

Psihoanalitička psihoterapija žrtava torture

Slavko Mackic

Jovanka Cvetkovic

Sažetak

Psihoterapija ratom traumatizovanih ljudi, a pogotovu ljudi izloženih torturi, i njihov specifični emocionalni i kognitivni odgovor na iskustvo ekstremnog užasa stavlja pred oba ucesnika terapijske dijade brojne izazove i istovremeno ih suocava sa nizom delikatnih pitanja. Osim opštih pitanja koja smo obradili u našem radu, kao što su pitanja kriterijuma za uključivanje pacijenata i odabir vrste psihoterapije, zatim pitanja indikacija i kontraindikacija za primenu psihoanalitičke psihoterapije, kao i motivisanosti pacijenata za ovakav vid tretmana, obradili smo i pitanja same tehnike u datom kontekstu, t.j. specifičnost odnosa pacijent-terapeut, specifičnosti setinga, i prilagodavanja same tehnike, kao i osobitosti toka i završetka terapije. Pokušali smo da odgovorimo šta je ono što pomaže žrtvama torture koji su bili lecenj na ovaj način, a prodiskutovani su i moguci uzroci neuspešnih terapijskih ishoda.

PSIHOANALITICKI ASPEKTI TRAUME

Nakon odustajanja od teorije o istorijskom, realnom zavodenju, i realnoj traumi u detinjstvu kao uzroku neuroticnih problema svojih histericnih pacijenata (Blass & Simon, 1994), Frojd se okreće iznalaženju drugih modela za razumevanje traumatskog događaja i njegovih efekata u formiranju psihopatologije. Kroz analizu pacijenata, kao i kroz samoanalizu, Frojd otkriva Edipov kompleks, vrednost fantazije i subjektivnog doživljaja pacijenta. Fantazija dobija predominantno značenje u smislu da fantazija događaja može biti delotvorna, a subjektivan doživljaj realnog dešavanja je važniji od njegove objektivne prirode: "... u svetu neuroza psihicka realnost je ta koja je od odlucujućeg uticaja.." (Freud, 1916-17). Ovako prepoznata, traumatska reakcija i neurotski poremećaj nastaju najčešće kao posledica unutrašnjih nagonskih tenzija. Ovo izuzetno vrednovanje uestvovanja fantazije u traumatskom, dugo će zakloniti i relativizovati važnost realnih seksualnih i fizickih zlostavljanja u detinjstvu u genezi psihopatoloških ispoljavanja.

Moguće je da strašne posledice Prvog svetskog rata i izvesna licna tragicna iskustva ponovo navode Frojda da se okrene znacaju realnih spoljašnjih dešavanja. Nova iskustva sa ratnim neurozama vraćaju ga psihoekonomskom modelu, odnosno pitanjima intenziteta psihicke energije i nacinama upravljanjima mentalnog aparata sa njom. Tako Frojd razvija *teoriju zaštitne membrane i stimulusa*. Kada je stimulus dovoljno jak da probije zaštitnu membranu ili kada je membrana suviše slaba, ili kada postoji specificka kombinacija između slabosti membrane i snage stimulusa, dolazi do proboja zaštitne mebrane, sloma odbrana i psihicke ravnoteže koja teži konstantnosti. Ekscitacija mentalnog aparata postaje tolika da ne može biti obradena ili vezana te psihicki aparat regredira na niže, primitivnije stepene razvijenosti. Traumatsko iskustvo poput stranog tela ostaje inkapsulirano u mentalnom aparatu. Organizam se brani putem prinude ponavljanja koja je usmerena ka pokušaju pražnjenja ekscitacije ili kroz abreakciju ili kroz njeno psihicko vezivanje. Prinudom ponavljanja Frojd objašnjava i fenomene traumatskih snova i simptome nametanja. Ego, koji normalno produkuje signalnu anksioznost, sada biva potpuno bespomocan jer je preplavljen automatskom anksioznošću.

Pitanje znacaja unutrašnjeg nagonskog života i samog događaja Frojd razrešava širokom kompromisnom definicijom u kojoj kaže da traumatska reakcija može nastati kao posledica meduigre s jedne strane ekscesivne, neprihvatljive instiktualne potrebe, a s druge strane spoljašnjeg iskustva (Freud, 1920). Frojd, međutim, nije dao preciznije određenje kvaliteta i kvantiteta kao i odnosa spoljašnjeg i unutrašnjeg, a ni odlucujućeg faktora koji bi definisao kada nastaje trauma.

Moglo bi se reci da su Frojdovi učenici nastavljajući razvoj teorije traume, razvijali dalje koncepte naglašavajući više znacaj unutrašnjeg ili spoljašnjeg faktora, odnosno same prirode događaja.

Fenihel (1945) dalje razvija Frojdovu teoriju ekscesivnosti neobrađenog stimulusa s tim što uvodi elemente iznenadnosti događaja kao odlucujućeg faktora u nastanku

traumatske neuroze. Odnosno, što je osoba manje pripremljena ili što iznenadnije nastane traumatičan događaj, veća je šansa za razvoj traumatske reakcije.

Primenjujući drugaciji tehnicki pristup i odnos prema pacijentima (otvoreniji, iskreniji, manje neutralan i formalan), Ferenci razvija drugaciji pogled na poreklo traumatskog iskustva. Po njemu, odnos deteta i znacajnih objekata izuzetno je važan kako za razvoj traume tako i za lecenje njenih posledica Ferenci (1933). Balint i drugi su nastavili Ferencijevu teoriju u pravcu još veceg naglašavanja znacaja objektnih odnosa i relativnog smanjenja znacaja samog traumatskog događaja. Ovakav pristup dosta je podržan kasnijim istraživanjima seksualnog zlostavljanja dece gde se težina traume kao posledica pre svega vezivala za bliskost i poverenje koje je zlostavljano dete imalo prema zlostavljacu.

Škole objektnih odnosa i škole koje su ispitivale deficite u odnosu majke i deteta su u izvesnoj meri podržavale ovaj stav stavljajući u prvi plan detetove unutrašnje objekte i njihov znacaj za njega.

Simel je, naglašavajući važnost odnosa prema objektima, uveo termin *ratni Superego* koji zamenjuje mirnodopski. Vode jedinica tako zamenjuju predstave roditelja, a ratnici pokazuju veliku sklonost ka regrediranju na odnos dete-roditelj sa visokim stepenom zavisnosti. Kardiner (1947) koji je radio sa ratnim neurozama tvrdio je da je ratna neuroza psihoneuroza. Terapeuti koji su radili sa vijetnamskim veteranima uocili su koliko je u vijetnamskom ratu povezanost sa grupom, podrška ili izolovanost, imala uticaja na razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod vijetnamskih veterana, a što je takode govorilo u prilog tome da je unutrašnja situacija ta koja omogucuje teškoj spoljašnjoj situaciji da postane traumatična.

Solnit i Kris (1967) prave razliku između *traume iscrpljivanja (strain)* i *udarne (shock) traume* naglašavajući da ne samo da strain trauma cini odbrane rigidnijim vec cini osobu manje otpornom i prijemljivom na socijalnu traumu. Tako je akutna trauma agravirana jer osoba nema adekvatan repertoar odbrana i manevara za adaptaciju na nove izazove upucene joj kako iz okoline tako i iz nje same, a u smislu postojanja intenzivnih nezadovoljenih unutrašnjih potreba.

Tragicno iskustvo Holokausta doprinosi prepoznavanju važnosti same traume i shvatanju kompleksnosti i težine ovog fenomena. Ispostavilo se da je klinicka slika preživelih dosta slicna, nezavisno od vrste iskustva i vrste pretraumatske licnosti Bergmann (1996). Osim toga, nije se više radilo o jednoj traumi, ma kako ekstremna ona bila, vec o dugotrajnom traumatičnom iskustvu. Razvija se novi termin – *sindrom preživelih*. U njemu dominiraju izuzetno snažno prisustvo anksioznosti i depresije, ekscesivna agresivnost, poremećaj spavanja, smanjenje imaginacije i simbolicke funkcije sa nesposobnošću verbalizacije, utrnulost, sveprožimajuće osećanje krivice i besa i opšta znacajna disfunkcionalnost. Bilo je jasno da su ugrožene osnovne strukture licnosti i da je citava licnost zahvacena.

Kristal (1978) na ovim iskustvima kritikuje stimulus membrana teoriju kao nedovoljnu iznoseći svoje uverenje da je osnovni element u dinamici traume doživljaj da je

situacija ona iz koje se može izbeći ili ne. Tako bi, prema njemu, trauma bila posledica doživljaja ekstremne bespomocnosti, sloma i psihicke predaje. Opisuje robotizaciju licnosti, katatoniju i psihicku smrt. Kristal osecanje utrnulosti i blokiranje osecajnog života shvata kao paradoksalni nacin zaštite licnosti od bolnog osecanja bespomocnosti. U cilju preživljavanja Ego se deli na opservirajući i indiferentni deo. Indiferentni deo predstavlja telo koje Ego žrtvuje. Misaoni i imaginativni proces postaje ekstremno osiromašen i sužen. Čak i po završetku traumatske situacije, traumatska reakcija perzistira. Kognitivno-afektivna konstrikcija ostaje, a katatonija se prevodi u depresiju ili gubitak interesovanja. Stimulusi, na bilo koji nacin povezani sa traumatskom situacijom, se izbegavaju sve do stanja pseudofobije. Najcece su takode prisutni nocne more, agresija i anhedonija Ovi, kao i fenomeni realno visokog prisustva psihosomatskih bolesti, narušene imunološke ravnoteže i aleksitimija, jako podsecaju na osobine psihosomatskih pacijenata. Psihicka patnja se tako prevodi u telesnu.

Britanska psihoanaliticka škola daje svoj doprinos razumevanju ovih fenomena preko Biona (1967) i *teorije sadržavanja* ("contain") i *teorije mišljenja* i Hane Segal kroz *teoriju o simbolickoj funkciji*. Za Biona je rani odnos i razmena koju dete ima sa majkom od presudnog znacaja za sav kasniji njegov razvoj, odnosno za njegovu sposobnost za odbranu ili asimilaciju od unutrašnjih ili spoljašnjih napada. Dete projektuje u majku svoja strašna iskustva o kojima ne može da misli i kojih mora da se oslobodi. Ova iskustva su u podrucju ekstremene paranoidnosti, ugroženosti i preplavljujuce anksioznosti koje dete ne doživljava u celini vec kroz fragmente nepodnošljivih događaja i anksioznosti koje dovode do unutrašnjeg haosa i potpune bespomocnosti. Ove fragmente Bion zove beta cesticama. U pozitivnom slucaju majka može da ih prihvati, sadržava, obradi i vrati detetu u metabolisanom stanju kao informacije i cista osecanja koje dete sada može da ugradi u Ego i osnaži njegov razvoj. Ponavljanje ovih pozitivnih iskustava jaca unutrašnji dobar objekat, Ego, mentalizaciju, mišljenje i simbolizaciju. Razvijena alfa funkcija je povezana sa razvijenom simbolickom funkcijom. Simbol predstavlja zamenu za ono što simboliše. Ukoliko simbolicka funkcija nije razvijena ili je pak regredirala na nivo simbolickog izjednacavanja, subjekt nije u mogucnosti da napravi razliku i distancu izmedu ja i ne ja, stvarnog događaja i njegove predstave. Tako simboli traumatskog događaja, pa i same reci, ne vode osobu do prisecanja vec do ponovnog proživljavanja. Zbog toga što ne može simbolicko da misli ili da verbalizuje strašan događaj, traumatizovani flash back doživljava kao stvaran i aktuelan. Da bi izbegao ovo strašno iskustvo, traumatizovani razvija ponašanje izbegavanja, a verbalizacija, simbolizacija i imaginativni kreativni procesi u mentalnom aparatu se svode na najmanju mogucu meru.

Bion povezuje ono što majka može da uradi za dete sa onim što terapeut može da uradi za pacijenta, a to je da nepodnošljivo i nemislivo prevede u podnošljivo i nešto o cemu može da se misli. Ovim putem, u zašticenoj atmosferi terapijske situacije, sa terapeutom koji može da kontejnira, misli i vrati traumatizovanom njegova strašna iskustva u metabolisanom obliku, traumatizovani pacijent može da dode u kontakt sa zastrašujucim osecajima doživljenim u traumatskoj situaciji, na nacin da ona za njega ne budu preplavljujuca i ugrožavajuca a što bi ga onemogućilo da dalje misli o traumaticnom iskustvu.

Horovic (1976) razlikuje deciju traumu od traume odraslog po stepenu oštećenja kognitivnih funkcija. On uvodi *mentalne modele i preegzistirajuće shematizacije*. Ekstremna traumatska iskustva ne mogu da se uklupe u preegzistirajuće shematizacije (percepcije sebe, drugih i sveta). Cekajući na pokušaj integrisanja u već uspostavljene šeme ili pak na pravljenje novih, traumatska memorija se smešta u posebne delove mentalnog aparata i čeka na enkodiranje. Međutim, jedino kada se uspostavi nova shematizacija, traumatsko iskustvo se može zaboraviti ili pohraniti u iskustvo. Znacajan deo ovog procesa jesu poništenje i intruzija. Preveliki stepen kontrole vodi ka poništenju i utrnulosti, a gubitak kontrole ka intruziji. Smenjivanje ovih procesa jeste, po njemu, normalni fiziološki proces uspostavljanja novog ekvilibrijuma i isceljenja. Horovic je takode prvi koji je empirijski pokazao da postoji veza između pretraumatskih deficita u strukturi ličnosti i veće sklonosti ka razvoju povišene osetljivosti na traumu. Ali ne uvek, a pogotovu nema predviđajući efekat.

SINDROM ŽRTAVA TORTURE KAO POSEBAN ENTITET, DA ILI NE ?

Vecina vodećih savremenih istraživača PTSP-a ne izdvaja žrtve torture niti prepoznaje sindrom torturisanog kao poseban entitet (van der Kolk, 1987). Ni savremene klasifikacije psihijatrijskih poremećaja ne izdvajaju ovaj sindrom kao poseban nozološki entitet, osim što bi se u izvesnoj meri ovaj sindrom mogao smestiti u kategoriju "Trajne promene ličnosti posle katastroficnog doživljaja" **§62.0** po Desetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svetske zdravstvene organizacije).

Saopštavajući svoja iskustva u radu sa preživelim žrtvama Holokausta, Niederland (1968) govori o tipicnoj psihopatološkoj slici preživelih sa prožimajućom anksioznom depresijom, poremećajima sna sa noćnim morama, telesnim tegobama, povlacenjem iz društva, hronicnom apatijom, povremenim izlivima besa, emocionalnom umrtvljenošću i nemogućnošću verbalizacije. Ono što on prepoznaje kao glavnu karakteristiku jeste krivica preživljavanja uz nerešivo osećanje tuge i žaljenja.

Ipak, nekolicina stručnjaka, pozivajući se pre svega na klinicko iskustvo, izdvaja neke posebne karakteristike žrtava torture i zagovara izdvajanje tortura sindroma kao posebnog. Tortura nije izolovani, snažan i izuzetno težak traumatski događaj već, po definiciji, niz traumatskih događaja, u cemu, između ostalog, nalikuju sindromu preživelih iz Holokausta. Tortura je visoko fokusirana na pojedinca i usmerena je na slamanje i poništenje njegove ličnosti, svirepim, sistematskim i namernim nanošenjem psihickog nasilja ili nasilja nad telom, a najčešće njihovom kombinacijom od strane mucitelja.

Mnogi autori koji imaju iskustva u radu sa torturisanim se slažu da PTSP ne obuhvata sve fenomene klinicke slike žrtve torture. Mada vecina torturisanih ima PTSP, izvestan broj sindroma se ne uklapa u obim PTSP (Reller, 1994).

Lansen i Herman(1992) govore o kompleksnom PTSP sindromu koji može uključiti ekstremno traumatizovane klijente .

Kliničari (Ramsay, Gorst-Unsworth & Turner, 1993) izdvajaju četiri osnovne dimenzije kod žrtava torture: nepotpuno emocionalno procesiranje, depresivnu reakciju, somatoformnu reakciju i egzistencijalnu dilemu. Poznato je, a u radu sa ovim klijentima nebrojeno puta smo se i sami uverili, da se osim na somatizacione simptome torturirani često žale i na fizičke simptome kao realne posledice torture (hronični bolovi u različitim delovima tela, naročito u leđima, hronične glavobolje itd.). Takođe je, skoro redovan, oslabljen odgovor organizma usled disregulacije imunodbrambenog sistema. Najčešće psihološke sekvele torture sa kojima se srećemo u našem radu su snažno osećanje torturisanog da se promenio, da se njegov identitet promenio, gubitak samopoštovanja i poverenja u druge, osećanje besmisla, otuđenja, usamljenosti, stida i izolovanosti.

Iako i mi delimo mišljenje stručnjaka koji se zalažu da se sindrom torturisanog prepozna i izdvoji kao poseban entitet, nažalost, još uvek ne raspoložemo validnim empirijskim studijama koje bi podržale ili odbacile ovakva zapažanja.

PSIHOANALITICKA PSIHOTERAPIJA SA ŽRTVAMA TORTURE

U "Centru za rehabilitaciju žrtava torture – IAN Beograd" (CRŽT IAN) radi više terapeuta iz različitih psihoterapijskih pravaca ali i više terapeuta koji koriste psihoanalitičku psihoterapiju ili njene osnovne elemente u svom radu. Oni se, razumljivo, razlikuju po prethodnom iskustvu i stilu rada, ali i po različitom uvažavanju značaja pojedinih koncepata ili teorijskih sistema o kojima smo govorili ranije u tekstu. Teško je definisati u kojoj meri ove različitosti uticu na specifičnosti u lečenju odnosno na uspostavljanje psihoterapijskog odnosa, njegovog toka, pa i ishoda. Ipak ćemo u daljem tekstu pokušati da izdvojimo neke zajedničke sadržaje, kao i da definišemo izvesne specifičnosti samog rada u Centru. Ove specifičnosti su, najpre, u značajnoj meri određene i spoljnim karakteristikama. Ovdje pre svega mislimo na sociopolitički kontekst rada, odnosno na rad Centra u vreme Miloševićevog režima, sa stalno prisutnim pritiskom i strepnjom od napada političke ili fizičke prirode i rad nakon odlaska Miloševića sa vlasti i promene njegovog režima. Sledeća specifičnost odnosila bi se na generalne sociodemografske osobine naših klijenata o čemu će mnogo detaljnije biti reči na drugim mestima u ovoj monografiji. Ovdje bismo samo izdvojili da je ogromna većina naših klijenata zatvarana i torturirana od strane tada neprijateljskih vojski ili paravojnih formacija u ratovima na prostorima bivše Jugoslavije. Većina njih su muškarci, a gotovo svi istovremeno i izbeglice.

INDIKACIJE ZA PSIHOANALITICKU PSIHOTERAPIJU

Pitanje indikacija za psihoanalitičku psihoterapiju uvek je pitanje kojem treba posvetiti brižljivu pažnju, a pogotovu je važno kada se odnosi na žrtve torture. Uopšteno govoreći, indikacije su za žrtve torture jednake indikacijama za druge klijente. Sa strane terapeuta, cilj je da se dobije dovoljno snažan utisak o kvalitetu mentalnog funkcionisanja klijenta,

stepenu ocuvanosti njegovog kapaciteta za odnos, ocuvanosti Ego funkcija, motivaciji (o čemu čemo, a zbog velike važnosti ovog pitanja, kasnije pisati detaljnije), stepenu senzibilisanosti za psihicke procese, ocuvanosti sposobnosti za simbolizaciju, sposobnosti za verbalizaciju, kvalitetu testiranja realnosti, stepenu sposobnosti tolerancije na frustraciju i sl. Sigurno da se posebna pažnja posvecuje utisku o premorbidnoj strukturi licnosti kao i utisku o kvalitetu opšteg funkcionisanja licnosti pre iskustva torture. Ovo najpre zbog toga što ne smemo gubiti iz vida da se klinicka slika i ponašanje torturiranih klijenata, a pogotovo u prvim kontaktima, predstavlja kao granicno funkcionisanje sa prominetnom upotrebom primitivnih mehanizama odbrane organizovanih oko cepanja i projektivne identifikacije. Ali, ovakva slika je najčešće posledica same torture, jer se u kasnijem radu ispostavljalo da je najveći broj naših klijenata pre iskustva torture imao ponašanje koje je ukazivalo na prosečnu distribuciju psihicke strukture i zrelosti karakteristicnu za opštu populaciju. Razumeti, još na samim počecima tretmana, koliko je to moguće, kakvo je i koliko međudejstvo premorbidne strukture i iskustvo torture uticalo na razvoj sadašnjeg stanja često znači prepoznati prostore i kapacitete samog oporavka.

Analiza kvaliteta ovih osobina terapeuta daje neophodne informacije za donošenje zaključaka i njegove odluke o tome da li je psihoanaliticka psihoterapija najbolji izbor za torturiranog klijenta. Naše iskustvo je da je relativno manji broj klijenata ispunjavao ove uslove. Ostalima je preporučen drugi, za njega adekvatniji oblik tretmana (suportivna psihoterapija u kombinaciji ili bez psihofarmakoterapije, EMDR i dr.)

Veliki broj slicnih centara u svetu koji se bavi torturiranim klijentima izveštava o mogućim teškocama na ovom nivou rada sa klijentima. Ovaj i slicni centri, osnovani su da bi pomogli ovoj populaciji. Takođe, velika većina, da ne kažemo svi ljudi koji rade u Centru, inspirisani su potrebom za zagovaranjem i zaštitom prava ovakvih klijenata. Ali, ova specificna motivisanost i osetljivost na tegobe ovako teško oštećenih klijenata mogla bi dovesti do toga da zaposleni u Centru imaju potrebu da pomognu "po bilo koju cenu" i kada to klijent ne želi ili ne razume tačno o kakvoj se vrsti psihološke pomoci radi, ili da rade po principu "bolje bilo kakva pomoc nego nikakva" što može dovesti, najčešće na nesvesnom nivou, do slabljenja profesionalnih standarda i ranije internalizovanih i usvojenih modela i procedura. Tako bi, u cilju davanja "najviše što se može", moglo doći do smanjenja stručne i naučne objektivnosti.

Ovo nismo isključili kao moguću fenomen u našem Centru. Zbog toga smo se sa ovim problemom suočili na nivou organizacije Centra u smislu pripremljenih procedura. Tako u toku prijema novih klijenata u inicijalnoj fazi rada sa njima i isključivo uz dobijenu njihovu saglasnost, edukovani psiholozi zadaju iscrpnu bateriju testova koja obezbeđuje značajnu količinu informacija iz područja dijagnostike, klinicke slike i osobina licnosti što značajno pomaže terapeutu u njegovom boljem razumevanju klijenta, dopunjavanju vlastitog utiska i donošenju adekvatne odluke i preporuke o tretmanu. S druge strane, uvodne procedure su tako koncipirane da se često koriste kao psihoedukativne (od strane psihologa, lekara, pravnog savetnika, a kasnije i psihoterapeuta), a u cilju poducavanja klijenata o prirodi njihovih tegoba, legitimnosti potrebne pomoci i eventualne senzibilizacije za psihoterapijski rad. U idealnom slučaju, psiholozi našeg Centra, dobro obučeni u elementima psihoanalitickog savetovanja, s jedne strane prave trijažu

klijenata koji kasnije inkliniraju razlicitim terapeutima radi zapocinjanja i dobijanja što adekvatnijeg tretmana, a s druge daju klijentima dovoljno osnovnih informacija i prostora da oni sami ispitaju moguće vidove pomoci i ne manje važna pitanja kao što su pol terapeuta, pitanja slobodnih, odgovarajucih termina i sl. a što omogućava klijentima dobijanje potrebnih informacija i utisaka koji im mogu biti znacajni za njihovu autonomnu odluku o tretmanu.

MOTIVACIJA

Kao vrlo važna specificnost za zapocinjanje psihoanaliticke psihoterapije izdvaja se pitanje motivacije traumatizovanih uopšte, a narocito, rekli bi, pitanje motivacije teško torturisanih klijenata. Ovo je poznato i iz literature gde psihoterapeuti govore o svojim iskustvima u radu sa traumatizovanim osobama. Dugo godina problem Holokausta je ostao neprepoznat između ostalog i zbog toga što je samo mali broj preživelih aktivno tražio psihološku pomoc (Solkoff, 1992). Slicno je i sa našim traumatizovanim i torturisanim klijentima.

Pitanje motivacije je rano prepoznato i rano definisano kao kao jedan od ugaonih kamenova uspešne psihoterapije. Dovoljno izražena motivacija za promenom omogućava i terapeutu i pacijentu da se psihoterapijski proces zapocne i razvije, da se uspešno prebrode očekivane teškoce i zastoji u njegovom toku i da se uspešno završi. Motivacija za psihoterapijom najčešće se zasniva na intenzitetu psihicke patnje i izvesnom stepenu prepoznavanja da se psihološkim sredstvima može uticati na tu patnju. Takode se zasniva i na bazicnoj pretpostavci i poverenju da druga osoba može u tome da pomogne. I druge osobine kao što su sociokulturne, inteligencija, nivo obrazovanja, podrška okoline, uticu ponekad i na odlucujuci način na uspešnost psihoterapije

U kulturi naše zemlje i prostora bivše Jugoslavije, odakle su naši klijenti, psihijatar i psihoterapeut asociiraju na mnogobrojne fantazije i negativne stereotipne konstrukte koje u pravilu nose nepovoljno znacenje po njih ali i po onog koji treba njihovu konsultaciju ili pomoc. Tražiti psihološku pomoc u ovom kulturnom diskursu znaci biti potpuno bespomocan, opasan po okolinu, sumnjiv na bilo koji način ili lud .

Patnja tela je znacajno legitimnija. Zato nije iznenadujuce što uz samu prirodu sindroma torture sa sklonošću premeštanja bola u telo i psihosomatsko, naši pacijenti radije traže lekarsku pomoc, somatske i laboratorijske preglede. Pored pomeranja patnje u telo, kod naših traumatizovanih i torturisanih klijentata upadljivo je prisutan još jedan fenomen. On se izražava kroz razlicite vidove potrebe za nadoknadom: pravnom, sudskom, materijalnom kao i drugim vidovima obešćenja i reparacije. Terapeutima, kao i svim zaposlenima u Centru, ovo je, samo po sebi, razumljiva potreba naših klijenata jer na svesnom nivou izgleda kao krajnje legitiman izraz reakcije na nanesene patnje i oštećenja. Uostalom, važan aspekt rada Centra jeste podržavanje i zastupanje ovakvih potreba kod klijenata. Medutim, može nastati problem u psihoterapijskom procesu ako se ova, inace nesvesna elaboracija osećanja oštećenosti i potrebe za nadoknadom, doživi kao rentna tendenca, sekundarna ili tercijarna dobit. O ovoj dinamici koja nije kulturološki uslovljena,

Jang i Gib (1988) govore kao o vrlo često prisutnom fenomenu u posttraumastkoj slici. Iskusi ekstremno nasilje, svirepost, nepravdu i poniženje, kod žrtve se pobudjuju snažni agresivni i osvetoljubivi impulsi. Ali, oni mogu, od strane ranije uspostavljenih standarda u licnosti biti procenjeni kao neprihvatljivi, tako da se posledicno tome poništavaju, disociraju ili projektuju u spoljni svet. U radu sa našim klijentima često smo se sretali sa ovim fenomenom. Preživljena tortura često za sobom ostavlja ovu dinamiku koja ima tendencu da se održava. Mogućnost je pogotovu veća ukoliko se bolno iskustvo torture poveže sa eventualnim konstitucionalnim ili doživljenim u ranom detinjstvu, iskustvom oštećenosti, proganjanja i nepravde i potrebom za osvetom. Tako, jednom doživljena u toku ranog razvoja licnosti, a reaktivirana situacijom torture, ova dinamika može voditi u zacarani krug što, prema našem iskustvu, u najvećem broju slučajeva sprečava njenu eksploraciju u psihoterapijskoj situaciji. Čak možemo reci, da je značajan broj neuspešnih terapija sa torturisanima bio takav iz ovog razloga.

ELEMENTI SUPORTIVNOG U TERAPIJI, NEUTRALNOST TERAPEUTA I SETING

Lako je razumljivo, imajući u vidu sve navedene specificnosti, da je potrebna izvesna modifikacija klasičnog odnosa psihoanalitičkog terapeuta prema torturisanom klijentu. Klasična neutralnost se teško uspostavlja u ovakvom odnosu. Čak možemo reci da bi bila i lažna jer terapeut ne može da ostane ravnodušan (a onda bi se već moglo razmišljati o sindromu sagorevanja) na patnje koje su prošli njegovi torturisani pacijenti. Klasičan neutralni odnos tako može postati nedovoljan iz više razloga. Najpre zato što može delovati suviše izveštaceno, i sa strane klijenta doživljen manipulativno. Barem na nesvesnom nivou, od strane terapeuta je prisutna potreba za popravljenjem i podrškom nekome kome je naneto takvo zlo. Ako su u velikoj meri prisutni neutralnost i distanciranost onda su pre izraz odbrane terapeuta od preplavlivanja osećanjima užasa, bespomoćnosti ili nemoci. Dakle, potpuno neutralan pristup prema torturisanom klijentu mogao bi se pokazati i štetnim jer je neadekvatan stepenu i prirodi oštećenja samih klijenata. Ne bi išli toliko daleko, ali možda bi potpuno neutralan terapeut mogao na nesvesnom nivou, od strane klijenta, biti prepoznat kao novi mucitelj.

Naši klijenti često u toku terapije pokazuju potrebu za otvorenijom podrškom, iskazivanjem stava ili većim angažovanjem terapeuta. Gotovo uvek je prisutna potreba za većim ili manjim edukativnim radom, pogotovu na početku terapije, a o prirodi problema i osobinama i ciljevima terapije.

Iz navedenih razloga, možemo reci da u praksi, psihoanalitička psihoterapija žrtava torture često predstavlja kombinaciju izvesnog stepena suportivne i eksplorativne dimenzije u tehničkom pristupu. Obično se o ovim tehnikama misli kao o onim koje zagaduju pravu psihoanalitičku psihoterapiju, tehnikama od niže vrednosti ili sekundarnog značaja u odnosu na interpretativne pristupe. Međutim, još je Valerštajn (1986), pozivajući se na Meningerovu studiju, ukazao na to da mnoge psihoanalitičke terapije sadrže više

suportivnih elemenata nego što se pretpostavljalo i da su oni takode cesto bili uzrocnici promene u psihoanalitickom procesu ili samom klijentu.

Sugestija, abreakcija i manipulacija, kao najcešće suportivne tehnike, imaju za cilj promenu dinamičkih snaga i postizanje nove revnoteže, više kroz proživljavanje novog iskustva nego kroz postizanje uvida (Rokland, 1992). Po Bibringu (1954) imaju pozitivan potencijal i efekat onda kada je njihova aktivnost utemeljena u primitivnijim delovima pozitivnog transfera. One, brižljivo upotrebljene, takode mogu da otvore put prema uvidu i stabilnijim promenama.

Medutim, ono što cinu rad sa ovim tehnikama vrlo osetljivim jeste veliki potencijal manipulacije na štetu klijenta. Ovde pre svega mislimo na potencijalno preterano podsticanje pacijenta, narušavanje njegove autonomnosti ili harizmaticno zavodenje znanjem i moci od strane terapeuta. Zato smo, suprotno od uobicajenog stava da obzirom da su ove tehnike i ovakav pristup manje specifični i stručni te zato njima mogu da se služe manje iskusni, vešti ili obučeni terapeuti, mišljenja da je potrebno da u radu sa torturisanim klijentima rade upravo najiskusniji terapeuti. Jedino će iskusan terapeut prepoznati koliko je određeni klijent pogodan za eksplorativan, a koliko za suportivni pristup, a potom će brižljivo primenjivati ove tehnike samo u situacijama u kojima je siguran da one ne mogu imati neki od navedenih negativnih uticaja.

Sličnih smo stanovišta i o ulozi setinga u radu sa žrtvama torture. Siguran, pouzdan i predvidiv okvir u kome se dešava odnos sa terapeutom ima i dodatno značenje imajući u vidu teškoće i intenzitet narušavanja bazicnog poverenja i nereda u unutrašnjem svetu žrtve. Zato je neophodno da seting bude pažljivo pripremljen, održavan i analiziran tokom citavog toka terapije. Potrebno je, još u prvim razgovorima sa torturisanim, pažljivo odrediti termine, dati jasnu orijentaciju o tome, kao i o tome koliko je svaki termin važan. Samo dobar seting postace medijum za ponovno uspostavljanje bazicnog poverenja i kreiranje ranije postojećeg pa uništenog ili potpuno novog odnosa sa drugima.

TERAPIJSKI TOK

Ako za cilj ima rekonstrukciju oštećenih ego struktura, terapijski proces je dug. Iako i mi, kao i drugi psihoterapeuti, imamo iskustva dramaticnih poboljšanja i oporavka, najčešće u formi abreakcije, to su ipak u radu sa ovako teško oštećenim klijentima pre izuzeci koji potvrđuju pravilo. Pored visoke specifičnosti svakog terapijskog toka, a pogotovo u radu sa ovako teškim poremećajima, ipak æ, i ne samo iz didaktičkih razloga, može reci da terapijski proces prolazi kroz izvesne faze koje imaju svoje specifične osobine i zahtevaju poseban, drugaciji angažman i terapeuta i pacijenta.

Herman (1992) navodi tri stadijuma terapijskog procesa:

1. uspostavljanje sigurnosti
2. prisecanje i žalovanje

3. ponovno povezivanje

Ona opisuje uspešan terapijski proces koji od pocetne nepredvidljive strepnje i nesigurnosti ulazi u fazu pouzdane sigurnosti, od disociranog traumatskog iskustva ka uspostavljanju memorijskih puteva i konacno od stigmatizovane izolacije vodi ka socijalnoj reintegraciji. I drugi psihoterapeuti izdvajaju slicne fazne procese – Kulberg i Horovic (1986) naglašavaju da ove specificnosti faza nisu samo formalna stvar jer intervencija u jednoj fazi koja je korisna i prouzrokuje promenu, može biti oštećujuca u drugoj.

U prvoj fazi uspostavljanje osnovne sigurnosti uz postepeno oživljavanje oštećenog bazicnog poverenja je vodeći cilj pa zato ne bi trebalo intervenisati drugacije nego u pravcu razvoja ovih osećanja. Postoji verovatnoća da insistiranje na elaboraciji traumatskog iskustva u ovom delu može biti negativno. Verovatno se jedan broj terapija prevremeno završi zbog nemogućnosti klijenta da u još nedovoljno sigurnoj atmosferi i nerazvijenom odnosu prema terapeutu ude u suocavanje sa izvorima bola i nepodnošljive teskobe. U ovoj fazi bi verovatno trebali više raditi na definisanju ugovora, ojacavanju radnog saveza, pojačavanju pacijentovih osećanja kontrole i pozitivnih elemenata transfera.

U drugoj, verovatno i najdužoj i cesto najtežoj fazi, terapeut je pred izazovima posedovanja visokog osećanja za takt, uvremenjenost i empatiju. U njoj pocinje odmotavanje iskustva torture najcesce iznova i iznova i obicno na pocetku sa odsustvom adekvatnog emocionalnog toka. Danieli (1988) govori o nužnosti povezivanja ranijih pretraumatskih odnosa i iskustva, vrednosti i normi, ideala, konflikta i problema. Ohrabivanje pojavljivanja ovakvih sadržaja može napraviti kontekst u kojoj ce iskustvo traume možda dobiti znacenje i omoguciti ponovno stvaranje emocionalnog odgovora na nju kao i uspostavljanje unutrašnjeg osećanja kontinuiteta i celovitosti koje je doživljeno kao privremeno ugroženo i oštećeno ali ipak u osnovi ne trajno uništeno

U poslednjoj fazi odvijaju se rekonstrukcija, reintegracija, i odvajanje od terapeuta sa uklucivanjem pacijenta u socijalni život. I ova faza se karakteriše elaboracijama i proveravanjima stepena poverenja i poverenja u druge, preispitivanju socijalnih relacija i planiranje novog života.

Koliko god snažan i stabilan oporavak bio i kvalitetna integracija novih uvida u vlastito iskustvo, tortura ostavlja snažne posledice. Torturisani ce zauvek ostati svestan koliko je snažno osećanje bespomocnosti i straha proživio kao i do kojih granica neljudskosti neki ljudi, grupe ili sistemi mogu da idu.

TERAPIJSKI ODNOS

Terapijski odnos je vrlo zahtevan i cesto težak za oba sudionika. On se iskazuje u opisanim granicama i zakonitostima analitickog odnosa. Ipak, utisak je da, barem u intenzitetu postoje izvesne posebnosti. Tako od strane klijenta snažno inicijalno nepoverenje, sklonost idealizaciji a onda obezvređivanju, prevelika ili nikakva ocekivanja od terapeuta, sklonost ka regresiji na preverbalne nivoe funkcionisanja, ponovno proživljavanje nepodnošljivog bola

cijeg je terapeuta svedok ali sa strane žrtve, u nesvesnom, pogotovo u delovima negativnog transfera, i provokator. Neki autori su posebno skrenuli pažnju na dubinu regresije kod ovakvih klijenata (Werbert & Lindbom-Jakobson, 1993). Elaboracija ekstremne bespomocnosti tokom torture, straha od potpunog uništenja i smrti, ekstremnih proganjajucih osecanja ali i reaktivnih želja za bekstvom i osvetom možda je neminovan sadržaj u razradi traumatskog iskustva. Ovakav sklop doživljaja i osecanja može da reprezentuje, ili da se u nesvesnom izjednači sa onim osecanjima i doživljajima koje je osoba kao dete mogla imati u najranijem razvoju kada je neki realni ili fantazmatski traumatican doživljaj kreirao unutrašnji proganjajući objekat a majka ili drugi važan objekt deteta nisu uspjeli da dovoljno dobro pomognu u obradi i integraciji ovakvog iskustva. Ovo bi moglo biti objašnjenje za relativno ceste i za klijenta svjesno teško podnošljiva negativna transferna osecanja.

Dori Laub (1991, 1995) je razvio *teoriju empatičkog kolapsa* radeci sa preživelim žrtvama Holokausta. Tokom razvoja, a kao posledica pozitivnih iskustava razvija se empatička zaštitna barijera koja se zasniva na komunikaciji između dobrog unutrašnjeg objekta i selfa. Prema ovoj teoriji kao posledica ekstremne i dugotrajne traume slama se komunikacija i sledstvena podrška između dobrog unutrašnjeg objekta i selfa i razara se empatička zaštitna barijera, sa pratećim osecanjima potpune usamljenosti, napuštenosti i bespomocnosti. Tako se dešava da se gubi bazicno poverenje u mogućnost trajanja dobrog objekta ili njegovog skorog oporavka ili povratka, pa time i mogućnost da se ima očekivanje da neko ljudsko bice empatira sa nama, mogućnost da će drugi prepoznati naše bazicne potrebe i odgovoriti na njih.

Gubitkom unutrašnjeg dobrog empatičnog dijadnog odnosa gubi se mogućnost razumevanja i artikulacije iskustva i potreba. Uzrok ovog gubitka empatije jeste potreba da se isključi svaki mogući odnos sa muciteljem i njegova eventualna internalizacija. Iskustvo torturisanih jeste da im onaj koji vrši torturu konstantno okupira misli i unutrašnji svet. Cesto postoji odnos sa svetom i sobom samo kroz ovaj odnos. Da bi se sprecila ova nepodnošljiva situacija i opasna intruzija kao i eventualna identifikacija dolazi do sloma. Torturisanik pokušava da uspostavi pretraumatske objektivne odnose.

Jedan broj terapeuta koristi koncept projektivne identifikacije kao način za razumevanje cestih osecanja nemoci, nedovoljnosti, i praznine ili agresivnosti kod terapeuta. U radu sa ovim klijentima, terapeut je neprekidno u situaciji da proživljava citav spektar teških osecanja. Zato se obično nesvesno brani na cesto neadekvatne nacine, koji mogu doprineti zastoju ili prekidu terapijskog procesa.. Kolika god bila sposobnost empatije i identifikacije sa klijentom terapeut ipak nije proživeo iskustvo torture. I zbog toga su njegove sposobnosti za razumevanje i proradivanje užasa ove "covekom izazvane katastrofe" ipak ogranicene. Ona u terapeuta provocira razlicita nesvesna preispitivanja, o smislu, o životu i smrti, o odnosima sa drugim ljudima, o odnosu prema vlastitom poslu, moci i nemoci, smislu i besmislu agresivnosti, osvetoljubivosti i destrukciji. Disciranost i pasivnost, zahtevnost i agresivnost na nesvesnom nivou mogu provocirati potrebu za manicnom reparacijom ili odbacivanjem klijenta. Reaktivne omnipotentne fantazije ili skriveni depresivni potencijali kod terapeuta mogu proizvesti izlaganje klijenta neuvremenjenim ili neprilagodnim intervencijama što na nesvesnom nivou može biti

preuzimanje uloge mucitelja. Terapeut bi, zato, trebao biti objektivno svestan svih ovih ograničenja i opasnosti. Autoanaliza, relaksacija, a pogotovo konsultacije i supervizijska pomoc kolega mogu biti u ovakvim situacijama od velike pomoci.

Osnovni oblik komunikacije ali istovremeno i sredstvo terapijske akcije i promene jeste rec. Torturirani je ili preokupiran i preplavljen pricom o traumatskom iskustvu do ruminiranja, što je redi slucaj ili češće, teško ili nikako govori o vecim delovima tog bolnog iskustva. Za neke delove iskustva postoji amnezija. U oba slucaja ono što je jasno jeste da žrtva ne može da imenuje svoja osećanja tada, kada se to dešavalo, a ni sada kada o tome pokušava da misli. Iskustvo tako ostaje odvojeno, neintegrisano, fragmentisano i nemetabolisano i predstavlja stalni izvor preplavljujuće anksioznosti. Integracija ovog iskustva može biti shvacena kao važan terapijski izazov.. Jedan broj terapeuta može biti preokupiran ovim ciljem, kao tradicionalno važnim elementom isceljenja. Osnazivanje oštećenih ego sposobnosti, preuzimanje izvesnog stepena kontrole i proakcije u vlastitom životu, razvijanje izvesnih zatamljenih kreativnih i imaginativnih kapaciteta, ukljucivanje u porodicu i širu društvenu zajednicu, smanjenje agresije, autoagresije i osećanja stida i krivice kao i izolovanosti i bezvrednosti svaki za sebe predstavljaju ciljeve od dovoljnog znacaja. Ali, češće je mnogo važnije uspostaviti bazicne pretpostavke ljudskog odnosa koji ukljucuje poverenje, pouzdanost i trajnost.

PRIKAZ SLUCAJA 1

Mladu ženu koju cu ovde zvati Vesna upoznala sam pocetkom 2002.g. kada mi se obratila nakon što je od jedne naše klijentkinje cula o Centru. Receno joj je da bi mogla da ostvari "svoja prava" preko Centra, a i da porazgovara sa jednim od psihijatara ako ima tegoba. Tada je shvatila da želi da razgovara sa "nekim strucnim" jer više nije mogla da trpi tegobe koje ima i da joj se život, kako je rekla u prvom razgovoru, odvija u pravcu koji joj se ne dopada.

Vesna je u ranim tridesetim, ekonomski tehnicar, nezaposlena. Udata je, ali poslednje dve godine ne živi sa mužem vec sa roditeljima i cerkom u jednom malom mestu u unutrašnjosti Srbije. Rodom je iz Hrvatske gde je i živelala sve do pocetka rata, a zatim je izbegla u Srbiju. Ima status izbeglice. Želi da emigrira u Kanadu kod brata koji tamo živi sa svojom porodicom.

Drugo je po redu rodenja od cetvoro dece. Rodena je na selu u kompletnoj porodici, u kojoj su u vreme njenog rodenja, pored roditelja, živeli i baba i deda po ocu. Njen rani razvoj je protekao uobicajeno. Kao malu su je cuvale majka i baba po ocu. Detinjstva se seca kao lepog. Nije ni u cemu oskudevala, istice kako je imala sve što i druga deca, cak i više, a u okviru svoje porodice se osecala sigurno i zašticeno. Bila je oceva mezimica ali je oduvek bila bliža i više vezana za majku. Majku opisuje kao toplu, brižnu i osecajnu, okrenutu deci i veselu, a oca kao nežnog i požrtvovanog. Roditelji su se oduvek dobro slagali. Dobro se slagala i sa bracom i sestrama, narocito sa bratom i starijom sestrom koji su po godinama bliži njoj dok je druga sestra dosta mlada što je uticalo da se Vesna

oseca kao njena "druga mama". U školu je pošla na vreme, lepo se uklopila i bila je odlican učenik. Nakon osnovne škole po svom izboru je upisala srednju ekonomsku školu koju je završila u roku, takode sa odlicnim uspehom. Želela je da studira, ali je poceo rat i osujetio je u njenim namerama. Odmah na pocetku rata, otac nju i brata šalje za Srbiju "na nekoliko dana". Pocetak njenog izbeglickog života joj je jako teško pao. Nedostajala joj je kuca, roditelji, sestra, prijatelji, osecala se "kao išcupana". Nakon godinu dana za Srbiju su došli i roditelji sa mladom sestrom tako da se osecala nešto bolje, ali je u to vreme postajala svesna da se najverovatnije više nikada neće vratiti u svoje rodno mesto. Starija sestra, u to vreme vec udata, ostala je u Hrvatskoj i Vesna je povremeno odlazila da je poseti, uprkos ratnom okruženju. U jednoj takvoj poseti gradic u kojem je bila bio je opkoljen neprijateljskom vojskom i Vesna se našla u okruženju. Sestra je uspela da se sa bebom izvuce i prede na slobodnu teritoriju, a Vesna je ostala sama u kuci. Narednih 50 dana provela je u kucnom pritvoru. Nije imala kontak ni sa kim. Nije mogla da koristi telefon jer su telefonske linije bile u prekidu. Nakon nekoliko dana više nije mogla da izdrži glad pa je, nocu, izašla iz kuce da u bašti ubere nešto povrca. I dok je bila u bašti spazili su je neprijateljski vojnici. Uz psovke, uvrede i šamaranja, naterali su je u podrum, a onda je silovali. Sve vreme su je tukli i vredali, a jedan od njih je urinirao po njoj. Smejali su se govoreci kako je lepo slušati kako uživa. Ostavili su je sa pretnjama da ce se ponovo vratiti sa drugovima. Ni sama ne zna šta se nakon toga dešavalo sa njom. Na dane koji su usledili postoji samo fragmentarno secanje. Izgubila je pojam o vremenu. Otupela je, izgubivši svaku nadu da ce preživeti. Ipak, nakon nekog vremena (za koje se kasnije ispostavilo da je više od mesec dana) u kucu je ušao jedan meštanim i našao je. Preneo ju je u svoju kucu gde je provela neko vreme, a zatim je sa još nekolicinom ljudi prebacio do autobusa sa kojim je uz zaštitu UN došla za Srbiju. Bila je rešena da nastavi sa svojim životom "kao da se ništa nije desilo". Medutim, ubrzo je pocela da oseca tegobe. Promenila se, postala je, od nekada vesele devojke zatvorena i cutljiva. Stalno je osecala napetost i strah. Cesto su se, protiv njene volje, vracale slike torture kojoj je bila izložena. Imala je košmare iz kojih bi se budila sva u znoju, preplašena. Pocela je da se osamljuje, osecala se bezvredno i ništavno. Postala je preokupirana cistocom i urednošcu. Imala je rituale vezane za kupanje, a kupala se po nekoliko puta dnevno. Najbliži su primetili da sa njom nešto nije u redu ali ona ih je stalno razuveravala. Posle nekog vremena je rešila da nešto promeni. Zaposlila se, a ubrzo i udala za coveka sa kojim se zablavljala i pre silovanja. Uskoro je rodila i dete. Medutim, izbegavala je seksualne odnose, a kada bi do toga dolazilo, pravila se "kao da se to dešava nekom drugom". Ovakva situacija postala je razlogom muževljeve ljubomore i ubrzo je dovela do njihovog razdvajanja i ona se sa detetom vratila roditeljima. Medutim, ni jedno od njih nije podnelo zahtev za razvod braka.

Vec u prvom razgovoru Vesna mi je ispricala o ovim traumaticnim događajima. Dugo je govorila o svemu, opisujući silovanje do u najsitnijih detalja. Ono što je bilo upadljivo je to što je o tome govorila bez adekvatne emocionalne pratnje. Samo me je sve vreme tokom razgovora, ili bolje receno njenog monologa, uporno i kontrolišuce gledala. Imala sam utisak prikovanosti za stolicu u kojoj sam sedela i cinilo mi se da ne smem da se pomerim, da ni na trenutak ne smem da skrenem pogled sa nje. Naglasila je da nikome, nikada ranije nije pricala o tome.

Napravile smo dogovor o zapocinjanju psihoterapije.

Vesna je nastavila da dolazi kod mene jednom nedeljno. Tokom prvih seansi uglavnom je cutala i prodorno me gledala. Ako bi nešto rekla to se odnosilo na njenu svekrvu koju nije volela i koju je smatrala krivcem za svoj neuspešni brak. Svekrvu je opisivala kao ženu lakog morala, egoisticnu i sebicnu, lažljivu i prevrtljivu, spremnu na svakojake spletke. Moje intrpretacije da možda slicna osecanja postoje i spram mene u ovoj situaciji sada, da sam i ja možda neko prema kome je teško osetiti poverenje, nije prihvatila. Govorila bi da je to što dolazi sasvim pouzdan znak da mi veruje.

Izdvojila bih delove sa dve seanse koje su posebno zanimljive, možda iz razloga što najviše odslikavaju dinamiku našeg odnosa i psihoterapijskog toka:

seansa 1 (otprilike nakon pola godine terapije)

Dugo me i uporno gleda. Gleda i po sobi, precizno primecujuci i najsitnije promene. Da se moja tašna sada nalazi na krevetu, a šolja od kafe na radnom stolu. (od samog pocetka njene terapije tj. od prvih seansi, vrlo mnogo pažnje posvecivala je prostoru u kojem smo bile, komentarišući ako bi joj se ucinilo da nešto nije bilo kao ranije). Kažem joj kako je ponovo primetila promenu i pitam je kako se zbog toga oseca. Kaže kako to nema nekog posebnog znacjenja, to su sitnice, mada bi volela da sve bude kako je ostavila. Nastavlja o svojim planovima za odlazak i kako se cula sa bratom. On misli kako ce sve biti u redu i kako ce ona uskoro moci da dode. Pitam kako se oseca u vezi sa tim. Jedva ceka, samo se pita kako ce to podneti njeno dete. Ona ovde više nema šta da traži, želi da tamo pocne novi život i sve što joj se ružno dogodilo ovde zaboravi. Kažem kako s jedne strane postoji potreba da ode, a s druge zabrinutost kako ce njeno dete podneti promenu i da mi se cini da to ima veze sa brigom i o njenim "decijim" potrebama tj. da li ce moci da se pobrine i o sebi u takvoj situaciji. Misli kako to što sam rekla nema veze. Nastavlja o svekrvi i kako je kraj njenog odnosa sa njom bio kada je pljunula njeno dete zato što lici na nju. Ponovo ruminira taj odnos i kako je ta žena potpuno drugacija od njene majke tj. sebicna, primitivna i zla. Kažem joj kako izgleda i ovde, u odnosu sa mnom, postoji sumnja da li sam kao njena majka, tj. neko ko može da je zaštiti i zbrine ili sam kao njena svekrva koja je sebicna i zla. Ni to što sam rekla za nju nema neko znacjenje. Ne bi ni trenutka bila ovde da mi ne veruje. Kažem kako mislim da je tako, da je taj deo nje koji mi veruje i dovodi ovamo, ali da mi se cini da postoji i ovaj drugi koji je sumnjicav i nepoverljiv. Za nju to nije tako, ili veruje ili ne veruje ljudima. Ja sam psihijatar i meni može da veruje. Nakon duže tišine kaže kako su košmari ponovo ucestali. Stalno sanja ljude koji je progone, neprijateljsku vojsku koja joj je za petama i koja je stiže. Prica poslednji san koji je sanjala - Nalazi se u jednoj kuci. Kuca je sva

od betona, lici na bunker. Kružnog je oblika i umesto prozora su pri vrhu uski prorezi koji su u stvari puškarnice. Ona je unutra, vrti se u krug, uplašena je što ne može da nade izlaz. Ponovo je intenzivan strah budi iz sna. Pitam je da li joj nešto pada na pamet u vezi sa tim snom. Kaže kako je sve jasno. San govori o tome kako se plaši da neće uspeti u svojim planovima da ode u Kanadu. Kažem kako je u snu sama, zatvorena u kuci koja lici na bunker i kako mi se čini da je ta kuca kao jedno mesto u njoj, koje je tako zatvoreno i iz kojeg kao da nema izlaza. Pita me na šta mislim. Kažem da mislim na situaciju zlostavljanja kojem je bila izložena. I na posledice koje zbog toga ima. Kaže da ne želi o tome da priča. Kažem da je baš kao u snu. Kao da mora da bude sama i da sama traži izlaz iz nečega u cemu se tako loše oseca. Dugo me posmatra. Na kraju me pita da li zaista verujem da se takve stvari mogu zaboraviti. Kažem da ne verujem da se mogu zaboraviti, ali da verujem da se mogu prevazići. Kao nehajno prelazi preko toga i do kraja seanse priča o knjižari koju je imala nameru da otvori sa mužem ali je sada sve oko toga propalo.

Seansa 2 (nakon godinu dana terapije)

Kaže kako je poslednjih dana neraspoložena, ima problema sa cerkom koja se protivi odlasku u Kanadu. Popustila je u školi i svadljiva je. To je vraća na sosptveno detinjstvo, kaže kako je ona bila drugacija, uglavnom dobro dete, i nije zadavala probleme roditeljima. Cerka je u kontaktu sa ocem, on dolazi da je poseti, a i oni tada popricaju. Čak su nekoliko puta i izašli i dobro se osecala sa njim. Zapitala se i da li je baš sve gotovo, misli kako možda ima nade da se njihov brak ne raspadne sasvim. Rekla mu je za svoje planove u vezi sa iseljenjem i pitala ga da li bi i on možda došao da žive tamo. Rekao joj je da mora da razmisli o tome ali da mu se ideja ne čini lošom. Konstatuje kako bi tamo, u Kanadi, svo troje mogli da počnu ponovo. Nastavlja da priča san – ona se nalazi u nekoj prostoriji koja lici na bolnicu, ali je sve zapušteno i zaprljano. Po podu je skorena krv, a sa zidova se ljušti boja. Primećuje jedan krevet na kojem leži neko, mrtav je i prekriven belim caršavom. Ona prilazi i u momentu kada hoće da skloni caršav da bi videla ko je to, shvata da taj neko još nije umro jer iznenada se beli caršav puni krvlju koja istice iz rane u predelu grudi. Diže caršav i vidi da je taj "leš" u stvari ona sama. Pocije da oseca užasan strah koji je i budi iz sna. Misli da je to još jedan od njenih košmara, sada su oni redi ali je strah koji doživljava intenzivniji. Nakon krace pauze kaže kako se i ona tako dugo osecala – mrtvo. Kažem kako je, kao u snu, mislila da je jedan deo nje mrtav, ali da je u stvari živ, ali ranjen. I da je možda ono što je toliko uplašilo u stvari strah da dode u kontakt sa osećanjima koja su joj jako bolna. Prvi put je tada zaplakala. Plakala je dugo, presamicena. Kada se smirila, rekla je da joj je

sada palo na pamet nešto sasvim blesavo. Pitam je šta. Kaže, setila se svog prvog seksualnog iskustva i kako je taj momak bio neiskusan i da je pravio smešne pokrete. Pocinje da se smeje, kaže kako je blesavo što se toga sada setila. Kažem da je to secanje sada jednim delom možda bilo potreba da se izbegnu teška osecanja, ali s druge i pokušaj kontakta sa jednim delom nje same, sa kojim joj je dugo bilo teško da bude u kontaktu.

Seanse koje su usledile bile su obeležene Vesninom potrebom da elaborira traumatsko iskustvo. Tokom jedne seanse ispricala je kako je sanjala tri zla patuljka obucena u vojničke uniforme. Sama je interpretirala svoj san rekavši kako su njeni zlotvori sada samo zli patuljci. Uporedo sa tim vratila su se secanja na vreme pre rata. Vesna je ponovo u sebi mogla da pronade veselu, optimisticnu osobu kakva je bila. Dosta vremena na seansama posvećivala je i razmišljanjima o budućnosti i pravljenju planova. Ispoljavala je iznenađenje i zadovoljstvo postignutom promenom, a prema meni je izražavala zahvalnost i poverenje. Vesna još uvek nije oputovala za Kanadu. I dalje se nada da će dobiti vizu i da će moći da se iseli sa svojom cerkom da tamo zapocne "novi život". Još uvek dolazi na terapiju. Odlucila sam da pitanje završetka terapije prepustim njoj. Ona ga za sada nije postavljala, mada, po snovima koje donosi i njenim asocijacijama, osećam kako je taj trenutak blizu. I dalje ne živi sa mužem, ali su njihovi odnosi sve bolji. Ponovo je pocela da ima seksualne odnose sa njim. Razmišlja o tome da mu kaže šta joj se dogodilo. Košmara više nema.

PRIKAZ SLUCAJA 2

Milan, u pedesetim godinama, oficir bivše JNA u penziji. Oženjen je, otac dve cerke. Sa porodicom živi u jednom gradu u unutrašnjosti Srbije od 1991. godine. Do tada je živeo i radio u Hrvatskoj. U jesen 1991.g. je, sa još nekolicinom oficira, zarobljen i odveden u zatvor. U zatvoru, u kojem je proveo tri meseca, bio je podvrgnut psihickoj torturi. Bio je vredan, ponižavan, pretili su mu smrću. Najveći deo vremena provedenog u zatvoru, bio je u samici. Nije znao šta se dešava sa njegovom porodicom, kolegama i prijateljima. Slušao je jauke iz drugih celija. Nakon, skoro tri meseca zarobljeničtva je razmenjen i poslat za Srbiju. Prve psihicke tegobe osetio je neposredno nakon dolaska u Srbiju. Pocelo je sa nesanicom. Dugo ne bi mogao da zaspi, cesto se budio u toku noci. Zatim su poceli košmarni snovi u vezi sa traumaticnim događajem. Budio bi se u panicnom strahu, preznojen. Poceo je da se osamljuje, da biva napet i neraspoložen. Osećao se izdanim i razocaranim. Primetio je da je postao razdražljiv, bez jasnog povoda. Sve je teže funkcionisao i na poslu, bivao je dekoncentrisan. Tražio je da bude penzionisan. Simptomi su vremenom fluktuirali. Bilo je i perioda kada se osećao i bolje. Iz tog razloga se nije obracao psihijatru. Medutim, od marta 1999.g. tj. od NATO bombardovanja Jugoslavije, simptomi su se intenzivirali tako da je rešio da potraži psihijatrijsku pomoc. Pre rata, odnosno pre iskustva torture, zadovoljavajuće je funkcionisao u svim oblastima života.

U CRŽT IAN je došao marta 2002.g. kada sam ga i upoznala. O aktivnostima Centra pročitao je u novinama. Obzirom na introspektivnost i motivisanost koje je iskazao tokom prvih razgovora napravili smo psihoterapijski ugovor. Bio je radostan zbog toga, i sam je, nekada davno želeo da studira psihologiju, ali ga je "život odveo u drugom pravcu".

Medutim, i pored pocetne motivisanosti, ubrzo su se javili otpori. Milan je doduše poštovao terapijski ugovor, odnosno, redovno je u dogovorenim terminima dolazio na seanse ali je pokušavao da intimizira naš odnos ili bi se slagao sa svim što bih ja rekla jer "ja sam strucnjak i znam" ili bi samo cutao i podozrivo me gledao, tako da su se moje intervencije u pocetku terapije odnosile na pokušaje rasvetljavanja njegovih otpora uz gratifikaciju njegovog truda. Ipak, trend da se održi takvo stanje je trajao. Ubrzo sam primetila da hvatam sebe u nadi da možda neće doći na seansu, da mi je na seansama teško da ga slušam, da sam odsutna i pospana. Osecala sam se beskorisno i izolovano. Jednom prilikom kada je bilo vreme da on dode pomislila sam "još 50 minuta mucenja". Istog momenta mi je postalo jasno da sam uvucena u kontratransferno odigravanje. Prvi put nakon dužeg vremena ponovo sam na seansi mogla da mislim o Milanu. Ponovo sam se osetila kompetentnom i sposobnom da nešto uradim i da mu pomognem. Pitala sam ga zašto u stvari on dolazi. Bio je iznenađen mojim pitanjem. I taman kada je počeo da, na isti način kao i toliko puta do tada, hvali moju stručnost, pomoć koju dobija i terapiju, prekinula sam ga i rekla mu kako otprilike znam šta će on reći ali da ja nemam utisak da mu terapija zaista pomaže i da bih volela da znam kako se on zaista oseca, ovde na seansama, a i van seansi. Ispostavilo se da je razmišljao da prestane da dolazi ali mu je bilo neprijatno da mi to kaže jer se ja toliko trudim, a njemu nije bolje, čak su i košmari postali intenzivniji. Objasnila sam mu da intenziviranje košmara može da ima veze sa terapijom, odnosno sa time da vreme ovde ne koristi za analiziranje svojih osećanja jer mu je teško i bolno da se sa time suočava i da mi se čini kako ima potrebu da i mene zaštiti od raznih svojih osećanja koje sam osuđuje i odbacuje kao neprihvatljiva. Naredne seanse smo uglavnom provodili u jakanju terapijskog saveza. Milan je postepeno shvatao do koje mu je mere bilo teško da se suočava sa izvorima svog bola i patnje i ubrzo je počeo da vreme na seansama koristi na jedan drugaciji i mnogo konstruktivniji način. Polako je osvajana spoznaja da je, uprkos svim teškoćama, a koje smo brižljivo analizirali, terapijska situacija dovoljno bezbedno mesto.

seansa 1 (nekoliko meseci nakon zapocinjavanja terapije)

Govori o cerkama. Istice kako je jako ponosan na njih, da su one sve u njegovom životu. (Milan je, inace, veliki deo vremena na seansama posvecivao svojim cerkama. O ženi i njihovom odnosu je izbegavao da govori.) Starija cerka je uspešnija, podseca ga na njega kada je bio mladi, ali je mlada umiljatija. Brine za njihovu budućnost, obe su bez posla, pita se na koji način bi mogao da im pomogne. Ranije je i mogao, imao je "veza", a sada je drugacije, "nikome nije potreban". Pitam ga da li se druži. Kaže da se povukao, uglavnom vreme provodi na svojoj farmi jer se sa životinjama

najbolje oseca. Što se ljudi tice vida se redovno sa roditeljima njegovog poginulog vojnika. Molim ga da mi to pojasni. Kaže da se radi o momku koji je poginuo za vreme NATO bombardovanja. Nije mu bio direktno nadreden ali je osetio potrebu da on javi njegovim roditeljima za njegovu pogibiju. Nekako je osetio da bi on najbolje mogao sa njima da se sporazume. Od tada se cesto posecuju. Sa još nekim porodicama je na taj nacin postao blizak. Ispostavlja se da je za vreme NATO bombardovanja Milan imao potrebu da porodicama poginulih vojnika saopštava tu tragicnu vest. Pitam ga kako je razumeo tu svoju potrebu. Kaže kako mu nije baš jasno, ali je osecao da potpuno razume te ljude. Kažem kako mi se cini da je to možda bio nacin da se suocava sa nekim svojim bolnim osecanjima. Najveci strah mu je bio dok je bio zarobljen, kaže, da se nešto slicno ne dogodi njegovoj deci. Pogotovu što nije znao šta je sa njima, a pretili su mu da ce mu pobiti "cetnikuše". I da se kasnije, za vreme bombardovanja, kao oficir, osecao krivim zbog užasnih tragedija koje su se dešavale. Smrti koje su pogadale "mlade i nedužne vojnike". Postalo mi je jasno da je unutrašnja interpretacija torture za Milana da je on kriv. Nastavlja da govori o ljutnji i besu koje je osecao prema svojim pretpostavljenima i da je zatražio da ga penzionišu kada je shvatio da "stvari mogu da se otrgnu kontroli". Pitam ga na šta misli. Kaže kako mu je svašta padalo na pamet, bio je spreman i da ubije nekoga jer mu je bilo dosta da gleda kako umiru nedužni zbog gluposti. Kažem kako je izgleda tada rešio da "penzioniše" mnoga svoja osecanja koja su mu bila neprihvatljiva, a koje je imao prema ljudima u uniformama, ali da mi se cini da su ta osecanja ostala da žive u njemu i nakon što je otišao u penziju i da su postala još življa.

U daljem toku ove, kao i na seansama koje su usledile, Milan je postepeno govorio o osecanjima nemoci, bespomocnosti i krivice koje je imao za vreme zarobljeništa, kao i o osecanjima ljutnje i ubilackog besa koje je imao spram svojih mucitelja. Podržavala sam ga i ohrabivala u tome. Prepoznata kao ocekivana i za datu situaciju adekvatna, ova osecanja konacno su mogla biti proradivana.

Seansa 2 (nekoliko meseci kasnije)

Kaže kako u poslednje vreme cesto misli na svog "bivšeg najboljeg prijatelja". Molim ga da mi nešto više kaže o njemu. Upoznali su se još na vojnoj akademiji. Odlicno su se razumeli, mogao je sa njim da prica bez kocnica, osecao se privaceni. Kasnije, kada su se oženili, nastavili su da se druže porodicno, cesto su zajedno odlazili na letovanja i zimovanja. Nekoliko godina pre nego što je poceo rat, prijatelj (inace druge nacionalnosti) mu je rekao kako planira da napusti vojsku i da se sa porodicom iseli u inostranstvo. Milan se nije slagao sa tim, mislio je da do rata ni nece doci i da je tako nešto nemoguće. Prijatelj je otišao u inostranstvo ali su nastavili

da kontaktiraju. Međutim, nakon što je Milan izašao iz zatvora i došao za Srbiju kontakt se izgubio. Prijatelj je, doduše, nekoliko puta zvao ali Milan nije bio spreman na razgovor sa njim te je ovaj prestao da se javlja. Pitam ga kako razume svoje distanciranje u odnosu na prijatelja. Kaže da se borio sa različitim osećanjima prema njemu. Još od davnih dana mu se divio i smatrao ga uspešnijim od sebe. Kada je ovaj rešio da se povuce iz vojske Milan je negde duboko u sebi to doživeo kao prijatelj ev kukavičluk i prvi put se osetio boljim. Međutim, događaji koji su usledili brzo su ga razuverili u toj ideji. Osećao se posramljeno. A nakon što je zatvoren i podvrgnut torturi od strane dojučerašnjih kolega koji su bili iste nacionalnosti kao i njegov prijatelj osetio je prema njemu mržnju. Kažem kako je bilo lakše da se mržnja oseti prema nekome ko mu je bio blizak nego prema ljudima koji su ga mucili ali su bili stranci. Kaže kako je mržnju vrlo jasno osećao i prema muciteljima, a sada dok pričamo o tome razmišlja kako ih je izgleda nekako poistovetio i da je nakon što je izašao iz zatvora i došao za Srbiju, za njega bilo nemoguće da sa prijateljem razgovara. Kao da bi time dao legitimitet mucenju koje je doživeo. Pitam ga kako razume to što u poslednje vreme često misli na njega kako je rekao na početku seanse. Nakon dužeg cutanja kaže kako mu je neprijatno, ali da to izgleda ima veze sa tim da je rešio da mu oprost. Pitam ga šta. Kaže to što je druge nacionalnosti, mada je dok to govori svestan kako zvuci besmisleno. Kažem mu kako mislim da u opraštanju ima jako puno smisla. Pita me da ne mislim valjda da treba da oprost svojim muciteljima. Kažem mu da sam mislila na to da oprost sebi, da razume da nije on taj koji je bio kriv zbog onoga što mu se desilo.

Terapija sa Milanom je trajala nešto malo više od godinu dana. Za to vreme došlo je do značajnog poboljšanja njegovog psihickog stanja. Kroz terapiju, odnosno interakciju sa drugim, ponovo je uspostavljeno poverenje u dobrotu i razumevanje pa je više dobrote i razumevanja moglo da se oseti i iznutra. Pozitivan terapijski ishod uticao je na pozitivne promene u njegovom životu: Milan je uključio u svoj život mnogo više sadržaja. Prestao je da se osamljuje, počeo je da odlazi na sastanke u svoje boracko udruženje, uključio se i u orkestar, a na svoju farmu je počeo da odlazi sa ženom. Njihovi odnosi su dobili novi kvalitet. Mucno iskustvo zarobljeničtva više nije bila tabu tema. Otvoreno su razgovarali o tome i Milan je uspeo da joj isprica kroz šta je sve prošao i koliko je ocajan i izgubljen bio. Uspostavio je kontak i sa svojim "bivšim najboljim prijateljem". Posle više od dvanaest godina ponovo je mirno spavao.

PSIHOANALITICKA PSIHOTERAPIJA I PSIHOFARMAKOTERAPIJA

Na kraju bi prokomentarisali pitanje kombinovanja psihoterapije i farmakoterapije. Iako u navedenim prikazima to nije bio slučaj, odnosno ni "Vesna" ni "Milan" nisu tretirani

psihofarmacima, u psihoterapijskom radu sa torturisanima cesto smo u situaciji da u, inace delikatan odnos uvedemo i treceg tj. lek. Razlozi za ovo su mnogobrojni, racionalni i iracionalni, prepoznati i neprepoznati. Najpre, vecina torturisanih ima toliko ozbiljne psihicke tegobe, da se uvođenje psihofarmaka cini nezaobilaznom vrstom pomoci. Davanjem leka koji brzo donosi olakšanje i boljita (mada ni to nije uvek slucaj), cesto smo u situaciji da uticemo na brže zadobijanje pacijentovog poverenja i time na smanjenje prekida terapije. S druge strane, u opasnosti smo da davanjem leka pasiviziramo pacijenta i time u stvari pojacamo njegov osnovni problem, da blokiramo njegove slobodne asocijacije ili napravimo konfuziju oko toga šta je ono što je kurativno – psihoterapija, lek, oba ili ni jedno? Sa strane terapeuta, davanje leka nekada može biti ispomoc za saniranje osećanja bespomocnosti prilikom teškoca uspostavljanja kontakta sa torturisanim, izraz distanciranja od neposrednog odnosa sa pacijentom, prevencija ili izraz sindroma sagorevanja i sl.

Slicno, ili još komplikovanije pitanje jeste ordiniranje drugih vrsta pomoci ili aktivnosti kao što su davanje dodatnih informacija klijentu, davanje nalaza i mišljenja koji bi mogli uticati na pravni status klijenta, upucivanje klijenta na lekarske preglede i sl.

Iako ranije smatrani faktorima koji snažno kompromituju terapijski odnos, vecina današnjih psihoanaliticara, utisak je, nema tako krut stav prema ovom pitanju. Neki cak zagovaraju, pogotovu kod teških slucajeva, administraciju lekova paralelno sa tretmanom. Drugi su to uradili kroz kompromis sa idejom da treca osoba daje lek, a da se terapeut bavi samo psihickim aspektima svog pacijenta.

Možemo reci da se mi u našem radu sa torturisanima koristimo lekovima nakon brižljive analize svih, napred navedenih faktora a koji bi mogli da uticu na uspešnost psihoterapijskog procesa. U najvećem broju slucajeva kombinacija psiho- i farmakoterapije pokazala se korisnom i opravdanom.

ZAKLJUCAK

Iako je psihoanaliticka psihoterapija po definiciji ambiciozna, ciljevi u radu sa žrtvama torture bi trebali biti realistici i pre svega prilagodeni kapacitetima i potrebama klijenata. Iako i u našem iskustvu i u literaturi imamo primere dramaticnih poboljšanja i posle manje intenzivnog tretmana, realnije je reci da su žrtve torture dosta rezistentne na terapiju. Pogotovo je tako ako je ugao gledanja medicinski model bolesti gde je osnovni cilj uklanjanje simptoma koji premorbidno nisu postojali. Naše iskustvo potvrđuje da lakše dolazi do povlacenja tzv. "pozitivnih simptoma" u smislu nametanja, nocnih mora i anksioznosti, a da su tzv. "negativni simptomi" kao što su povlacenje, izolacija, isklucivanje iz socijalnog života mnogo rezistentniji. Žrtve mucenja, osim potrebe da im nestanu simptomi koji ih muce imaju i potrebu, cesto teško verbalizovanu, a to je da nadu novi smisao življenja i novo poverenje u sebe i druge.

Hronicnost tegoba i kasno otpocinjanie terapije, što su u našem Centru bile redovne okolnosti, nepovoljni su po terapijske ciljeve. Hronicni PTSP je poremećaj koji snažno i trajno utice na nivo funkcionalnosti i ukupne ostvarenosti licnosti. Reparacija je

vrlo često reorganizacija, nalaženje nove ravnoteže, što je težak ideal i za klijenta i za terapeuta. Realističnost i ostvarivost ciljeva bi trebala da budu poznata terapeutu od samog početka terapije i on bi o ovim pitanjima trebao otvoreno da prodiskutuje sa klijentom. U suprotnom, postoji velika mogućnost komplikovanja terapijskih odnosa, razocarenja, prekida terapije, iscrpljivanja klijenta i terapeuta, sagorevanja i više ili manje prepoznatih transferno-kontrtransfernih odigravanja.

Ovo vodi ka zaključku da je rad na uspostavljanju, održavanju i razumevanju odnosa klijenta i terapeuta od izuzetne važnosti i to možda veće od osvetljavanja, klarifikacija i interpretacija i uspostavljanja veza između razdvojenih delova iskustva.

LITERATURA

- Bibring, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of American Psychoanalytic Association* **2**, 745-770.
- Bion, W. (1993) A Theory of Thinking. In: Bion, W., (Ed.) *Second Thoughts: Selected papers on psychoanalysis*, pp. 110-119. London: Karnac: Maresfield Library.
- Blass, R.B. and Simon, B. (1994) The value of the historical perspective to contemporary psychoanalysis: Freud's 'seduction hypothesis'. *International Journal of Psychoanalysis* **75** 677-693.
- Danieli, Y. (1988) Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. In: Ochberg, F., (Ed.) *Post-traumatic therapy and victim of violence*. New York: Brunner /Mazel.
- Fenichel, O. (1961) Psihoanalitička teorija neuroza [The Psychoanalytic Theory of Neuroses]. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Ferenczi, S. (1988) Confusion of tongues between the adult and the child (The language of tenderness and of passion). *Contemporary Psychoanalysis* **24** 196-206.
- Freud, S. (1916) Introductory lectures on psycho-analysis . The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 15-16. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, 1966.
- Freud, S. (1920) Beyond the pleasure principle . The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 18. 1-64. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, 1966.
- Herman, J.I. (1992) Trauma and recovery: The aftermath of violence - From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.
- Horowitz, M.J. (1986) Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry* **37**, 241-249.
- Kardiner, A. and Spiegel, H. (1947) War, Stress and Neurotic Illness. New York : Hoeber.
- Krystal, H. (1978) Trauma and Affect. *Psychoanalytic Study of the Child* **33**, 81-116.
- Lansen, J. (1993) Vicarious traumatization in therapists treating victims of torture and persecution. *Torture* **3**, 138-140.
- Laub, D. and Auerhahn, N. (1993) Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. *International Journal of Psychoanalysis* **74**, 287-301.
- Laub, D. and Podell, D. (1995) Art and Trauma. *International Journal of Psychoanalysis* **76**, 991-1005.
- Niederland, W. (1968) Clinical observations on the "Survivors Syndrome". *International Journal of Psychoanalysis* **49**, 313-315.
- Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C. and Turner, S.W. (1993) Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture: A retrospective series. *British Journal of Psychiatry* **162**, 55-59.
- Reeler, A.P. (1994) Is torture a posttraumatic stress disorder. *Torture* **4**, 59-63.
- Rockland, L.H. (1992) Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach. New York.: Guilford.
- Solkoff, N. (1992) The holocaust: Survivors and their children. In: Basoglu, M., (Ed.) *Torture and its consequences: Current treatment approaches* , pp. 137-148. Cambridge: Cambridge University Press.

- Solnit, A.J. and Kris, M. (1967) Trauma and Infantile Experience. In: Furst, S.S., (Ed.) *Psychic Trauma*, New York: Basic Books.
- van der Kolk, B.A. (1987) *Psychological Trauma*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Wallerstein, R.S. (1986) *Fourty two lives in treatment: A study in psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Werbert, A. and Lindbom-Jakobson, M. (1993) The "living dead": Survivor of torture and psychosis. *Psychoanalytic Psychotherapy* **2**, 163-179.
- Youn, L. and Gibb, E. (1988) *Trauma and Grievance in Understanding Trauma*. London: Carnac.