali opisi iskustva potreban je određeni pojmovni okvir. Imajući u vidu da je psihopatologija osnovna nauka psihijatrije (Stanghellini et al. 2019), kao i da su patološke psihičke pojave objekti svesti, razumljiva je potreba za posebnom metodom koja bi bila primenjena na analizu struktura i sadržaja svesti (subjektivnosti). Fenomenološki metod jeste metod analize svesti, a njegova primena na psihopatologiju naziva se *fenomenološka psihopatologija*. Ona predstavlja disciplinu koja nam pomaže da razumemo proživljeno iskustvo pacijenta (eng. *lived experience*). Oblast fenomenološke psihopatologije je, i danas, izuzetno aktivna o čemu svedoči veliki broj originalnih istraživačkih radova u skorije vreme. Fenomenološka psihopatologija može obogatiti svakodnevni klinički rad u psihijatriji kroz primenu dijagnostičkog rezonovanja, dajući značajniju dubinu i nijansu psihopatologiji u okviru dijagnoze psihijatrijskog poremećaja. Fenomenološki pristup takođe može pomoći da se metode istraživanja prirode psihijatrijskih poremećaja, kao i metode njihove dijagnoze, poboljšaju i izoštire. Ovde mislimo, pre svega, na upotrebu fenomenološkog, polustrukturisanog intervjua u psihijatriji.

Dva pomenuta fenomenološka doprinosa dijagnostici psihijatrijskih poremećaja biće predmet našeg rada. Argumentovaćemo da se razumevanje psihijatrijskih poremećaja, a u vezi s tim i savremena psihijatrijska dijagnostika, mogu unaprediti kroz integraciju sa fenomenološkim pojmovnim aparatom, kao i kroz primenu fenomenoloških metoda. U odeljku 2 ukazujemo na probleme operacionalnih dijagnostičkih kriterijuma trenutnih nozoloških sistema te kako fenomenološka psihopatologija može pomoći u prevazilaženju i rešavanju tih problema. Jedna mogućnost, koju ćemo istražiti u odeljku 3, je da se izvrši sinteza iskustvenih struktura fenomenološke psihopatologije sa dijagnostičkim kriterijumima u okviru dijagnostičko-terapijskog rezonovanja. Fenomenološka psihopatologija nam ukazuje da psihijatrijske poremećaje posmatramo kao iskustvene celine ili gešaltove (odeljak 4). Drugi način da se dijagnostika učini preciznijom i osetljivijom za delikatnu prirodu mentalnih poremećaja i promene u doživljenom iskustvu psihijatrijskih pacijenata, kako argumentujemo u odeljku 5, jeste kroz primenu fenomenološkog, polustrukturisanog intervjua. Ovaj tip intervjua upravo ima za cilj pravilno prepoznavanje psihijatrijskih gešaltova.

## 2. Fenomenološka psihopatologija i oblikovanje dijagnoze u psihijatriji

Pojam dijagnoze u psihijatriji prate značajne kontroverze. Kontroverze se dominantno tiču fundamentalnih principa na kojima počiva nozologija (klasifikacije poremećaja) za koju se godinama unazad tvrdi da je u svojevrsnoj „krizi” (Zachar & Kendler 2017). Tradicionalne dijagnostičke kategorije, prisutne u klasifikacionim

sistemima koji su danas u upotrebi, nisu zadovoljavajuće po mnogo pitanja. Jedno takvo pitanje tiče se validnosti dijagnoza, odnosno koliko određena, jasno definisana, dijagnostička kategorija odgovara manifestaciji tog poremećaja u prirodi. Takođe, precizno iscertani dijagnostički okviri koji podrazumevaju međusobne kvalitativne razlike između poremećaja (kao i između poremećaja i zdrave populacije) su problematični, što se i odražava kroz stalne debate u literaturi o poremećajima kao kategorijama, naspram poremećajima kao ekstremnim pozicijama kontinuuma koji se prostire i u psihičko zdravlje. Na primer, poslednjih godina se govori o „odumiranju pojma shizofrenije” (Guloksuz & Van Os 2018) koga treba da zameni pojam psihoze kao kontinuuma, imajući u vidu da savremena istraživanja govore u prilog mišljenju da su sržne psihopatološke (i etiološke) karakteristike različitih psihotičnih poremećaja (shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, uključujući i bipolarni poremećaj) slične, uz manje varijacije (Guloksuz & Van Os 2018, Thaker 2012).

Takođe, značajna preklapanja, kada su simptomi u pitanju, su utvrđena i između psihotičnih poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti (Schroeder, Fisher, & Schäfer 2013), kao i između velikog depresivnog poremećaja i generalizovanog anksioznog poremećaja (Zbozinek et al. 2012). Dodatno, utvrđeno je da je značajan broj simptoma, definisanih u dijagnostičkim klasifikacijama u okviru major psihijatrijskih poremećaja, prisutan u opštoj populaciji (Van Os & Reininghaus 2016). Usled ovih preklapanja i dijagnostičkih nejasnoća, istraživanja iz oblasti fenomenološke psihopatologije su u velikoj meri usmerena prema utvrđivanju domena iskustvenih promena kod pacijenata koji se u vidu kontinuuma prostiru izvan granica dijagnostičkih kategorija (transdijagnostički) (Nelson, Hartmann, & Parnas 2018). Naspram toga, aktuelni pristup na kome se zasniva procena simptoma koji su i osnova za utvrđivanje dijagnoze, jeste princip operacionalizacije kriterijuma, o čemu će u nastavku biti reči.

Jedno od ključnih pitanja za kliničku psihijatriju jeste pitanje značaja dijagnoze za sprovođenje terapije koja je individualizovana i usmerena prema pacijentu kao posebnoj, odn. jedinstvenoj individui. Poznato je da je redukovanje subjektiviteta osobe na „tip”, odn. dijagnozu u okviru klasifikacionog sistema nedovoljno, ne samo za individualizaciju tretmana, već i za utvrđivanje prognoze. Postoji ogroman varijabilitet u evoluciji i toku psihičkih smetnji u okviru jedne dijagnoze, pa tako i danas postoje velike poteškoće u predviđanju toka bolesti kod pacijenata, isključivo na osnovu psihijatrijske dijagnoze, što nije slučaj sa dijagnozama u drugim medicinskim disciplinama (Maj 2020). Usled toga, smatra se da glavni izazov savremene psihijatrije predstavlja potreba za dodavanjem dubine i nijanse dijagnozi kada je psihopatologija u pitanju, kao i povećanje upotrebne vrednosti psihijatrijske dijagnoze. Drugim rečima, postoji potreba za detaljnijom kliničkom karakterizacijom svakog pojedinog slučaja. Deo odgovora na tu potrebu može pružiti integrisanje fenomenološke psihopatologije u kliničko gradiranje bolesti (eng. *clinical staging*) u okviru dijagnostičkog rezonovanja u psihijatriji (Nelson, McGorry, & Fernandez 2021, Drożdżowicz 2020).

Nozološki sistemi u zvaničnoj upotrebi, Međunarodna Klasifikacija Bolesti, sada u jedanaestoj reviziji (MKB-11) i DSM-5 (2013) su osmišljeni na temelju principa operacionalizacije dijagnostičkih kriterijuma. Dijagnoza se postavlja na osnovu utvrđivanja prisustva određenih kriterijuma koji se, na osnovu konsenzusa stručnjaka, smatraju neophodnim za postavljanje dijagnoze psihijatrijskog poremećaja. Koreni pokreta koji je uveo operacionalizaciju u psihijatriju vode poreklo od neopozitivističkog filozofa Karla Hempela koji je održao predavanje na godišnjem sastanku Američke Psihijatrijske Asocijacije 1959. godine, u toku kojeg je zagovarao „operacionalni karakter pojmova” (Bridgman 1927, uporedi Parnas & Bovet 2017).<sup>3</sup> U psihijatriji, operacionalizacija je protumačena na sledeći način: neophodno je da se operacija kojom se utvrđuje dijagnoza sastoji od prebrojavanja prethodno definisanih simptoma (na primer, prisustvo 2 od 3 glavna kriterijuma za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja). Stoga, operacionalizovani dijagnostički kriterijumi su definisani kao simptomi koji predstavljaju referentne tačke, ili okvir za proces razumevanja mentalnih poremećaja (Drożdżowicz 2020, Kernberg 1967).

Tako, jedan od glavnih kriterijuma za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja uključuje barem dva od tri navedena: depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja za aktivnosti koje su ranije dovodile do zadovoljstva i gubitak energije. Velika prednost postojanja dijagnostičkih kriterijuma i njihove operacionalizacije jeste ta, što je značajno pospešila pouzdanost dijagnoza (eng. *reliability*), koja podrazumeva međusobno slaganje između dva nezavisna ispitivača. Drugim rečima, pomaže prilikom razmatranja šta jednog pacijenta opredeljuje za prisustvo dijagnoze određenog psihijatrijskog poremećaja, tako da su različiti procenjivači usaglašeni po pitanju utvrđivanja dijagnoze. Operacionalizacija kriterijuma je, još od osamdesetih godina XX veka, osnovni princip na kome su utemeljene i sve buduće revizije dijagnostičkih sistema, uključujući i sadašnji MKB-11 i DSM-5. Usled toga, u zahtevima današnje kliničke prakse i potrebe za brзом procenom, dijagnostikom i primenom terapije, često dolazi do pogrešnog verovanja da dijagnostički kriterijumi predstavljaju psihijatrijsku bolest, odnosno operacionalizovani kriterijumi se identifikuju sa psihijatrijskim poremećajem *per se* (Drożdżowicz 2020, Kendler 2016).

3 Pod pojmom se podrazumeva određeni skup operacija, „pojam je sinoniman sa odgovarajućim skupom operacija”. (Bridgman 1927: 5). Po Hempelu (1965: 123-4): „da bismo razumeli značenje naučnog termina moramo znati operacionalne kriterijume njegove primene”. Kako ovo primeniti na psihijatrijske pojmove? Problem koji imaju i taksonomije od DSM-II naovamo je upravo što se u potpunosti operacionalne definicije ne mogu formulisati, pa se onda moraju naći dovoljno zadovoljavajuće zamene. Dijagnostički sistemi oslobođeni teorijskih pretpostavki nisu mogući, jer su metafizičke pretpostavke prisutne čak i u bazičnim pojmovima (npr. deluzija, halucinacija, mentalno). Takođe, dijagnostički kriterijumi ne obraćaju dovoljno pažnje na subjektivna iskustva pacijenata (Parnas & Zahavi, 2002: 140). Sve ovo je vodilo tome da psihopatologija postane bihejvioralno orijentisana, te se dijagnostički kriterijumi definišu pretežno u vidu bihejviorističkih tvrdnji.

Dodatan problem u upotrebi kriterijuma koji su operacionalizovani jeste taj što su dijagnostički kriterijumi ciljano definisani na najjednostavniji način (na tzv. „najnižem nivou inferencije”) (Andreasen 2007). Posledica toga je sistematično umanjenje složenosti opisa centralnih struktura iskustva, koje je dalje pospešeno čestim preporukama upotrebe strukturisanih dijagnostičkih intervjuja radi standardizacije procene u okviru kliničke prakse ili kliničkog istraživanja (Drożdżowicz 2020). Postoje mišljenja, sa kojima su autori ovog rada saglasni, da isključivo praktikovanje pristupa upotrebe operacionalizovanih kriterijuma u dijagnostici predstavlja značajno osiromašenje psihopatologije. Kao što je prethodno rečeno, neophodno je imati u vidu da je psihopatologija osnovna nauka psihijatrije (Jerotić & Pantovic-Stefanovic 2021, Stanghellini & Broome 2014). S obzirom da dijagnostika poremećaja na osnovu operacionalizovanih kriterijuma traje decenijama unazad, mnogi mlađi psihijatri smatraju da je izlišno dalje ispitivati psihopatologiju kod određenog pacijenta onda kada je procenjeno prisustvo specifičnih kriterijuma prema MKB-u i DSM-u. Takođe se smatra da je pojednostavljenje dijagnostičkih kriterijuma uticalo na to da se psihopatološki diskurs preusmeri na laički nivo (Kendler 2017a). Usled toga, svi prethodni, dublji uvidi, u smislu deskriptivne psihopatologije, kojim je istorija psihijatrije izuzetno bogata (Karl Jaspers, Emil Krepelin, Obri Luis), se doživljavaju kao manje značajni (Kendler 2017a). Sve navedeno dovodi do pojave jedne vrste „ontološke” brige. Naime, ukoliko se predmet psihijatrijskog izučavanja koncipira kao psihijatrijski poremećaj koji je definisan kao dijagnoza u klasifikacionom sistemu (postavljena kroz operacionalizovane kriterijume), dolazi do drastičnog osiromašenja i pojednostavljenja psihijatrije kao medicinske discipline. Operacionalizovani kriterijumi i tzv. simptom i znaci se obuhvatnije mogu razumeti samo uz uvažavanje psihopatoloških pojava kao fenomena svesti, dakle u kontekstu fenomenološke psihopatologije (Parnas, Sass, & Zahavi 2012).

Ipak, jednostavnost i sažetost dijagnostičkih kriterijuma koji dovode do utvrđivanja dijagnoze ima i značajnih prednosti, naročito u pomenutim uslovima svakodnevne kliničke prakse. Kao što Kendler koncizno sumira, „istorija nas je naučila da, prepusten samom sebi, svaki veliki učitelj psihijatrije dobija nameru da razvija svoj dijagnostički sistem”, što neminovno dovodi do dijagnostičkog haosa (Kendler 2017a: 188). Stoga, kao što je pomenuto, pouzdanost utvrđivanja dijagnoze, između različitih ispitivača jeste i osnovni smisao današnjih dijagnostičkih klasifikacija (Ghaemi 2018). Međutim, proces dobre kliničke prakse, odnosno dobrog dijagnostičko-terapijskog rezonovanja, u širem smislu, jeste istraživanje subjektivnih iskustva pacijenata. Jasno je, ipak, da se istraživanje subjektivnog iskustva pacijenta ne može postići ukoliko se u razmišljanju o psihopatologiji ne izađe izvan MKB-a i DSM-a (Kendler 2016). Stoga, iako je možda neophodno da utvrđivanje dijagnoze bude zasnovano na operacionalizovanim kriterijumima, proces dijagnostičko-terapijskog rezonovanja je potrebno obogatiti pojmovima fenomenološke psihopatologije.

Istraživanja u fenomenološkoj psihopatologiji najčešće kao početnu tačku ne koriste određenu dijagnostičku kategoriju prema MKB-u ili DSM-u, već započinju od bazičnih, centralnih, iskustvenih struktura ili elementarnih karakteristika subjektiviteta koji su već identifikovani u okviru fenomenološke tradicije (Nelson et al. 2021). Iskustvene strukture koje se uobičajeno izučavaju su (adaptirano prema Nelson et al. 2021 i Pienkos & Sass 2017): (1) sopstvo (eng. *selfhood*), koje uključuje pre-reflektivni doživljaj, poput – *kako je to biti ja*, ili, *ja sam onaj koji deluje i vlasnik sam sopstvenih iskustva*, kao i narativnu konstrukciju identiteta; (2) intersubjektivnost (eng. *intersubjectivity*), uključujući kapacitet za uključivanje u interakcije sa drugim ljudima koji se opažaju kao ekspresivni subjekti; (3) utelovljenje (eng. *embodiment*), uključujući pojavu promenljivosti perspektive povodom tela kao materijalnog objekta (nem. *Körper*) i tela kao sastavnog doživljaja „usidrenosti” u svet ili život (nem. *Lieb*); (4) afektivitet, uključujući prilagođavanje okolini i njeno subjektivno prebojavanje prisustvom raspoloženja i emocionalnih stanja; (5) razumevanje, koje uključuje kognitivne procese osmišljavanja i interpretiranja sredinskih dešavanja; (6) temporalnost, koja konstituše doživljaj proživljenog protoka vremena; (7) prostornost (eng. *spatiality*), uključujući kapacitet za spoznaju i funkcionisanje u različitim životnim prostorima; (8) egzistencijalna orijentacija koja podrazumeva implicitne vrednosne stavove i životnu filozofiju, odnosno „pogled na svet”. Iako je ovde navedena samo lista mogućih domena, koja ne mora biti definitivna (Larsen et al. 2022), fenomenološki orijentisani filozofi smatraju da navedene dimenzije strukturiraju i organizuju naše iskustvo. Instrumenti koji pomažu prilikom procene ovih, fenomenološki utemeljenih iskustvenih struktura su razvijeni poslednjih godina i omogućavaju kvantifikaciju poremećaja u okvirima ovih domena (Parnas et al. 2005, Sass et al. 2017).

### 3. Fenomenološko gradiranje bolesti

Integracija iskustvenih struktura koje potiču iz fenomenološke psihopatologije sa dijagnostičkim kriterijumima u okviru dijagnostičko-terapijskog rezonovanja se može ostvariti kroz usvajanje pristupa gradiranja bolesti (eng. *clinical staging*). Gradiranje bolesti je klinički pojam koji vodi poreklo iz drugih medicinskih disciplina, a pozivi za usvajanje ovog principa u psihijatriji datiraju godinama unazad, i nisu isključivo vezani za fenomenološki narativ (McGorry et al. 2006, McGorry & Van Os 2013). Gradiranje bolesti podrazumeva utvrđivanje položaja individue na kontinuumu bolesti, u okviru koga su definisani određeni stadijumi. Stadijumi bolesti dalje opredeljuju terapijski postupak i nivo nege, stoga cilj gradiranja jeste poboljšanje kliničke upotrebne vrednosti i preciznije praćenje progresije bolesti. Uobičajeni stadijumi u okviru gradiranja bolesti su sledeći: stadijum 0 – bez trenutnih simptoma; stadijum 1a – traženje pomoći sa distresom; stadijum 1b – atenuisani simptomi (“sub-pragovni”); stadijum 2 – prva tretirana

epizoda; stadijum 3 – uporna ili ponovna epizoda; stadijum 4 – teraporezistenca. Gradiranje bolesti omogućava i donošenje odluke o terapijskoj intervenciji koja je preventivnog tipa. Drugim rečima, cilj je preveniranje progresije bolesti u sledeći stadijum (Drożdżowicz, 2020). Zaustavljanje progresije bolesti je od velikog značaja, kada su psihijatrijski poremećaji u pitanju. Smatra se da prevencija pojave epizode u poremećajima poput shizofrenije i drugih poremećaja iz spektra psihoza, velikog depresivnog poremećaja, kao i bipolarnog afektivnog poremećaja može da zaustavi opadanje kvaliteta života i pogoršanje funkcionalnih ishoda koji se tiču životne adaptacije pacijenata (Ebert & Cuijpers 2018, Lieberman, Small, & Girgis 2019, Nestsiarovich et al. 2021).

Sušтина spajanja fenomenološke psihopatologije i modela kliničkog gradiranja jeste predlog superponiranja promena u iskustvenim strukturama (fenomenološka psihopatologija) na stadijume bolesti. Drugim rečima, psihopatološke promene u strukturi iskustva mogu se analizirati u kontekstu progresije stadijuma bolesti (Nelson et al. 2021). Postoje najmanje dve značajne prednosti u spajanju fenomenološke psihopatologije i modela kliničkog gradiranja: (1) davanje dubine opisima psihopatologije i „povećanje rezolucije“ poremećaja i (2) mogućnost integracije fenomenološke psihopatologije i modela kliničkog gradiranja na nomotetskom nivou, pored idiografskog.

Integracijom fenomenološke psihopatologije i kliničkog gradiranja dijagnostičko rezonovanje postaje proces koji uključuje više nivoa sa progresivnim „povećanjem rezolucije“ poremećaja, a delimično i reformiše psihijatriju kao medicinsku disciplinu. Opsežniji i detaljniji pristup psihopatologiji kroz fenomenologiju može doprineti boljoj spoznaji značajnih psihopatoloških elemenata koji mogu biti zamaskirani (mogu se prevideti) uobičajenim dijagnostičkim pristupom koji se zasniva na brojanju simptoma prema dijagnostičkim kriterijumima. Primera radi, generalizovana anksioznost (preterana briga koja je usmerena prema raznim aspektima svakodnevnog života) koja je verovatno povezana sa neuroticizmom kao dimenzijom ličnosti je sasvim različita od anksioznosti kod osobe sa shizofrenijom (Nelson et al. 2018: 262). Takva anksioznost u shizofreniji se može manifestovati i u vidu „pan-anksioznosti“, uz nejasan kognitivni sadržaj, ili u vidu „ontološke anksioznosti“ (eng. *ontological anxiety*) koju prati implicitan doživljaj nestabilnosti i nepouzdanosti postojanja sveta izvan pacijenta. Međutim, bez dubljeg istraživanja ove tegobe, koje omogućavaju saznanja iz fenomenološke psihopatologije, anksioznost ostaje nedefinisana i zamagljuje proces dijagnostičkog rezonovanja.

Prema Nelsonu i sar., produblјivanje i „povećanje rezolucije“ uz model kliničkog gradiranja se može vršiti kroz najmanje tri nivoa detalja (Nelson et al. 2021). Tako, najniži nivo detalja obuhvata stadijum bolesti (npr. stadijum 2), srednji nivo simptome i znake (npr. sumanutost i halucinacija), dok najviši nivo podrazumeva fenomenološke poremećaje (npr. poremećaj sopstva, razumevanja, egzistencijalne orijentacije, prostornosti). Zajedno sagledavanje sva tri nivoa detalja može pomoći prilikom daljih donošenja odluka o primeni terapije ili prognostičkim razmatranjima. Ovaj pristup razrešava

početnu tenziju između operacionalizovanih kriterijuma (pojednostavljeno i kratko) i fenomenoloških pristupa koji su usmereni na detaljnu deskripciju iskustva (složeno i detaljno) (Drożdżowicz 2020: 690). Takođe, fenomenološka psihopatologija u okviru modela gradiranja bolesti delimično reformiše psihijatriju unutar medicinskog modela, imajući u vidu uticaj koji je model kliničkog gradiranja bolesti izvršio u drugim medicinskim disciplinama, naročito u okviru onkoloških bolesti u okviru kojih se prognoza i odluke o daljem tretmanu vrše upravo na osnovu stadijuma bolesti. Integrisanje navedenih pojmova – dubinske procene psihopatologije u sadejstvu sa modelom kliničkog gradiranja bolesti stoga može imati značajan, neposredni efekat na psihijatrijsku negu.

Druga značajna prednost, prema Nelson i sar. podrazumeva mogućnost integracije fenomenološke psihopatologije i modela kliničkog gradiranja, kako na idiografskom nivou, tako i na nomotetskom nivou (Nelson et al. 2021). Pored davanja dubine psihopatologiji kroz pojedine kliničke stadijume kod konkretne individue (idiografski nivo), Nelson i sar. smatraju da određena kombinacije stadijuma bolesti i poremećaja centralne strukture iskustva može biti povezana sa pojedinim simptomima u vidu pravilnosti koja nije samo vezana za pacijenta kao individuu. Autori navode primer – moguće je da je psihotični poremećaj u stadijumu 2 praćen sa značajnim poremećajima sopstva i utelovljenosti povezan sa prisustvom Šnajderijanskih simptoma prvog reda. Ovakvi nalazi mogu imati implikacije i za dalja istraživanja i moguće je razvijati hipoteze koje se tiču etiologije poremećaja. U skladu sa tim, istaknuti kliničari poput Andreasenove (Nancy Andreasen) i Kendlera (Kenneth Kendler) smatraju da zanemarivanje fenomenološke psihopatologije vodi progresivnom gubitku veština ispitivanja iskustvenih struktura, te da je gubitak veštine ispitivanja psihopatologije faktor koji ograničava etiološka istraživanja (Andreasen 2007, Kendler 2017b, Nelson et al. 2018).

#### 4. Psihopatološki geštalt

Fenomenološki orijentisani psihijatri i filozofi psihijatrije smatraju da je za dobru i preciznu dijagnostiku potrebno uočavati geštaltove psihijatrijskih poremećaja (nem. *Gestalts*). Simptomi i znaci bolesti nisu izolovani (niti se tako pojavljuju) već se u sklopu manifestacije bolesti pojavljuju u vidu celine (geštalt) - pojedinačni simptomi su samo aspekti te celine (Henriksen et al. 2021). Simptomi su ekspresivni, obojeni emocijama, interpretacijama i verovanjima samih pacijenata. Prepoznavanje distinktivnog geštalta je zadatak psihijatra, i to nimalo lak. Kliničar mora biti dovoljno vešt da uoči geštalt poremećaja, što podrazumeva dobru dijagnostičku intuiciju da bi se naslutilo o kom poremećaju se radi (da prepozna šemu poremećaja, eng. *pattern recognition*), ali i da se dodatno istraži da li se i dodatni aspekti geštalta manifestuju (eng. *pattern completion*) (Henriksen et al. 2022). Oba ova procesa (intuicija i dodatno istraživanje) predstavljaju aspekte dijagnostičkog rezonovanja koje se sprovodi intervjuisanjem



osobe kod koje se sumnja na psihijatrijski poremećaj. Psihopatološki geštalt i jeste „karakterističan obrazac, odnosno određena objedinjujuća struktura iskustvenih, ekspresivnih i bihejvioralnih fenomena, koja se pojavljuje kroz, povezuje, oblikuje i boji simptome i znakove određenog mentalnog poremećaja” (Henriksen et al. 2022: 47, v. Nordgaard & Henriksen 2019). Na sličan način o uočavanju geštaltova psihijatrijskih poremećaja pisao je još Karl Jaspers u *Opštoj psihopatologiji* (Jaspers 1978, v. pojam „trouble générateur” kod Minkovskog, Minkowski 1933/1970, i Parnas 2012).

Kliničar mora imati dobro poznavanje karakteristika različitih geštaltova da bi na pravi način i sa preciznošću povezo pojavljivanje simptoma sa njihovim geštaltom. Usko povezan sa geštaltom je pojam prototipa. Prototip je karakterističan primerak neke vrste. Ovakvi prototipski slučajevi čine jezgro geštalta, dok se manje tipični slučajevi nalaze na granicama geštalta. Dakle, geštaltovi dolaze u vidu dijagnostičkog spektra (Henriksen et al. 2022). Primera radi, prototipsku manifestaciju onoga što se nazivalo psihoza čine karakteristični simptomi i znaci (sumanutosti proganjanja, akustičke halucinacije neprijatnog sadržaja). Osobe sa takvim poremećajem ponekad mogu jednostavno prepoznati i laici. Međutim, psihozu čini spektar poremećaja u okviru koga se mogu naći i manje tipične manifestacije u okviru kliničke slike (npr. stanja koja podsećaju na hipohondriju, ali kod kojih se briga za zdravlje se zapravo nalazi na sumanutoj osnovi). Takve, manje tipične, manifestacije takođe sadrže geštalt, koji je međutim značajno teže uočljiv, čak i za iskusne kliničare. Ovo i jeste cilj fenomenološkog pristupa u psihijatriji, da se otkrije nužna struktura anomalijskih iskustava, što se postiže ejdetskom redukcijom. Po fenomenološkom pristupu, dijagnostički entitet je smisljena celina (geštalt), jedna nepromenljiva fenomenološka struktura (Parnas & Zahavi 2002: 156-7; do tih struktura želimo da dođemo upotrebom kvalitativnih, fenomenoloških intervjua, v. Høffding & Martiny 2016: 543). Parnas i Zahavi podsećaju da cilj primene fenomenološke redukcije kao metode jeste da se dođe do struktura subjektivnosti (prepoznavanje manifestovanja određenog geštalta). Henriksen i sar. (2022: 48) ukazuju da se dijagnoza vrši prvo prototipski, kao dijagnoza određenog spektra poremećaja, a tek onda se dolazi do precizne dijagnoze prema dijagnostičkom priručniku (MKB-11 ili DSM-5). Zarad dobrog i pravovremenog prepoznavanja psihopatoloških geštaltova potrebno je veliko znanje i bogato kliničko iskustvo.

## 5. Fenomenološki intervju

Da bi se uočili i „uhvatili” psihopatološki geštaltovi, potrebni su odgovarajući metodi koji će nam pomoći u njihovom prepoznavanju. Najbolji metod za prikupljanje podataka u psihopatologiji će biti onaj koji će pomoći pri dijagnozi, tj. pri prepoznavanju određenog geštalta poremećaja, kako se smatra u fenomenološkom pristupu psihopatologiji (Henriksen et al. 2021). Kada su simptomi u pitanju, kvantifikacija

intenziteta i učestalosti pojave simptoma je standard procene u psihopatologiji, već decenijama unazad. U psihijatriji, skale za procenu psihijatrije su dominantno ušle u upotrebu nakon uvođenja randomizovanih kontrolisanih studija, a usled neophodnosti procene odgovora na određen lek radi demonstriranja njegove efikasnosti (uobičajen postupak u svim medicinskim disciplinama). Svakodnevna upotreba u kliničkoj praksi se najčešće zasniva na primeni, strukturisanih i polustrukturisanih intervju (eng. *self-rating scales, structured interviews, or semi-structured interviews*). Skale samoprocene poput Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS), Cungove skale anksioznosti (ZAS), Revidirane skale za halucinacije (RHS) ili skale za simptome slične psihozi (PLIKS) se sastoje od niza pitanja ili izjava, koje pacijent sam čita i na njih odgovara. Takve skale se lako mogu primeniti na veliki broj ispitanika, ti podaci su kvantitativni i podložni statističkoj analizi (mogu se popunjavati i onlajn). Pitanja koje sadrže ove skale su formulisana običnim jezikom koji nije klinički, imajući u vidu da je neophodno da ih razumeju laici. Problem sa ovim skalama je taj što ne možemo biti sigurni da je pacijent razumeo pitanje ili adekvatno odgovorio na njega, te se postavlja pitanje o validnosti dobijenih rezultata (čak i kada je pacijent odgovorio afirmativno). Mnogo toga ostaje nedorečeno (pogotovo kad su u pitanju procene simptoma psihoze). Često se napominje da su strukturisani intervjui „zlatni standard” i podstiče se njihova primena u svakodnevnoj praksi, imajući u vidu da je pouzdana kvantifikacija simptoma, koja je jednaka i između različitih istraživača, dobra mera toka bolesti.

Zarad povećanja pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze sedamdesetih godina prošlog veka došlo je do operacionalizacije psihijatrije (počev od DSM-III), sa namerom da se psihijatrijski poremećaji definišu bez teorijskih pretpostavki (eng. *a-theoretically*) preko skupova dijagnostičkih kriterijuma. Ali ovi kriterijumi zapravo ne bi trebalo da služe da definišu suštinu psihopatologije određenog poremećaja (Andreasen 2007), nisu iscrpni, već su samo uputstva za davanje dijagnoze, na šta se ukazuje u samim priručnicima (APA 2013). Ukazano je na to da „dijagnostički kriterijumi služe da se *razgraniče* a ne da se *opišu* različiti mentalni poremećaji” (Henriksen et al. 2022: 48). O ovom problemu je već bilo govora u odeljku... U skladu sa takvim dijagnostičkim kriterijumima po DSM-III, stvoren je *strukturisani klinički intervju* (eng. Structured Clinical Interview for DSM-III-R; Spitzer et al. 1992), u kome se postavljaju unapred smišljena pitanja, po zadatom redosledu, u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima (Henriksen et al. 2021: 16-7, Jansson & Nordgaard 2016). Međutim, kako Henriksen i sarad. tvrde, ovo ne samo da nije vodilo pouzdanijoj dijagnostici, već se pokazuje da je pogrešno postavljanje dijagnoze postalo ozbiljan problem u kliničkoj psihijatriji (Jansson & Nordgaard 2016). Ovi autori potkrepljuju svoje tvrdnje o dijagnostičkim kriterijumima i strukturisanim intervjuu pozivajući se i na empirijska istraživanja validnosti ove vrste intervju (v. Nordgaard et al. 2012).

Problemi strukturisanih intervju potiču iz toga što su zasnovani na biheviorističkim modelima, zato što čine pacijenta pasivnim, umesto da ga uključe u živu, intersubjektivnu

razmenu iskustava, te da će pacijent opisati samo ona iskustva o kojima je eksplicitno pitan. Čak i ako pokuša da govori o svojim intimnim iskustvima, ali ne u trenutku u kome to odgovara ispitivaču, jer se ovaj drži unapred datih pitanja po određenom redosledu, može se desiti da pacijent stekne utisak da ga psihijatar ne sluša i ne prati, što rezultira time da pacijent neće pričati o svojim intimnim iskustvima, tako da ispitivač neće dobiti dovoljno relevantnih podataka (Henriksen et al. 2021: 19). Na osnovu svega ovoga, autori upozoravaju da u psihijatriji danas postoji *diferencijalno-dijagnostička konfuzija* (Andreasen 2007, Parnas 2011, 2015), i poremećaji često bivaju pogrešno dijagnostikovani. Oni zaključuju da strukturisani intervju nije prikladan za sakupljanje podataka u psihopatologiji, jer ovaj metod ne odgovara predmetu istraživanja psihopatologije (Henriksen et al. 2021: 20). Dijagnostičko rezonovanje u psihijatriji podrazumeva više tipova znanja i zavistan je suštinski od konteksta, te je teško zamislivo da se može ograničiti samo na praćenje strogih pravila strukturisanog intervjua zasnovanog na dijagnostičkim kriterijumima (Drożdżowicz 2020: 691). Henriksen i sarad. smatraju da se ovi problemi mogu prevazići ako se u istraživanju prirode psihopatoloških fenomena i psihopatološkoj dijagnostici upotrebljava metod polustrukturisanog, fenomenološkog intervjua.<sup>4</sup> Nas će zanimati polustrukturisani intervju koji nalazi primenu u dijagnostici.

U ovoj vrsti intervjua, umesto liste unapred zadatih pitanja kojih se ispitivač doslovno drži, postoji samo niz tema koje treba istražiti da bi se došlo do dijagnoze. Pri ovakvom intervjuu bi trebalo da postoji uzajamna refleksija između pacijenta i doktora. Ovo je fenomenološki intervju, dakle interakcija u drugom licu (eng. *second-person perspective*), koja teče slobodno, u skladu sa dinamikom susreta dva subjekta. Psihijatar postavlja otvorena pitanja i podstiče pacijenta da govori o svojim iskustvima što slobodnije, sa što više detalja i asocijacija, bez žurbe. Psihijatar mora biti obazriv na koji način postavlja pitanja pri ispitivanju simptoma sa pacijentom. Konačno, kako se radi o odnosu i situaciji drugog lica između dve osobe, fenomenološki govoreći, pokušaj da razumemo drugog biće zasnovan na aktu empatije (v. Stanghellini 2013, Ratcliff 2012). Pri vršenju ove vrste intervjua ispitivač treba da zauzme „empatičan stav” (eng. *empathic attitude*), da brižljivo sasluša pacijenta, pokaže mu da želi da ga razume i čuje o njegovim iskustvima, da zna kada treba i kako da postavi određena pitanja, a kada i da se uzdrži od toga (Henriksen et al. 2022). U nekim psihijatrijskim poremećajima ovo je vrlo teško (npr. kod pacijenata sa shizofrenijom koji imaju izražen tzv. negativni sindrom, emocionalna ekspresija može biti gotovo nepostojeća i može postojati odsustvo „praćenja” emocionalnog stanja ispitivača - defekt emocionalne rezonance). Da bi se „uživeli” u um osobe sa psihijatrijskim poremećajem, moramo „staviti u zagrade” (eng. *bracketing*) naše uobičajene pretpostavke o odnosu sa svetom i drugim ljudima (Henriksen et al. 2021: 21-23).

4 Ovde vide razliku između dijagnostičkog i istraživačkog intervjua (eng. „Interview for psychopathological and diagnostic assessment” i „Interview for qualitative, psychopathological exploration”).

Sve ovo čini polustrukturisani, fenomenološki intervju najboljom metodom za psihopatološku procenu. S druge strane, iste te karakteristike čine ga vrlo zahtevnom metodom za koju je potrebno dosta znanja i kliničkog iskustva i veštine vršenja intervju.<sup>5</sup> U drugom radu, Henriksen, Janson i Nordgard (2022) pružaju mogući odgovor na pitanje kako uspešno voditi klinički intervju čiji je cilj dijagnostička procena. Oni smatraju polustrukturisani intervju „jedinom adekvatnom metodom za davanje dijagnoza u psihijatriji” (2022, p. 38). Ovi autori prepoznaju sledeće korake prilikom upotrebe intervju. Logičan početak ovog susreta je da pacijent izloži psihijatru na šta se žali, kako i šta on smatra problemima koje treba rešiti.

Detaljnija procena uočenih simptoma uslediće tek kasnije, kada psihijatar dobije određeni kontekst preko upoznavanja sa „hronološkom, psihosocijalnom istorijom” pacijenta (eng. the chronological, psychosocial history). Ovo je druga faza u kojoj se upoznaje sa pacijentom, njegovom prošlošću i traži od njega da priča o sebi, o komplikacijama za vreme trudnoće, ranom razvoju, odrastanju, školskim danima, porodici, poslovima na kojima je radio, slobodnom vremenu, emotivnim vezama, itd. Stvaranje ovog narativa ima značajnu psihijatrijsku i dijagnostičku svrhu, da ukaže na određene šablone u raznim oblastima života pacijenta, u društvenim odnosima, socioekonomskoj stabilnosti, akademskim postignućima, slobodnom vremenu i interesovanjima. Navedene komponente podrazumevaju ono što se uobičajeno evaluira u okviru lične anamneze psihijatrijskog intervju.

Takođe, neodvojivi deo svakog psihijatrijskog intervju predstavljaju podaci o nivou uobičajene funkcionalnosti (nivo adaptacije u različitim segmentima života), promene i padovi funkcionalnosti, kao i egzistencijalne promene i zdravstvenoj istoriji (Henriksen et al. 2022: 42-4). Psihosocijalna istorija se dopunjuje i razgovorom sa članovima porodice (heteroanamneza) kako bi se upotpunila slika o svim aspektima i detaljima (promenama) života pacijenta, a koje on sam možda ne bi mogao da pruži. Mogu se uzeti u obzir i dnevnic, pisma, umetnička dela pacijenta. Svi navedeni delovi onoga što na ovom mestu nazivamo fenomenološki intervju predstavljaju segmente „anamneze” ili „istorije bolesti”, onako kako se ona sprovodi u akademskim psihijatrijskim klinikama i u sklopu specijalističkog staža koji se na ovim klinikama sprovodi. Takođe, većina savremenih psihijatrijskih udžbenika ukazuje da su prethodno navedeni elementi neophodni za utvrđivanje dijagnoze i toka bolesti. Međutim na ovom mestu posebno ističemo vezu između psihijatrijskog intervju i fenomenološke tradicije koja je odgovorna za pozicioniranje ovih elemenata anamneze u okviru adekvatno obavljenog psihijatrijskog intervju.

Nakon dobijanja istorijskih podataka, psihopatologija može autentično da se procenjuje, imajući u vidu da su psihopatološki doživljaji neodvojivi od ličnosti koje ih

---

5 Vešt psihijatar može doći do dijagnoze bez eksplicitne refleksije, intuitivno, kroz interakciju sa pacijentom. Za ekološko-enaktivističku interpretaciju veština i afordansi vidi Rietveld, Denys & van Westen (2018).

doživljava. Sada je potrebno dodatno istražiti prirodu te psihopatologije, razgovarati sa pacijentom o simptomima, tražiti od njega da detaljnije opiše svoja iskustva, kroz razgovor i živu interakciju, u skladu sa narativom pacijenta. Onaj koji vrši intervju iziskuje od ispitanika da što detaljnije opiše kako izgleda imati neko iskustvo (eng. „*what it is like-ness*” of experience). Psihijatar i sam može ponuditi primere simptoma pacijentu, mada prosti potvrđan odgovor pacijenta i dalje nije konkluzivan pokazatelj da se simptom zaista javlja, već je potrebno dalje ispitivanje. Psihijatar bi se trebalo uzdržati od davanja preuranjenih interpretacija iskustava pacijenta, već da prati ta iskustva dublje ih istražujući (kakva su odakle potiču), stavljajući u zgrade svoje pretpostavke, vršeći fenomenološku redukciju (eng. *phenomenological epoché*). Da bi se došlo do prave dijagnoze potrebno je da ispitanik praktikuje psihopatološku ej-detsku redukciju (Parnas & Zahavi 2002, Henriksen et al. 2022: 46, Jerotić 2021) kako bi se došlo do suštine poremećaja, do fenomenološke strukture psihopatološkog geštalta, o čemu je već bilo reči u prethodnom odeljku.

Polustrukturisani, fenomenološki intervju upotrebljava se i za samo istraživanje psihopatoloških geštaltova, za otkrivanje novih aspekata poremećaja i vraćanje psihopatološkim geštaltovima koji su postojali u kliničkoj psihijatriji pre operacionalizacije, Henriksen i sarad. (2021: pododeljak 3.3.2) preporučuju istraživački polustrukturisani fenomenološki intervju (eng. *interview for qualitative, psychopathological exploration*). Primer takve vrste kvalitativnog, fenomenološkog oruđa koje oni smatraju korisnim je *fenomenološki psihološki intervju* (eng. *Phenomenological Psychological Interview*; Englander 2020), koji može poslužiti za prikupljanje podataka, ali ne i za njihovu analizu (uporedi sa drugim kvalitativnim, fenomenološkim metodama poput Van Manen 1990; Høffding & Martiny 2016).<sup>6</sup> Ovdje je ispitivač zapravo fenomenološki etnograf, „učesnik posmatrač” (eng. participant observer) u ličnom i društvenom životu pacijenta (iz perspektive drugog lica i zasnovano na empatiji) (Henriksen et al. 2021: 25-7).

Postoji nekoliko polustrukturisanih fenomenoloških instrumenata koji se mogu upotrebljavati i za kvantifikaciju iskustvenih promena i koji su našli primenu i u kliničkoj i u istraživačkoj psihijatriji. EASE i EAWE su instrumenti razvijeni za kvantitativno merenje težine fenomenoloških poremećaja (Nelson et al. 2021). EASE (eng. *Examination of Anomalous Self-Experience*; Parnas et al. 2005) je lista simptoma koja služi za polustrukturisano, fenomenološko istraživanje anomalija subjektivnih iskustava koje se tiču poremećaja bazične ili minimalne samosvesti (eng. *minimal self-awareness*). Skala je i dizajnirana da se koristi za poremećaje iz spektra shizofrenije koje karakterišu ovi poremećaji subjektivnosti. Skala se tiče samo anomalija selfa/sopstva i samosvesti. EAWE (eng. *Examination of Anomalous World Experience*; Sass et al. 2017) je instrument koji takođe dolazi u formatu polustrukturisanog intervjua. Svrha ovog instrumenta je da se ispituju iskustva koja se tiču različitih aspekata

6 Za detaljniju diskusiju o raznim fenomenološkim metodama v. Høffding, Heimann & Martiny (2022).

proživljenog sveta (eng. *lived world*) i ispituje šest dimenzija iskustva: 1) prostor i predmete, 2) vreme i događaje, 3) druge osobe, 4) jezik, 5) atmosferu, 6) egzistencijalnu orijentaciju. Kao i prethodni instrument, EAW se, pre svega, vezuje za poremećaje iz spektra shizofrenije. Međutim, poslednjih godina, usled povećanog interesovanja za primenu fenomenoloških koncepata u psihijatriji, dizajnirani su i novi instrumenti koji imaju za cilj fenomenološku analizu transdijagnostičkih promena iskustva, poput ciljanog ispitivanja doživljaja vremena (v. Staghellini et al. 2022).

Kada je u pitanu istraživanje problema socijalne interakcije u poremećajima iz spektra autizma (eng. *autism spectrum disorder*<sup>7</sup>), na sličan način argumentuje Sofi Boldsen (2021) da nam je potrebna fenomenološka metodologija. Predmet ispitivanja nam diktira kakvu ćemo metodu odabrati za istraživanje. Pošto autizam jeste poremećaj socijalne interakcije i komunikacije, uviđa se potreba za dubljim fenomenološkim razumevanjem specifičnog psihopatološkog geštalta autizma. O ovoj potrebi se dosta piše u poslednje vreme, ali malo toga je zapravo učinjeno da se napreduje u rešavanju problema. Pod teorijskim uticajem fenomenoloških i enaktivističkih teorija<sup>8</sup>, Boldsenova upravo želi da istraži kakvi stilovi interakcije se pojavljuju u dinamičkoj povezanosti tela sa predmetima i prostorima (Boldsen 2021: 160). Za ovo su potrebne empirijske fenomenološke metode.

Ona prepoznaje dve kvalitativne metodologije koje su proizašle iz fenomenologije - intervju i učesničko posmatranje (eng. *participant observation*; Englander 2020). U svom radu Boldsenova nastoji da ukaže na značaj metode učesničkog posmatranja, jer ovakva metodologija omogućava da obuhvatimo intersubjektivne interakcije i intersubjektivna iskustva, kao i odnose osobe sa predmetima i okolinom, jer se stiče utisak kako intervju ostaje u granicama subjektivnosti i ne daje nam širu sliku poremećaja, koja bi obuhvatala sredinu i predmete u njoj, kao i interakcije. Kroz učesničko posmatranje istraživač posmatra pokrete i interakcije drugih (pacijenata i kliničara), ali i sam aktivno učestvuje u interakcijama, što pospešuje povezivanje perspektive prvog lica sa perspektivama drugog i trećeg lica. U svom istraživanju socijalne interakcije kod autističnih osoba Boldsenova spaja ova dva metoda, a ovaj poremećaj posmatra kroz pojmovni okvir fenomenološke teorije Merlo-Pontija. Boldsenova posebno ističe pojam proživljene sredine (fr. *milieu*; Merleau-Ponty 2012) kojoj pripadaju druga tela/subjeki, kao i predmeti, sa kojima smo u interakciji.

Da li nam ove metode mogu pomoći i u dijagnostici poremećaja iz spektra autizma? Ako se uzme u obzir da se autizam dijagnostikuje oko treće godine života i da je većina autistične dece neverbalna, nijedna vrsta intervjuja ne može biti dovoljna u

7 Poremećaji iz spektra autizma posmatraju se kao neurorazvojni poremećaji koje karakterišu teškoće u socijalnim interakcijama i komunikaciji, uz prisustvo repetitivnih radnji i stereotipija u ponašanju, uz prisustvo senzornih poremećaja (Novaković & Pejović-Milovančević 2019: 33; APA 2013: 50).

8 Više o enaktivističkom pristupu psihijatriji i psihoterapiji videti u Nešić (2022).

dijagnozi. S druge strane, kvalitativna metodologija učesničkog posmatranja deluje kao primereno oruđe u dijagnosici autizma. Intervju se može vršiti sa roditeljima autistične dece. Da se kroz živu interakciju sa takvom decom (tj. kroz manjak odziva i interakcije kod njih) dolazi do uočavanja simptoma autizma već je poznato kliničarima. Činjenica da intervju, pa čak i polustrukturisani, naglašava samo subjektivnu stranu iskustava, a manje intersubjektivnu, kao što ukazuje Boldsenova, još jedan je razlog zašto treba uključiti i dodatne kvalitativne, fenomenološke metode kada je u pitanju dijagnostika poremećaja kao što je autizam.<sup>9</sup>

## Zaključak

U našem radu pokazali smo na koje načine fenomenologija može metodološki i pojmovno doprineti psihijatriji, sa posebnim naglaskom na uobličavanje dijagnoze. Ukazivali smo koji su problemi postojećih dijagnostičkih kriterijuma, te kako se oni mogu prevazići primenom fenomenološke psihopatologije. Tematizovali smo dva fenomenološka pristupa koji obećavaju da unaprede dijagnostičko-terapijsko rezonovanje. Prvi je fenomenološko gradiranje bolesti koje doprinosi „povećanju rezolucije” u razumevanju poremećaja i daje dubinu opisima psihopatologije, kao i mogućnost integracije na nomotetskom nivou. Drugi je polustrukturisani, fenomenološki intervju. Ovakva kvalitativna metoda može se koristiti za istraživanje i otkrivanje, kao i dijagnostikovanje geštaltova psihijatrijskih poremećaja. Kako bi se dijagnostičko rezonovanje dodatno unapredilo, u budućem radu treba pokazati na koje načine se fenomenološki pristup može kombinovati sa utelovljenim, enaktivističkim i ekološkim (4E) pristupima kogniciji i psihijatrijskim poremećajima. Imajući u vidu da su fenomenološka istraživanja danas usmerena u najvećem obimu prema shizofreniji, spektru psihoza i depresiji, potrebno je usmeriti istraživanja i prema entitetima koji nisu tradicionalno bili fokus fenomenološkog ispitivanja, a imaju prominentno mesto u svakodnevnom kliničkom radu, poput poremećaja iz spektra autizma, anksioznih poremećaja, poremećaja ishrane, bolesti zavisnosti, post-traumatskog stresnog poremećaja i poremećaja ličnosti.

Stefan Jerotić

Medicinski Fakultet, Univerzitet u Beogradu; Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Janko Nešić

Institut društvenih nauka, Beograd

---

9 Uzeti u obzir, na primer, empirijski fenomenološki metod za istraživanje iskustava interakcije kao što je enaktivistička PRISMA - sistematsko odvijanje interaktivnog iskustva (De Jaegher et al. 2017).

## Literatura

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth ed.)*. Arlington: APA.
- Boldsen, S. (2021). Social interaction style in autism: An inquiry into phenomenological methodology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 52(2), 157–192. <https://doi.org/10.1163/15691624-12341389>.
- Bridgman, P.W. (1927). *The Logic of Modern Physics*. New York: Macmillan.
- De Jaegher, H., Pieper, B., Clénin, D. et al. (2017). Grasping intersubjectivity: an invitation to embody social interaction research. *Phenom Cogn Sci*, 16, 491–523. <https://doi.org/10.1007/s11097-016-9469-8>.
- Drożdżowicz, A. (2020). Increasing the Role of Phenomenology in Psychiatric Diagnosis—The Clinical Staging Approach. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 45, pp. 683–702). Oxford University Press US.
- Ebert, D. D., & Cuijpers, P. (2018). It is time to invest in the prevention of depression. *JAMA Network Open*, 1(2), e180335–e180335.
- Englander, M. (2020). Phenomenological psychological interviewing. *The Humanistic Psychologist*, 48(1), 54–73.
- Ghaemi, S. N. (2018). After the failure of DSM: clinical research on psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 17(3), 301.
- Guloksuz, S., & Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229–244.
- Hempel, C.G. (1965). *Aspects of Scientific Explanation, and Other Essays in the Philosophy of Science*. New York: Free Press.
- Henriksen M.G., Englander M., Nordgaard J. (2021). Methods of data collection in psychopathology: the role of semi-structured, phenomenological interviews. *Phenom Cogn Sci*. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09776-5>.
- Henriksen, M.G., Jansson, L.B., Nordgaard, J. (2022). A Cookbook Recipe for the Clinical and Phenomenologically Informed, Semi-structured Diagnostic Interview. In: Biondi, M., Picardi, A., Pallagrosi, M., Fonzi, L. (eds). *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_3)
- Høffding, S., & Martiny, K. (2016). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1–26. doi:10.1007/s11097-015-9433-z.
- Høffding, S., Heimann, K. & Martiny, K. (2022). Editorial: Working with others' experience. *Phenom Cogn Sci*. <https://doi.org/10.1007/s11097-022-09873-z>
- Jansson, L., & Nordgaard, J. (2016). *The psychiatric interview for differential diagnosis*. Springer.
- Jaspers, K. (1978). *Opšta psihopatologija*. Begrade: Prosveta, Savremena administracija.
- Jerotić, S., & Pantovic-Stefanovic, M. (2021). Fenomenologija, psihopatologija i fenomenološka psihopatologija. *Engrami*, 43(1).
- Jerotic, S. (2021). Prejudices in the psychopathologist: Karl Jaspers' heritage. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 271, 1193–1200. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01230-y>.
- Kendler, K. S. (2016). The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771–780.



- Kendler, K. S. (2017a). Introduction to „Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences.” In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S. (2017b). Introduction to ‘The ontology and epistemology of symptoms: the case of auditory verbal hallucinations in schizophrenia.’ In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry IV: Classification of Psychiatric Illness*. Oxford University Press, Oxford, 197–200.
- Kernberg, O. (1967). *Borderline Personality Organization*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Vol. 15). <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Larsen, R. R., Maschião, L. F., Piedade, V. L., Messas, G., & Hastings, J. (2022). More phenomenology in psychiatry? Applied ontology as a method towards integration. *The Lancet Psychiatry*.
- Lieberman, J. A., Small, S. A., & Girgis, R. R. (2019). Early detection and preventive intervention in schizophrenia: from fantasy to reality. *American Journal of Psychiatry*, 176(10), 794–810.
- Maj, M. (2020). Beyond diagnosis in psychiatric practice. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1–6.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C., & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 616–622.
- McGorry, P., & Van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *The Lancet*, 381(9863), 343–345.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of Perception*. (D. Landes, Trans.). Oxon-New York: Routledge.
- Minkowski, E. (1933/1970). The notion of a generating disorder and the structural analysis of mental disorders. In Translated by N. Metzler, *Lived time: Phenomenological and psychopathological studies* (pp. 220–271). Evanston: Northwestern University Press.
- Nelson, B., Hartmann, J. A., & Parnas, J. (2018). Detail, dynamics and depth: useful correctives for some current research trends. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 262–264.
- Nelson, B., McGorry, P. D., & Fernandez, A. V. (2021). Integrating clinical staging and phenomenological psychopathology to add depth, nuance, and utility to clinical phenotyping: a heuristic challenge. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 162–168.
- Nestsiarovich, A., Gaudiot, C. E. S., Baldessarini, R. J., Vieta, E., Zhu, Y., & Tohen, M. (2021). Preventing new episodes of bipolar disorder in adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Neuropsychopharmacology*.
- Nešić, J. (2022). Enaktivizam kao okvir za psihijatrijske poremećaje. *Engrami*, 44(1), 40-52. <https://doi.org/10.5937/engrami44-40298>
- Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., & Parnas, J. (2012). Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first admission hospital sample. *World Psychiatry*, 11, 181–185.
- Novaković, N., & Pejović-Milovančević, M. (2019). Specifics of sensory processing in individuals with autism spectrum disorder. *Engrami*, 41(1), 32-45. <https://doi.org/10.5937/engrami1901032N>
- Parnas, J. (2011). A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1121–1130.
- Parnas, J. (2012). The core gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry*, 11(2), 67–69.
- Parnas, J. (2015). Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry*, 14(3), 284–287.
- Parnas, J., & Bovet, P. (2017). Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. Oxford University Press.

- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236.
- Parnas J., Zahavi D. (2002). The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *Psychiatric diagnosis and classification. World Psychiatric Association's Series on Evidence and Experience in Psychiatry*. Chichester: Wiley; p. 137–62.
- Parnas, J., Sass, L. A., & Zahavi, D. (2012). Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270–277.
- Pienkos, E., & Sass, L. (2017). Existential Orientation: On the Phenomenology of Values, Attitudes, and Worldviews in Schizophrenia (Ancillary Article to EAW Domain 6). *Psychopathology*, 50(1), 98–104. <https://doi.org/10.1159/000455876>
- Ratcliffe, M. (2012). Phenomenology as a form of empathy. *Inquiry*, 55(5), 473–495.
- Rietveld, E., Denys, D., & van Westen, M. (2018). Ecological-enactive cognition as engaging with a field of relevant affordances: The Skilled Intentionality Framework (SIF). In A. Newen, L. de Bruin, & S. Gallagher (Eds.), *Oxford handbook of cognition: Embodied, enactive, embedded and extended*. Oxford: Oxford University Press.
- Sass, L., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J., & Jones, N. (2017). EAW: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000454928>
- Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 113–119.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, 49, 624–629.
- Stanghellini, G. (2013). Philosophical resources for the psychiatric interview. In K. W. M. Fulford, M. Davis, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 321–356). Oxford: Oxford University Press.
- Stanghellini, G., & Broome, M. R. (2014). Psychopathology as the basic science of psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 169–170.
- Stanghellini G., Broome M., Raballo A., Fernandez AV., Fusar-Poli A., Rosfort R., (Eds.) (2019). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Stanghellini, G., Mancini, M., Fernandez, A. V. et al. (2022). Transdiagnostic assessment of temporal experience (TATE) a tool for assessing abnormal time experiences. *Phenom Cogn Sci* 21, 73–95. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09795-2>
- Thaker, G. K. (2012). Boundaries of the psychosis phenotype. *Schizophrenia Bulletin*. Oxford University Press.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: Suny Press.
- Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118–124.
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2017). The philosophy of nosology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 49–71.
- Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., Stein, M. B., ... Craske, M. G. (2012). Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1065–1071.

Stefan Jerotić & Janko Nešić

**Phenomenology and Psychiatry: Shaping the Diagnosis**  
(*Summary*)

Phenomenology is a philosophical discipline aiming to analyze and examine subjective experience. Since the formulation of the basic principles of this tradition, phenomenology has been closely associated with psychiatry. Bearing that the person with psychopathological experiences is the object of psychiatry, phenomenology can provide an adequate framework for understanding such experiences. In this paper, we show how phenomenology can conceptually and methodologically improve diagnosis in psychiatry. In clinical work, phenomenology can be applied in the process of diagnostic reasoning by giving significant nuance and depth to psychopathology within the frame of psychiatric diagnosis. Additionally, phenomenology can add to psychiatric interviews, especially by pointing out the importance of the psychopathological gestalt and eidetic reduction by way of disengaging from different prejudices that might be present in the interviewer.

KEYWORDS: phenomenology, psychiatry, diagnosis, clinical staging, psychopathological gestalt, semi-structured interview