

Tortura u terapijskom prostoru: kontratransfer u radu sa žrtvama organizovanog nasilja

Vladimir Jovic

Nataša Cvetkovic - Jovic

Sažetak

Emocionalne reakcije pomagaca u radu sa žrtvama psihološke traume, kao i psihicki poremećaji ili poremećaji na telesnom nivou, koji se javljaju uz ove reakcije, su različito opisivani. Oni su usko povezani sa empatijskim odnosom prema pacijentima i proživljavanjem traumatskih događaja od strane pomagaca. Ovaj rad za cilj ima da ukaže na prakticni potencijal razumevanja psihoanalitickog koncepta kontratransfera i neke od specifičnosti kontratransfernih reakcija u radu sa žrtvama torture, koje se, pre svega, odnose na dinamiku posttraumatskih stanja, i repetitivno ponavljanje traume u transfernoj situaciji. Prakticni primeri su ilustrovani selekcijom i interpretacijom materijala iz protokola u radu sa klijentima, žrtvama torture.

UVOD

Kada dode po pomoc osoba koja je zatvarana i mucena, traumatska prica je okosnica celokupnog procesa. Osoba koja pomaže (lekar, pravnik, humanitarni radnik) skoro uvek cuje bar deo traumatskog iskustva; ukoliko je to psihoterapeut, rad na traumi je put ka ozdravljenju. Ipak, traumatska prica ostavlja traga i na pomagacu; emocionalne reakcije koje ona budi ostavljaju ne samo uznemirenost, nego ponekada i trajnije posledice, kao što su depresivnost ili psihosomatske bolesti. Ove emocionalne reakcije su se mogle uslovno podeliti u dva ekstremna vida: preterano ucešce u pomaganju žrtvama i saživljavanje sa njima ili, sa druge strane – izbegavanje i distanciranje od problema (Wilson et al. 1994), što je u psihoanalitickoj teoriji *traumatofilni* i *traumatofobni* terapeut. Nekada je vrlo jasno da ovi poremećaji ne mogu biti objašnjeni samo obimom posla, i da su usko povezani sa empatijskim odnosom prema klijentima i proživljavanjem traumatskih događaja od strane pomagaca. U nedostatku konsenzusa oko fenomena ili uzroka nastajanja patoloških manifestacija kod pomagaca, u strucnoj javnosti su najčešće korišteni pojmovi kao što su *sindrom sagorevanja* (ili "*burnout syndrom*") (Maslach et al. 2001; McManus et al. 2002; Gundersen, 2001; Maslach et al. 2001; Peiró et al. 2001), *zamenjena traumatizacija* (ili "*vicarious traumatization*"), kao i *sekundarna viktimizacija*, (McCann and Pearlman, 1990; McCann and Colletti, 1994), i ponekad, *ranjeni iscelitelj* ("*wounded healer*") (Jackson, 2001). Smatramo da je za razumevanje dinamicke interakcije između klijenata – žrtava torture i psihoterapeuta, koje doprinose problemu iscrpljivanja ili sagorevanja neophodno razumevanje koncepta *kontratransfera*. Ideje koje želimo da prenesemo u ovom radu su:

1. Nesvesne kontratransferne reakcije terapeuta u terapijskom procesu mogu imati destruktivne posledice kako po terapijski proces, tako i po njihove ucesnike, ali prepoznavanje i prorada mogu pretvoriti ovu opasnost u izvanredno terapijsko orude; "*kontratransfer je najbolji sluga, ali najgori gospodar*" (Segal, 1986b).
2. Iako zasnovani na opštim pretpostavkama, kontratransferni mehanizmi poseduju i određene specificnosti u radu sa žrtvama torture; ove specificnosti se najviše odnose na dinamiku posttraumatskih stanja, i repetitivno ponavljanje traume u transfernoj situaciji.
3. Mehanizmi odbrane kod klijenata centriraju se oko dva bazicna osećanja – osećanja bespomocnosti ili krivice, i ova nepodnosljiva osećanja se odigravaju kako u transfernim sadržajima tako i u kontratransfernim reakcijama.

KONTRATRANSFER – TEORIJSKI OKVIR

Velika tema kontratransfera ovde ne može biti adekvatno obradena. Ipak, neke od važnih tacaka u razvoju teorije treba spomenuti. R.D. Hinshelwood smatra da je "*koncept kontratransfera zadržao rano znacenje koje mu je Freud dao: neurotski transfer analiticara*

prema pacijentu" (Hinshelwood, 1999). U prvoj polovini dvadesetog veka je dominirao stav da je to nešto nepoželjno, štetno i da emotivne reakcije prema pacijentu treba eliminisati, a da je idealni stav terapeuta bezlican, nalik prijemniku. Trebalo je da prođe mnogo vremena nakon prve Freudove napomene iz 1910. godine, da *"nijedan psihoanalitičar ne ide dalje od onoga što mu vlastiti kompleksi i otpori dozvoljavaju"* (Freud, 1910), da bi se oko 1950. godine pojavili prvi radovi koji kontratransfer opisuju kao korisno oruđe u terapijskom procesu. *"Ponovno otkrivanje"* markiraju dva simultana rada Paula-e Heimann (Heimann, 1950) i Heinrich-a Racker-a (Racker, 1953). Prilozi teoriji kontratransfera pre ova dva autora su malobrojni, a sama tema je uvedena iznenada i izazvala je izvesnu vrstu revolucije, i od tada je rad analitičara bio mnogo više preispitivan i snažnije kritikovan (Etchegoyen, 1991).

Ako ranije nije postojala adekvatna intelektualna klima, poslednje godine dvadesetog veka u psihoanalizi se mogu nazvati godinama kontratransfera, *"pošto u tom periodu malo koji koncept ... je zadobio toliko pažnje, bio toliko široko ispitivan i o njemu se toliko pisalo, ali i bio subjekat tolikih kontroverzi kao što je pitanje kontratransfera i njegove uloge u terapijskom procesu"* (Jacobs, 1999).

Moderno poimanje kontratransfera sumirao je John Steiner:

"Naucili smo da unutrašnji konflikti u pacijentu bivaju eksternalizovani u transferu i da su elementi iz pacijentovog unutrašnjeg sveta projektovani u analitičara. Osecanja koja se u analitičaru stvaraju kroz projektivnu identifikaciju vode ga da se uvuce u akciju kroz koju sebe cesto nade u odigravanju uloge koju mu je pacijent pripisao. Važna mogucnost za komunikaciju nastaje ako analitičar može da sadrži svoj impuls za akciju pošto tada može da sagleda pritiske kojima je izložen i osecanja koja su pobudena u njemu kao deo situacije koja treba da se razume. Period nakon davanja interpretacije je takode veoma važan i cesto tek nakon što je analitičar uvucen u odigravanje on može da postane svestan onoga što se desilo." (Steiner, 2000).

Na jednom drugom mestu Hinshelwood navodi korake u klajnijanskom shvatanju kontratransfera (Hinshelwood, 1989), koji su autori odabrali kao svoj teorijski stav, svesni doprinosa drugih škola; navešćemo ih ovde pošto imaju važnost za razumevanje celokupnog rada. To su: 1. kontratransferna osecanja su specifičan odgovor na pacijenta, a ne nespecificna neuroza terapeuta; ova specificnost omogućava uvođenje funkcije indikatora za razumevanje stanja pacijenta; 2. razumevanje normalne i patološke projektivne identifikacije vodilo je jasnijoj slici interpersonalne situacije u terapijskom procesu, u kome analitičar služi kao kontejner za iskustva koja pacijent nije u stanju da podnese; sadržavanje (*containing*) ovih nepodnošljivih iskustava vodi terapijskom mehanizmu pretvaranja iskustava u reci; 3. Bionova teorija maternalnog kontejnera omogućila je uvid u stvaranje znacenja i introjekciju funkcije koja može da razume

iskustva; 4. razlikovanje normalnog i patološkog kontratransfera – definišuci ovaj poslednji kao analiticarev neuspeh da razume kada pacijent suviše lici na neki aspekt samoga sebe koji terapeut još nije naučio da razume – približava moderno shvatanje klasicnom kroz objašnjenje da u patološkom slučaju terapeut ne razume pacijenta zbog vlastite neuroze; 5. poslednji od opisa odnosi se na doprinose *neo-klajnijanske škole* i govori o doživljaju terapeutovog mentalnog prostora kao pacijentovog objekta.

KONTRATRANSFER U RADU SA ŽRTVAMA TORTURE

Na osnovu gore navedenog možemo reci da rad sa žrtvama torture podrazumeva iste transferne/kontratransferne mehanizme, i da, na određenom nivou uopštavanja, značajne razlike zapravo i nema. Ipak, razlike – dovoljno značajne da uticu na tehniku – svakako postoje, i mi cemo neke od njih navesti u tekstu koji sledi. One pre svega pocivaju na specifičnostima dinamike psihickih poremećaja koji nastaju nakon teških traumatskih iskustava kao što je mucenje. Bez obzira na direktnu povezanost sa vrstama sadržaja koje klijent može da reprodukuje u seansi ili ubaci u terapeuta, neophodno je i učešće druge strane – terapeuta – koja kao osoba sa svim svojim kompleksnostima i konfliktima ucestvuje sa drugog kraja dijadnog odnosa u formiranju transferno/kontratransfernog odigravanja.

U literaturi se cesto sreće i drugaciji stav; emocionalne reakcije prema iskazima klijenata koji su preživeli zlostavljanja se vide kao "univerzalne" reakcije, koje se javljaju kod svih osoba koje slušaju užasavajuće traumatske ispovesti (McCann & Colletti, 1994). Tako se npr. "*zamenjena traumatizacija*", definiše kao "*transformacija koja se dešava u terapeutu (ili drugom radniku na traumi) kao rezultat empatijskog angažovanja na klijentovim traumatskim iskustvima i njenih sekvela*". (Figley-ov koncept "sekundarne viktimizacije" je određen na veoma slican način (McCann & Pearlman, 1990; McCann & Colletti, 1994).) Koncept ne reflektuje patologiju u terapeutu niti implicira intencioznost kod pacijenta. Ovde se, ipak, izostavlja važna odrednica da ono što je važno je nesvesna kontratransferna reakcija. Ovo poredenje je možda bolje objasniti primerom: jedno je saosećati sa pacijentkinjom, majkom koja je u ratu izgubila muža i dvoje dece i istovremeno bila teško zlostavljana, što bi pretpostavljeno bila univerzalna reakcija, a drugo je sumnjati u mogućnost da bilo kakva intervencija može ovoj osobi doneti bilo šta dobro – što bi bila nesvesna identifikacija sa osećanjem beznada i bespomoćnosti, koja iako polazi od originalnog traumatskog iskustva pacijentkinje može da se razvije mnogo lakše ukoliko kod terapeuta postoji nesvesni konflikt vezan za osećanje vlastite kompetentnosti.

Neintegrisani, disocirani ili otopljeni delovi traumatskog iskustva

Ono što cini jednu od ključnih distinktivnih karakteristika poremećaja vezanih za stres je kvalitet ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva: sećanje je poremećeno, izbrisano amnezijom, javlja se u "*flash-back*" epizodama, fragmentima, preplavljujućem pripovedanju, ili drugim oblicima zavisno od nivoa integrisanosti, ali posebno u transfernim

reakcijama, t.j. u terapijskom odnosu (Laub and Auherhahn, 1993). Ili, opisano Freudovim recima:

"Traumatske neuroze nam daju jasan pokazatelj da fiksacija na traumatski događaj leži u njihovom korenu. Ovi pacijenti redovno ponavljaju traumatsku situaciju u svojim snovima; kada se javljaju histeriformni napadi dostupni analizi, nalazimo da napad odgovara potpunom presađivanju pacijenta u traumatsku situaciju. To je kao da ovi pacijenti nisu završili sa traumatskom situacijom, kao da su još uvek bili suoceni sa njom kao sa trenutnim zadatkom koji nije bio urađen..." (Freud, 1916).

Ideja da pacijent ponovo odigrava ("reenactment") traumatske događaje iz prošlosti u transferu nije nova – ona je u osnovi psihoanalitičke teorije; Freud veoma rano opisuje ovaj mehanizam:

"Jezgro histeričnog napada, u ma kakvom obliku da se ovaj javlja, jeste uspomena, halucinatorno proživljavanje nekog prizora koji je bio od značaja za izbijanje bolesti. [...] Sadržaj sećanja je po pravilu ili psihicka trauma [...] ili je događaj koji je, zahvaljujući svom pojavljivanju u posebnom trenutku, postao trauma. [...] U slučajevima onoga što je poznato kao "traumatska" histerija, ovaj mehanizam je očigledan i na površnu opservaciju; ali se on može pokazati takode i kod histerije kod koje nema jedne velike traume. [...] Histerični napad se možda može shvatiti kao pokušaj da se kompletira reakcija na traummu." (Freud, 1886)

Ovaj pasus pripada vremenu iz perioda pre "napuštanja teorije zavodenja", kako se u literaturi označava Freudovo odustajanje od teorije o spoljašnjim događajima kao specifičnom kauzalitetu svih psihickih poremećaja. Taj teorijski zaokret, koji je obogatio naše znanje o mehanizmima integracije spoljašnjih događaja u psihološki prostor je, po mišljenju nekih autora, ostavio neopravdano veliku prazninu u razumevanju psihološke traume (Bohleber, 2002). U tekstu koji sledi vracemo se na Freud-ove kasnije, mnogo kompleksnije i kvalitetnije elaborirane, teorije delovanja traume na licnost, koje u mnogome opovrgavaju ovakav stav.

Ponovno odigravanje traumatskih događaja u terapijskoj situaciji podrazumeva pridavanje određenih "uloga" iz traumatske situacije terapeutu, ne tako retko osobe koja je nasilna, ili "mucitelj". Nasilje se ocituje i u samoj terapijskoj interakciji u kojoj nešto što bi trebalo da ostane skriveno biva prozvano da izade napolje, ili kada ono što bi htelo da ostane necuveno postane ozvučeno – kao kad terapijsku situaciju klijent doživljava kao isledivanje ili terapeut kao prisustvovanje prizorima kojima je prinuden da prisustvuje. Primere ponavljanja traumatske situacije u terapijskom procesu i interpersonalnim odnosima naveli smo na drugom mestu (Jovic, 2002). Slikovit primer je mlada žena koja je seksualno

zlostavljana u ratu i koja dolazi na prvi intervju obuceno u potpuno istu odeću kao na dan kada su je uhapsili, a da to primećuje tek pri izlasku.

Oštećen proces mišljenja i simbolizacije

Ono što fenomenološki vidimo kao ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, posledica je patološkog *procesa* koji se opisuje kao oštećenje mišljenja, mogućnosti za simbolizaciju, asimilaciju, davanje značenja. Bionova teorija mišljenja nam omogućava da razumemo kako perceptivno iskustvo biva transformisano određenom funkcijom mišljenja (alfa-funkcijom) u mentalni sadržaj, koji onda postaje "nameštaj snova" i podesean za dalju obradu (Bion, 1962). Jedna od karakteristika posttraumatskih stanja je da se o događaju ne može misliti – misao o događaju postaje sam događaj. Osobe obično ne sanjaju, ili ukoliko to čine, snovi su reprodukcija događaja iz realnosti, neizmenjeni radom sna. Iskazi o traumi ili potpuno izostaju, u amneziji ili nemogućnosti da se opiše iskustvo, ili se evakuativno izlažu na kompulsivan način, mada ovo poslednje mnogo ređe. Traumatski događaj nije asimilovan u svakodnevno iskustvo i sa njime se ne može raspolagati u svakodnevnom uobičajenom govoru, u slobodnim asocijacijama ili metaforama; mišljenje je konkretizovano, bez simbola. Da bi se nešto moglo simbolizovati, ono mora biti ožaljeno (Segal, 1986a); proces žaljenja markira kompleksni proces integracije iskustva na viši nivo, i prelaz iz paranoidno-shizoidne pozicije u depresivnu.

Neintegrisano traumatsko iskustvo se nameće kroz ponovno proživljavanje i ponovo potiskuje ili otepljuje – zavisno od složaja odbrambenih mehanizama, t.j. stepena zrelosti ličnosti; nadalje, ono ima tri mogućnosti: da ide u telo, u perceptivnu sferu ili u odigravanje, t.j. "u psihosomatsku disfunkciju, perceptualne halucinacije ili simptomatsku akciju" (Britton, 1998). Distinkcija u odnosu na psihotične dezintegracione procese se verovatno može naći u kvalitetu ili snazi odbrambenih mehanizama: prema Bionu, disocijacija u odnosu na cepanje ("*splitting*") poštuje "*prirodne linije demarkacije između celovitih objekata*" (Bion, 1958). Iako i osoba koja pati od psihotičnog procesa i osoba koja je psihološki traumatizovana koriste projektivnu identifikaciju da se oslobode beta-elemenata, i nisu sposobne za simbolizaciju i potiskivanje, "*projektivnom identifikacijom i patološkim cepanjem, psihotični pacijent pokušava da oslobodi sebe ne samo od objekta, nego i namerno, od svih ego funkcija koje odgovaraju sa početkom principa realnosti (primarne misli, svest, pažnja, procenjivanje); i posebno onih elemenata sa funkcijama povezivanja*" (Grinberg et al. 1974). Tako se formiraju "*bizarni objekti*", koji se sastoje od "*beta-elemenata plus tragova ega, superega i spoljašnjih objekata*" (Grinberg et al. 1974). Dok psihotična osoba živi u svetu okruženim sa bizarnim objektima, traumatizovana osoba je okružena oštećenim objektima, koje nije moguće reparirati i integrisati u ličnost; njihov život je poput teatra u kome se traumatska scena neprekidno odvija.

Zapravo, proces integracije traumatskog iskustva moguće je razumeti kroz oštećenje uobičajenih procesa prevodenja spoljašnjih iskustava u unutrašnje sadržaje – introjeksiju, identifikaciju i asimilaciju.

Termin "*asimilacija*" ovde koristimo onako kako ga je opisala Paula Heimann (Heimann, 1942). Unutrašnji objekti nastaju putem introjkcije, i na raspolaganju su egu za identifikaciju; asimilacijom oni postaju deo ega, jacaju ga i obezbeđuju veštine, stavove, kvalitete i odbrane koje su sada egu na raspolaganju kroz identifikaciju sa unutrašnjim objektima. U suprotnosti sa tim, objekti koji ostaju neasimilirani postaju kao strana tela unutar licnosti. Zaista, mi u radu sa pacijentima sa uobicajenom, netraumatskom patologijom cesto možemo da vidimo delove licnosti koji su neasimilovani, kao što su proganjajuca krivica, zavist ili ljubomora, ali i pozitivne delove kao što su sposobnost za ljubav, potreba za drugima ili briga o vlastitom zdravlju. U radu sa osobama koje su proživele traumatsko iskustvo visokog intenziteta otopljeni neasimilirani delovi sadrže velike fragmente iskustva (traumatske "scene"), fragmente objektivnih odnosa ili "velike teme" koje su u direktnoj vezi sa traumom, kao npr. bazicno poverenje, osećanje pripadnosti, preispitivanje smisla i vrednosti socijalnih institucija, i slicno. Eksternalizacija kroz ponovno odigravanje traumatskih događaja može da ima funkciju ovladavanja nad traumatskim iskustvom (Fenichel, 1961).

U terapijskom toku ovaj oštećeni proces mišljenja se manifestuje dugim tišinama, nerazumevanjem, konfuzijom, nemogućnošću da se ostvari terapijski savez, da se razumeju ciljevi terapije, da se posmatra unutrašnji prostor ili da se uopšte misli ili govori o osećanjima. U tom smislu ovi pacijenti uveliko podsecaju na osobe sa psihosomatskim poremećajima i aleksitimijom. Krystal je ovaj fenomen kod traumatizovanih zvao "*resomatizacija afekta*" (Krystal, 1978). Transforni sadržaji se odigravaju na neverbalnom nivou, i stoga ih je teže pratiti. Istovremeno, kontratransforna osećanja se ovde pokazuju kao orude od neprocenjive vrednosti.

Unutrašnji objekti i pozicije

Klinicka *fenomenologija* koja ukazuje na dinamiku patološkog procesa, recnikom unutrašnjih objekata, delimično bi mogla biti objašnjena ovako: misaona funkcija, maternalni kontejner, na nivou nesvesne fantazije doživljava se kao omnipotentni dobri unutrašnji objekat koji razume, umiruje, donosi utehu, toplotu i mir. Traumatski proces kao da oštećuje ovaj unutrašnji objekat i ostavlja utisak nemogućnosti razumevanja (kao kod fenomena "*trauma membrane*", kada žrtva ne može da oseca empatiju od strane drugog koji nije prošao kroz isto iskustvo), i odvojenosti ili otudenosti od drugih, što se opisuje i kao "*kolaps empatijskog procesa*" (Laub & Auherhahn, 1993). Važno je razumeti da na nivou nesvesne fantazije, u prostoru primarnog procesa, ovo oštećenje biva doživljeno ili kao vlastiti napad na dobri objekat ili kao nesposobnost da se on zaštiti od napada lošeg objekta – što je osnova dubokog nesvesnog osećanja krivice. Dobri unutrašnji objekat je uništen i sa njim nestaju i funkcije koje on obezbeđuje: poverenje u druge i samopoštovanje, odnos prema vlastitom telu, adekvatna percepcija vremena, i regulacija osnovnih potreba (smatramo da odavde polaze poremećaji u ishrani, zloupotrebe supstanci ili samopovređujuće ponašanje), pored već navedene sposobnosti za mišljenje i simbolizaciju.

Ova destrukcija pokrece reparativne mehanizme, koji cesto kod traumatskih oštećenja mentalnih funkcija imaju oblik manicne reparacije: poništenje (*denial*) gubitka

vodi maniformnim reakcijama, poput onih kod invalida nakon povrede, što je opisivao još Abraham 1918. godine (Abraham, 1955), pokušajima re-kreacije objekta unošenjem dobrih sadržaja izvana (hrana, alkohol, droge), ili izbacivanjem objekata spolja, kada se nebriga, prepuštanje ili zanemarivanje pripisuju drugima (cesto kroz transferno odigravanje kao optužbe upucene terapeutu) .

Ovo nije jedina promena strukture unutrašnjih objekata koja se dešava u traumi. U slučaju kada je projektivna identifikacija upotrebljena na "masivniji" način, nastupi svojevrsna fuzija između žrtve i pocinioca, kao ona u često spominjanom "*Stokholmskom sindromu*". Nepodnošljivost spoljašnje realnosti i unutrašnje anksioznosti olakšava se projekcijom dobrih objekata u pocinioce i svojevrsnom idealizacijom i vezivanjem (slučaj kada se projektivnom identifikacijom ubacuju dobri objekti u spoljašnji objekat radi poništenja separacije). Jednako tako, reintrojekcija projektovanih delova dovodi do "posudene krivice", t.j. introjekcije lošeg persekutornog ili zlocinackog dela koji se identifikovao sa zlocincem i okretanja optužbi prema tom sada introjektovanom delu, što dovodi do samooptuživanja i osecanja krivice za pretrpljeno mucenje (osecanje krivice za ucinjeno ili zbog prospusta da se nešto učini, gotovo ubikvitarno kod posttraumatskih stanja). U ovom delu opisani mehanizam je slican kao onaj u "*Žaljenju i melanholiji*". Ferenczi je, na jedan drugaciji način, skrenuo pažnju na ovaj mehanizam u svom uzbudljivom članku iz 1932. godine (Ferenczi, 1988); iako je u ovom radu govorio o pacijentima koji su kao deca bili žrtve zlostavljanja, smatramo da ove reci vrede za mehanizam razvoja posttraumatske dinamike uopšte:

"Ista anksioznost, ipak, ako dostigne određeni vrhunac, tera ih da se potcine poput automata volji agresora; da obožavaju svaku od njegovih želja i da ih ispunjavaju; potpuno zaboravljajući na sebe oni se identifikuju sa agresorom. Kroz identifikaciju, ili da kažemo, introjekciju agresora; on nestaje kao deo spoljašnje realnosti i postaje intra- umesto ekstra-psihički; intra-psihički je tada podvrgnut, u stanju nalik snu kao što je traumatski trans, primarnom procesu, t.j. prema principu adovoljstva on može biti prilagoden ili izmenjen korištenjem pozitivnih ili negativnih halucinacija. U svakom slučaju napad kao cvrsta spoljašnja realnost prestaje da postoji i u traumatskom transu dete uspeva da održava prethodnu situaciju nežnosti.

Najvažnija promena, nastala u umu deteta kroz anksioznošću-strahom-vodenom identifikacijom sa odraslim partnerom, je introjekcija osecanja krivice odraslog..."

Kako bi razumeli ovaj mehanizam, možemo se poslužiti rečnikom pozicija M. Klein i reci da u ovom procesu dominiraju paranoidno-shizoidni mehanizmi odbrane (*splitting*, *projektivna identifikacija*, *poništenje* i sl.). Potrebno je znati da ovi mehanizmi služe odbrani od nepodnošljivih osecanja iz depresivne pozicije, kao što su osecanje ultimativne bespomocnosti, koja predstavlja vraćanje na prvu narcističku povredu, osecanje odvojenog

postojanja objekata. U traumatskoj situaciji masivna projektivna identifikacija služi i da se zamagle granice a samim tim i polarizacije uloga pocinioc/žrtva, što su pokušaji da se uspostavi kontrola nad pociniocem. Za bilo koga od nas, saznanja o vlastitoj povredljivosti, odvojenosti od drugih ili ultimativno – smrtnosti, su saznanja protiv kojih se dižu vrlo snažne odbrane, i traumatsko iskustvo oznacava i slom ovih odbrana. Kao što je to Ferenczi rekao: "*Osoba mora da je precenjivala vlastite moci i da je živela pod sumanutošću da se ovakve stvari ne mogu desiti, ne meni*" (Ferenczi, 1949). Stolorow to zove *apsolutizmima misli* u svakodnevnom životu (Stolorow, 1999), iskazanim u tako jednostavnim i uobicajenim recenicama kao što su "do videnja", koje impliciraju da cemo se svakako ponovo sresti, negirajući tako nepodnošljivu realnost da nam neko blizak i drag može tako lako nestati. Money-Kyrle je ranije pisao o bazicnim cinjenicama koje se savladavaju u kognitivnom razvoju svakog pojedinca: dojke koja hrani, roditelja u kreativnom koitusu i smrti (Money-Kyrle, 1968).

Zapravo, ono što se opisuje ovim teorijama je fenomen da suoceni sa ogranicenjima i potpunom bespomocnošću od prvog dana života, mi živimo u stanju deluzionalne stopljenosti – sa objektom, vremenom i prostorom; *odrastanje je proces odustajanja od onnipotencije, kroz proces žaljenja*. Trauma predstavlja rupturu u ovom postepenom i relativno sporom procesu, prema Winnicott-u, proboj u oblasti pouzdanosti u "prosecno ocekivanu sredinu" na stadijumu skoro apsolutne zavisnosti (Winnicott, 1989). Slican efekat ima i traumatski događaj na vec zrelu strukturu licnosti – osecanje potpune bespomocnosti i bol koji se ovim putem reaktivira izaziva ponovnu aktivaciju masivnih projekcija i vracanje na paranoidno-shizoidnu poziciju mehanizmima opisanim u prethodnim pasusima. U tom smislu, patološka posttraumatska dinamika se održava u perzistentnim oscilacijama na ivici depresivne pozicije, između: 1) osecanja bespomocnosti, i 2) persekutornog osecanja krivice, pracenog cepanjem unutrašnjih struktura kako bi se traumatska situacija držala van mentalnog prostora (kao što smo rekli, u telu, u perceptivnom polju ili u ponovnom odigravanju).

Idealizacija, i prateca persekutorna osecanja predstavljaju važan izazov za pomagaca u terapiji. Ovo može da ima posebno destruktivnu moc ukoliko terapeut nije u stanju da realno procenjuje vlastitu ulogu i terapijske ciljeve. Idealizaciju žrtve, pomagaca ili procesa pružanja pomoci možemo da sretne u humanitarnim programima u krizi; u tom kontekstu, kod nedovoljno obucenih profesionalaca posmatrali smo i najteže psihicke ili telesne reakcije na rad sa žrtvama. Posebno teška je idealizacija na grupnom nivou, kada bi npr. tim iz Centra otišao u novi kolektivni centar, gde bi docekani kao spasioci, bili uhvaceni u nerealna ocekivanja i istovremeno – kako vreme protice – bili kontejner za sva osecanja nezadovoljstva.

Ipak je smrt ono što ultimativno testira mogucnost mišljenja i podnošenja bespomocnosti kod terapeuta, kao kod ranije spomenute žene koja je izgubila svoju celokupnu porodicu. Ono što nosi potencijal da isprovocira patološke kontratransferne reakcije nije samo analogija sa potencijalnim licnim iskustvom gubitka kod terapeuta; u svakom slucaju efekti ce biti rezultat interakcije sa doživljajem smrti onakvim kakav je predstavljen u njegovom unutrašnjem prostoru.

Regresija i fiksacija na traumu

Ako smo govorili o *fenomenologiji*, patološkim procesima i strukturi unutrašnjih objekata, poželjno bi bilo dopuniti ovu sliku sa genetskim razumevanjem destruktivnih efekata koju stvara psihološka trauma. Ovde dolazimo do pojma nagona smrti. Ponovo cemo se poslužiti citatom:

"Po svojoj logici, mi ne možemo zamisliti postojanje bilo koje traumatske situacije bez učešća ovog nagona. Ako, poput Freuda, prihvatimo da je funkcija libida da veže (bändig) nagon smrti, moramo prihvatiti da traumatska situacija, menjanjem dinamičke ravnoteže nagona, doprinosi odvezivanju onoga što je libido vezalo, i tako oslobada određenu količinu nagona smrti. Freud ostaje pri tome da mi skoro nikada ne nalazimo ciste instinktivne impulse, nego umesto toga fuzije oba nagona u različitim proporcijama. Trauma utiče na ove fuzije; izazivajući Entmischung ili defuziju, koja za uzvrat aktivira prinudu za ponavljanjem sa jedne strane a sa druge strane zahteve za novim libidinalnim kateksama i novim odbrambenim merama ega (inhibicije, izbegavanja, fobije, itd.)." (Baranger et al. 1988)

Treba imati u vidu da sama prinuda ponavljanja ne predstavlja derivat nagona smrti, nego upravo suprotno elementarnu odbranu od njega, pokušaj da se njime ovlada, da se ponovo veže – u tom smislu, suprotna tendencija – da se događaj zaboravi, predstavlja mnogo direktniji reprezent nagona smrti. Defuzija nagona je odgovorna ne samo za prinudu ponavljanja, nego i za regresiju nakon traume. Regresijom zapravo opisujemo vraćanje libida na prethodnu (manje složenu i izdiferenciranu), tacku psihološkog razvoja, nacina zadovoljenja ili strukture objektnih odnosa, ili na *"tacke fiksacije"*. Fiksacija i regresija su komplementarni fenomeni; može se reci i da fiksacija priprema teren za regresiju. Trauma ima odlucujucu ulogu u oba slucaja: *"Kada je prejako izazvana (bilo kojom situacijom), anksioznost doprinosi fiksaciji libida na toj tacki, i može zaustaviti dalji razvoj. Fiksacija se tako može delimično shvatiti kao odbrana od anksioznosti"* (Heimann and Isaacs, 1991). Ipak, ovi autori izjednacavaju anksioznost sa agresivnošću i smatraju da fiksacija nastaje kao posledica *"agresivnih komponenti u pregenitalnim stadijumima razvoja"*. Sekvenca bi dakle izgledala ovako: trauma u zreloom dobu dovela bi do defuzije nagona i preplavljenosti nagonom smrti (na objektnom nivou uništenja dobrog objekta), što bi dovelo do regresije na tacku fiksacije, t.j. na libidinoznu poziciju koja je bila zadovoljavajuće dobra odbrana u trenutcima kada je bazicna infantilna trauma dovela do slicne preplavljenosti nagonom smrti. Pokušajmo još samo da objasnimo šta podrazumevamo pod pojmom *"bazicna infantilna trauma"*.

Freud je 1926. godine u clanku *"Inhibicije, simptomi i anksioznost"* (Freud, 1926), napravio još jedan korak u razumevanju traume, pomerajuci fokus sa izolovanog incidenta na *"traumatsku situaciju"*. Prema ovoj teoriji postoji (nevelik) broj

paradigmaticnih traumatskih situacija koje su imanentne razvoju svake osobe (odbijanje od dojke, kastracija, rođenje drugog deteta – i, kasnije dodat od drugih autora, strah od anihilacije ili proždiranja). Ove situacije izazivaju preplavljujuću bespomoćnost, što je bazicna traumatska situacija, i sve druge traumatske situacije se odnose na nju. U tom slučaju bi situacija opasnosti bila *"prepoznata, zapamćena, očekivana situacija bespomoćnosti"* (Freud, 1926). Ova teorija *"uključuje i interakciju unutrašnjih i spoljašnjih situacija i takode interstrukturalnu prirodu svih traumatskih situacija"* (Baranger et al. 1988). Tako su se recimo, u toku bombardovanja od strane NATO pakta 1999.godine, na postavljena pitanja o fantaziranom obliku smrti, uvek mogli cuti vrlo slicni odgovori: strah od osakacenja, strah od anihilacije ("termalne bombe", direktni pogodak i sl.), i strah od gubitka bliskih, uz još nekoliko retkih izuzetaka.

Kod pacijenata koji su preživeli ekstremne forme mucenja i uz to još premorbidno bili relativno dobro prilagodeni, vrlo je teško govoriti o regresiji na prethodnu tačku fiksacije. Ovo sledi kako iz dominacije znacaja skorog iskustva u etiologiji, tako i iz prirode odnosa prema traumi: vrlo je teško govoriti o npr. separacionim problemima u detinjstvu kod osoba kojima su pobijeni clanovi porodice, jer time kao da desakralizujemo cin žrtve. Uopšte, povezivanje traume odraslog sa infantilnim iskustvima predstavlja jedan od tabua u profesionalnoj zajednici. Ipak, ukoliko politicka korektnost za trenutak ustupi mesto naucnoj objektivnosti, možemo reci da smo uvek bez obzira na vrstu psihološke traume u odraslom dobu, nalazili odredenu vrstu ekvivalenta u infantilnom iskustvu. Ova opservacija ne govori mnogo o etiološkoj povezanosti; iz nje nikako ne treba izvlaciti zakljucak da posttraumatsku patologiju odraslih određuje samo infantilno iskustvo. Medutim, ona govori o složenosti naše percepcije spoljašnjih događaja i interakciji novih iskustava sa iskustvima koja su se vremenski dogodila ranije, ponekada mnogo ranije. Kada govorimo o mogućnosti da nova iskustva mogu da modifikuju znacenja iskustva iz prošlosti, govorimo o mehanizmu *"naknadnosti"* (nemacki *Nachträglichkeit* ili francuski *après-coup*), cija kompleksnost i prakticne implikacije prevazilaze zahteve ovog clanka. Navedimo samo ove reci: *"ova kauzalnost i ova temporalnost su ono što održava mogućnost specificne terapijske akcije u psihoanalizi; ako ova retroaktivnost u konstituisanju traume ne bi postojala, ne bi bilo ni mogućnosti za modifikaciju naše istorije, odnosno, naša lecenja ne bi imala budućnost"* (Baranger et al. 1988).

Kao pomoc u ilustraciji ovih mehanizama kratko cemo opisati jedan deo terapije starije žene, izbeglice, koja nije bila zatvarana, ali je mesecima bila izložena progranjanjima od strane komšija i bivših prijatelja, kao i kolega na poslu. Uporne nesanice su relativno brzo smenjene nizom snova, koji su prikazivali opisane situacije ali sa simbolickim preradama. Ubrzo se u razgovoru pojavila i situacija iz detinjstva: zbog ranog gubitka roditelja, kao devojcica je smeštena u starateljsku porodicu "gde nije bilo stolice za nju". Ova dva secanja su se delimicno preklapala: kao da se do stvarnog osecanja ugroženosti iz detinjstva moglo doci samo kroz osecanja sa pocetka rata 1991. Terapija je tu i zastala, žena je pocela da spava a terapeut je poceo da razmišlja o završavanju, da bi tek jedan događaj, u osnovi kontratransferni *acting-out* doveo do naknadnog razumevanja elemenata koji su doprinosili zastoju u terapiji. Na dan uvođenja vanrednog stanja terapeut je otkazao seanse svim pacijentima (što je bila reakcija koja je odgovarala realnim zahtevima), osim

pacijetkinji o kojoj govorimo. Žena je celo poslepodne lutala po gradu autobusom koji je pokušavao da savlada policijske blokade, da bi na kraju došla pred zatvorena vrata ordinacije. Prorada kontratransfernih osecanja unutar ovog događaja, pracenog jakim osecanjem krivice, ticala se najviše sumnje u vrednosti terapijskih napora u radu sa osobom pred kojom je, zbog životnog doba u kome se nalazi, ono što sledi sve više suocavanje sa vlastitom prolaznošću i smrću. Ovo je bilo u vezi sa depresivnim osecanjima nemogućnosti reparacije objekata, akutno vezanih za terapeutovom životnomsituacijom gubitka.

PRIKAZI SLUCAJA

Do sada opisana dinamika psihološke traume, iako data samo pregledno i selektivno, trebala bi da nam posluži da ilustrujemo specifičnosti kontratransfernih reakcija u radu sa žrtvama torture. Da bi to učinili na dostupniji način, dajemo ovde dva prikaza slucajeva sa komentarima koji bi trebali da pojašne dinamiku kontratransfera. Prikazi su skraceni, i delimično izmenjeni, protokoli iz prvih intervjua koje je vodio jedan od autora (N.C.-J.); radi preglednosti i jasnoće veliki delovi su prepricani, tekst pod navodnicima je originalni tekst iz protokola. Zbog prirode materijala (prvi intervju), nije moguće na ovom mestu analizirati dublje transferne/kontratransferne mehanizme koji pripadaju poodmaklim fazama terapije. Ono što zauzvrat dobijamo ovakvim odabirom materijala je ilustracija akutnosti i brzine odigravanja traumatskih događaja i kontratransfernih reakcija u terapijskoj situaciji, kao i uopšte brzine i potencijalne destruktivnosti međusobnih interakcija između žrtve i pomagaca.

SLUCAJ 1

Slucaj A., muškarac srednjih godina, u logoru proveo preko 3 godine. Na prvi razgovor je došao sa svojom rođakom, i insistira da ona uđe sa njim u savetovalište. Terapeut u početku pristaje na to. Kada nabraja mučenja (*"batine dnevno, redovno, paljenje, davljenje, gušenje, ponižavanje, vešanje, lišavanje"*), koja je preživela, počinje da uznemireno negira podatke o seksualnom zlostavljanju. Istovremeno, rođaka se *"gotovo glasno smejuji"*. Terapeut tada zahteva od rođake da napusti savetovalište, na šta joj je pacijent zahvalan, *"jer da je on to tražio možda bi se naljutila pa ga ne bi više vodala po Beogradu"*. Potom je A. *"zamolio da se malo pribere. Ponovo je izvadilo nalaze i počeo da priča o tome kako na sreću ne trpi bolove. Rebra su mu potpuno odvaljena, bureg van svog mesta, pluća pocepana, multipli prelomi ruku i nogu. Kontakt sa sopstvenim telom postoji samo kroz medicinske nalaze, zakopan je do grla."* Ponovo detaljno opisuje postupke mučenja koje je preživela, ali priča o tome kao da priča o drugoj osobi. Terapeut u tim trenucima *"oseca jaku empatiju prema tom čoveku"*. *"Kod pitanja o seksualnom zlostavljanju – postaje jako uznemiren i ta njegova uznemirenost je pracen gotovo nevoljnim grcjenjem lica i znojenjem. Kaže da ga nisu seksualno zlostavljali – jer se onesvestio. Kratko objašnjava šta se desilo i u kom trenutku se onesvestio. Počinje da mu biva muka ali ne može da ustane – kao da se u tom trenutku i fizički prekinula veza između tela i glave. Bilo je potrebno dosta vremena da se*

smiri." Terapiju sa ovim covekom je preuzeo drugi psihoterapeut (ovo je bila redovna procedura). Povremeni susreti u Centru su bili neprijatni; terapeut doživljava da pri tim susretima klijent *"pocinje da se znoji i otežano mu je disanje, skrece pogled i kao da bi pobegao"*. Sve je to dosta uznemiravajuće. U jednom razgovoru oko nadoknade putnih troškova, sekretarica se požali na tog klijenta – da zloupotrebljava pomoc koja mu se pruža i da nije stvarno zainteresovan za terapiju. Sticajem okolnosti, tu su bili prisutni terapeut koji je uzimao prvi intervju i terapeut koji je nastavio da radi sa klijentom. Prva osoba se zalagala za *"postavljanje granica a da to ne bude neljubazno"*, ali je terapeut uzeo svog klijenta u zaštitu, komentarom: *"Pusti coveka, on se jezivo napatio!"*. Ovaj komentar je doživljen kao optužba za *"hladan stav prema klijentima i sakrivanje iza maske profesionalizma"*. Cela epizoda je ostavila neprijatan utisak i potrebu za izbegavanjem daljeg kontakta ili uopšte saznanja o daljem toku lečenja tog klijenta.

Rukovanje sa traumatskim sadržajima je jedna od osnovnih terapijskih elemenata koji u sebi sadrži zamke kontratransfernog odigravanja. Intruzivna priroda traumatskih secanja i pokušaji izbegavanja razlicitim mehanizmima kod pacijenata pracen su i pokušajima da se zaštiti "ulaz" spolja. U tom slucaju terapeut je u izazovu ili da odigra "nasilništvo" ili izbegavanje. Izbegavanje naprotiv, pojačava pacijentovo osećanje da terapeut ne može da izdrži traumatsku situaciju, niti da misli o njoj, cime se potvrđuje predstava o objektu koji ne razume, niti može da razume. Terapija tada traje izvesno kratko vreme u precutnom obostranom izbegavanju stvarnog rada, i obicno se završava kada pacijent više "ne vidi smisla da dolazi", intuitivno osećajući da stvarnu pomoc ne može da dobije.

Disocirano traumatsko iskustvo, u ovom slucaju seksualno zlostavljanje, praceno je snažnim osudama koje je pacijent ubacio u terapeuta. Osoba koja sada nosi znanje o traumatskom događaju, na konkretnom nivou izjednaceno sa samim događajem, predstavlja spoljašnjeg persekutora i predmet izbegavanja. Slucajno ili ne, nešto slicno se i odigralo u epizodi oko nadoknade troškova. Iako je stvarna dobit za pacijenta bila realno mala, on je inicirao scenu "nadoknade" koja je vrlo cesta u radu sa žrtvama torture. Zadržavamo za sebe pravo da kažemo da, ma koliko ti ljudi cesto bili siromašni, zahtevi za nadoknadom imaju osnovu u nesvesnim osećanjima oštećenosti. Abraham je pisao o ovome: *"Penzija nadoknadjuje samo smanjenje sposobnosti sticanja dohotka koje je moguće objektivno proceniti, ali ne i ono što je mnogo važnije za pacijenta, njegovo osiromašenje objektivne ljubavi, za koje ne može dobiti odgovarajucu nadoknadu."* (Abraham, 1955). Zahtevi za nadoknadu cesto se teško podnose od strane terapeuta jer imaju obezvređujuće znacenje za terapiju; cesto se culo *"oni su ovde samo da vide da li mogu dobiti nešto konkretno"* (materijalnu pomoc).

Kako bilo, izgleda da je odigravanje zloupotrebe troškova imalo znacenje *acting-out-a* osećanja krivice zbog preživljavanja; moralna osuda zbog pasivne uloge u seksualnom zlostavljanju koje je bilo vezano sa borbom za preživljavanje prebacena je na terapijski plan kroz osudu vezanu za nadoknadu. U oba slucaja pacijent je uzeo nešto što duboko oseca da mu ne pripada. Ne znamo za sadržaje iz toka njegove stvarne terapije koja se odigravala u toku tog događaja, ali pretpostavljamo da je to istovremeno i simbolicka reintrojekcija sadržaja koji su projektovani u terapeuta. Ono što je interesantno je grupna

dinamika – u citav događaj je na kraju uključeno više osoba (najmanje tri), koje su sukcesivno zauzimale poziciju onoga ko ga napada ili onoga ko ga brani. Tako dolazimo i do kontratransfernih fenomena na grupnom nivou, koji znacajno uticu na svakodnevni život Centra. Na ovom mestu to ne možemo dalje obraditi; napomenimo da se, poput Elliot-a Jaques-a (Jaques, 1955), poslovna organizacija i podela poslova može analizirati kao defanzivna struktura koja štiti od primitivnih anksioznosti psihotičnog kvaliteta. U tom slučaju je *"jedan od kohezivnih elemenata koji povezuje osobe u institucionalizovano ljudsko udruženje je onaj koji je odbrana protiv psihotičnih anksioznosti"*, što nije isto što i reci da su te osobe ili ustanove "psihotične", ali to *"znaci da možemo da očekujemo da ćemo naći u grupnim odnosima manifestacije nerealnog, cepanja, hostilnosti, sumnjicavosti, i drugih oblika maladaptivnog ponašanja"*. U našem radu, bilo je moguće uočiti mnogo fenomena na organizacionom nivou, u čijoj osnovi su osećanja bespomocnosti, duboke krivice ili manične reparacije, za koje moramo posumnjati da dolaze iz interakcije sa kljentima.

SLUCAJ 2

Slučaj B. je muškarac u pedesetim godinama, neoženjen, bez dece, proveo je više meseci u logoru, gde je preživio različita mučenja. Na prvom razgovoru kaže da je jako zadovoljan i da je država u njegovom slučaju učinila najviše što je mogla. Pre rata je bio preduzetnik. *"Kaže da je on bio čovek za mlade, za ljubav, a ne za rat. Izgleda vrlo živopisno, obućen je kao za plažu, u odecu koja odgovara više nekom adolescentu (bermude, bele sportske moderne patike, kasket i posebno pada u oci duboko raskopcana havajska košulja). U početku razgovora, često gleda u svoje grudi i zateže mišice, uporno zadržava isti položaj tela iako to izgleda neudobno. Cini mi se da pokušava da flertuje samnom, pokušava da zapocne neku svakodnevnu komunikaciju o vremenu, Beogradu."* Kada je razgovor pošao putem događaja vezanih za rat, njegovo zarobljavanje i samu torturu, njegovo ponašanje se izmenilo, *"promenio je položaj, malo popravio košulju i uopšte kod mene se izgubio osećaj da flertuje"*. *"Na početku njegova priča lici na jednu od tipičnih, procenjena sa prilično zaravnjenim afektom, sa dosta detalja, tehničkih stvari za koje proverava da li ih razumem. Teško ga je prekinuti – ponavlja se utisak da postoji jedan tekst koji se ne može sažeti, a ni produžiti, ne postoji razlika između više i manje bitnog. Sve u svemu kao prepričavanje filma koji trenutno ide u njegovoj glavi."* Onda je B. iznenada napravio preokret, i odbio da priča o poslednjim mesecima boravka u logoru do samog oslobađanja. Na pitanje zašto neke stvari izostavlja kratko je odgovorio da je *"posle u stvari bilo vrlo slično"*, hteo je da završi intervju, setio se da je prošlo mnogo vremena i da će da izgubi autobus za povratak kući, onda je kompulzivno počeo da priča šta trenutno radi, kako je bio politički aktivan, *"kako je fizički u formi i uopšte kako je zdrav, jak, pametan, preduzimljiv. Taj deo je bio vrlo čudan, gotovo psihotičan, megalomanski"*. Nakon izvesnog vremena, i bez ikakve intervencije terapeuta, B. je postao saradljiv, a onda je ponovo prekinuo tok i rekao da bi želeo da nešto ispriča. U jednoj situaciji pre kratkog vremena je prepoznao ženu koja je bila sa njim u logoru i koja je bila silovana – koju je on silovao pod pretnjom smrću. *"Želeo je da to zaboravi – od kad je oslobođen nikom nije ni rekao. Kaže da je bio primoran, da nije*

meo da odbije, da bi svako odbijanje za njega značilo smrt ili još gore mučenje. On bi voleo da me uveri da on nije doživeo nikakvo seksualno zadovoljstvo. Mislio je da ce mu biti jako teško da to isprica – tu svoju tajnu – video je kako ljude fascinira prica o torturi, i kako oni stalno govore ili misle što nisi ovo što nisi ono uradio, «kao» oni bi se bolje poneli.» «Vi me necete osuđivati, vi ste profesionalac, kako ste me vi pitali, kao da sve znate.» Dok je ovo pricao ponovo je rastvorio košulju i zauzeo "maco –mladicki stav". "Kaže svida mu se što mu ne dajem savet šta treba da radi po tom pitanju. Ne sme da se javi toj ženi ona ne bi mogla da ga razume." Na kraju intervjua terapeut oseca zadovoljstvo svojim radom i ustezanjem od bilo kakvog komentara, što je verovatno i vodilo tome da se covek oslobodi svoje tajne. Ono što je sledilo je da je u toku zapisivanja protokola rekonstruisanje materijala "uzelo formu nekoliko odvojenih prica koje nisu bile povezane. Cas mi se cinilo da je on žrtva – i da je sve što se njemu desilo još strašnije nego ženi koju je silovao. Cas mi se cinilo da je postojalo neko perverzno uživanje u tom silovanju, i zatim da je sve to isfantazirana konstrukcija."

Ovaj materijal, uzet iz samo jednog, prvog, intervjua, kompleksnošću oslikava teškoce u radu sa osobama koje su prošle kroz iskustva mučenja. Mi cemo se ograniciti samo na neke komentare.

Kontratransferna reakcija je bila slicna mentalnom stanju kod klijenta: pocepani delovi iskustva i verovatna strašna pocepanost licnosti vezana za preživljeno, za kratko je bila pokrivena maniformnom idejom o uspešnosti, kompetentnosti, što podseca na trijumf nad strahom od kastracije. Tek nakon izvesnog vremena, uvid u vlastita osecanja terapeutu je pokazao fragmentisanost celokupnog doživljaja – ideja da je sve izmišljeno, nestvarno ili ludu verovatno oznacava destruktivni potencijal naracije i nemogućnost da se o tome misli. U tom smislu možemo razmišljati o ideji da je to osecanje imalo i komunikacijsku vrednost: u terapeuta nisu ubaceni samo delovi koji bi trebali da osuduju zbog perverzne seksualnosti, ili praštaju zbog vlastite užasne sudbine, nego i izvesna vrsta epistemološke krize nastale usled konflikta koji nije moguće razrešiti – ko je žrtva a ko zlocinac, ko dobar a ko loš, da li je taj postupak moguće opravdati ili je on proizvod loših motiva i perverzne seksualnosti? Naša tendencija da usled suocavanja sa traumom cepamo realnost u "dobru" i "lošu" (što je jedna od posledica "defuzije" nagona), pod iskušenjem je kada se suocimo sa pojedinacnim, individualnim sudbinama i pokušamo da razumemo motive stvarne osobe koja sedi ispred nas.

Klijent je svojim stavom i ponašanjem davao utisak da je živ, i da drži stvari pod svojom kontrolom. Ovo jeste odbrana od osecanja bespomocnosti, u ovom slucaju, manicna reparacija vlastite seksualnosti, oštecene destrukcijom u cinu zlostavljanja. To je istovremeno reparacija telesnog zdravlja ili kreativnosti uopšte i snažna odbrana od osecanja krivice. Flertovanje u ovom slucaju nema formu erotizacije u terapiji, ono ima više elemente kompulsivne igre, koja anksioznost i krivicu pretvara u nešto podnošljivo i prijatno, slicno kao igra kod dece koja služi kao odbrana od vlastitih agresivnih impulsa (Heimann & Isaacs, 1991). "Igra zavodenja", ako možemo to da nazovemo tako, repetitivno odigrana i u terapijskoj situaciji, ima za cilj da poništi agresivne sadisticke elemente u vlastitoj seksualnosti i tako zaštititi objekte spolja.

Kod oba prethodno prikazana slucaja prisutna je neka forma i seksualne traume, što ipak nije tako u vecini naših slucajeva, posebno kod muškaraca. Samim tim ni ovaj izbor nije slucajan, jer seksualna zlostavljanja u okviru mucenja bude posebno uznemiravajuca osecanja kod pomagaca. Ipak može se reci da u svakoj torturi ima nešto seksualno – bilo kada se radi o eksplicitnom seksualnom zlostavljanju kao originalnoj traumi, ili o doživljaju narušene (oštecene) intimnosti ili, možda najsnažnije, osecanju da biti pod kontrolom mucitelja ima seksualno-sadisticnu konotaciju apsolutne kontrole nad necijim telom. U tom smislu rad sa mucenim osobama korespondira i sa strukturom objektnih odnosa u terapeutu i stepenom zrelosti njegove seksualnosti. Ponekada je terapeut kontratransferno uvucen u voajeristicke impulse ili stvarnu fascinaciju torturom kao prostorom u kome je moguće prisustvovati destrukciji i sadistickej seksualnosti i delimicno biti identifikovan sa akterima, a opet, jednim delom svestan odvojenosti i na bezbednoj razdaljini.

Posebno uznemiravajući momenti su kada se izgubi ta vrsta distance i traumatski događaj se odigra u terapijskoj situaciji. Tada je terapeut uvucen u traumatsku situaciju, on gubi mogućnost da misli, i na konkretnom nivou biva identifikovan sa ucesnicima. Kao primer navodimo sledeći slucaj : klijent, muškarac koji je u logoru posmatrao ubijanje svojih drugova, u jednom trenutku u terapijskoj situaciji je napravio gest kojim je opisivao scenu, u verovatnoj disocijativnoj "flashback" epizodi on je bio identifikovan sa agresorom: dodirnuo je vrat savetnice na mestu gde je ubica ubo svoju žrtvu nožem. Scena koja se tako ponovo odigrala imala je dramatican efekat. Savetnica, mlada i inace vrlo talentovana žena, bila je jako uznemirena. Prestala je sa radom sa klijentima neposredno posle toga ; nedugo zatim napustila je Centar.

ZAKLJUCAK

Razumevanje vlastitih emocionalnih reakcija i nesvesnih procesa može u mnogome doprineti uspešnijem prevladavanju iskušenja koja se postavljaju pred terapeuta u radu sa žrtvama torture. Dinamika traumatskih procesa je od velike važnosti; osecanja bespomocnosti i krivice, kao i odbrane od njih u osnovi su transferno/kontratransfernih odigravanja. Nепрепозnavanje ove dinamike može da dovede do neprijatnih posledica po klinta i pomagaca i da zaustavi ili naruši terapijski proces. Pomoc, podrška i dodatni trening koji se pružaju pomagacima u ovom procesu tada imaju dvostruku vrednost – sa jedne strane oni služe kao pomoc osobama na prvoj liniji, a sa druge, posredno, samim klijentima kroz pretpostavljeno unapredenje kvaliteta rada pomagaca.

LITERATURA

- Abraham, K. (1955) Psychoanalysis and the War Neuroses. In: Hilda Abraham, (Ed.) *Clinical Papers and Essays on Psycho-analysis by Karl Abraham*, pp. 59-67. New York: Basic Books.
- Baranger, M., Baranger, W. and Mom, J.M. (1988) The infantile psychic trauma from us to Freud: pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psycho-Analysis* **69** 113-128.
- Bion, W.R. (1958) On hallucination. *International Journal of Psycho-Analysis* **39**, 341-349.
- Bion, W.R. (1962) Learning from experience. London: Karnac, Marsfield Library.
- Bohleber, W. (2002) The Development of Trauma Theory in Psychoanalysis. In: Varvin, S. and Štajner-Popovic, T., (Eds.) *Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma*, pp. 207-234. Belgrade: International Aid Network.
- Britton, R. (1998) Naming and containing. In: Britton, R., (Ed.) *Belief and Imagination*, pp. 19-28. London: Routledge.
- Etchegoyen, R.H. (1991) The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. London: Karnac Books.
- Fenichel, O. (1961) Psihoanalitička teorija neuroza [The Psychoanalytic Theory of Neuroses]. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Ferenczi, S. (1949) Notes and Fragments [1930-32]. *International Journal of Psycho-Analysis* **30**, 231-242.
- Ferenczi, S. (1988) Confusion of tongues between the adult and the child (The language of tenderness and of passion). *Contemp. Psychoanal.* **24** 196-206.
- Freud, S. (1886/1966) Preface to the translation of Charcot's lectures on the diseases of the nervous system. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 1. 17-22. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1910/1966) The future prospects of psycho-analytic therapy. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 11. 139-151 London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1916/1966) 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.
- Freud, S. (1926/1966) Inhibitions, symptoms and anxiety. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud edn, 20. 75-174. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis.
- Grinberg, L., Sor, D. and de Bianchedi, E.T. (1974) Bion's Concepts of Psychosis. *Contemp Psychoanal* **10**, 157-171.
- Gundersen, L. (2001) Physician Burnout. *Annals of Internal Medicine* **135**, 145-148.
- Heimann, P. (1942) A contribution to the problem of sublimation and its relation to process of internalisation. *International Journal of Psychoanalysis* **23**, 8-17.
- Heimann, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* **31** 81-84.
- Heimann, P. and Isaacs, S. (1991) On Regression. In: King, P. and Steiner, R., (Eds.) *The Freud-Klein Controversies 1941-45*, pp. 687-709. London: Routledge.
- Hinshelwood, R.D. (1989) A Dictionary of Kleinian Thought. London: Free Association Books.

- Hinshelwood, R.D. (1999) Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* **80** (Pt 4) 797-818. 0020-7578.
- Jackson, S.W. (2001) The Wounded Healer. *Bull. Hist. Med.* **75** 1-36.
- Jacobs, T.J. (1999) Countertransference past and present: a review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis* **80** 575-594.
- Jaques, E. (1955) Social Systems as Defence Against Persecutory and Depressive Anxiety - A Contribution to the Psycho-Analytical Study of Social Processes. In: Klein, M., Heimann, P. and Money-Kyrle, R.E., (Eds.) *New Directions in Psycho-Analysis: The Significance of Infant Conflict in the Pattern of Adult Behaviour*, London: Marsfield Library.
- Jovic, V. (2002) Trauma and the Other. In: Varvin, S. and Štajner-Popovic, T., (Eds.) *Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma*, pp. 81-100. Belgrade: International Aid Network.
- Krystal, H. (1978) Trauma and Affect. *Psychoanal. St. Child* **33**, 81-116.
- Laub, D. and Auherhahn, N. (1993) Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis* **74**, 287-301.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* **52**, 397-422
- McCann, I.L. and Pearlman, L.A. (1990) Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* **3**, 131-149.
- McCann, I.L. and Colletti, J. (1994) The Dance of Empathy: A Hermeneutic Formulation of Countertransference, Emathy, and Understanding in the Treatment of Individuals Who Have Experienced Early Childhood Trauma. In: Wilson, J.P. and Lindy, J.D., (Eds.) *Countertransference in the Treatment of PTSD*, pp. 87-121. New York - London: The Guilford Press.
- McManus, I.C., Winder, B.C. and Gordon, D. (2002) The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* **359**, 2089-2090.
- Money-Kyrle, R. (1968) Cognitive development. *International Journal of Psychoanalysis* **49** 691-697.
- Peiró, J.M., González-Romá, V., Tordera, N. and Manas, M.A. (2001) Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology and Health* **16**, 511-525.
- Racker, H. (1953) A contribution to the problem of countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* **34** 313-324.
- Segal, H. (1986a) The Function of Dreams. In: Hanna Segal, (Ed.) *The Work of Hanna Segal: A Kleinian Approach to Clinical Practice*, pp. 89-97. London: Free Association Books & Maresfield Library.
- Segal, H. (1986b) Countertransference. In: Segal, H., (Ed.) *The Work of Hanna Segal*, pp. 81-87. London: Free Association Books & Maresfield Library.
- Steiner, J. (2000) Containment, enactment and communication. *International Journal of Psychoanalysis* **81** 245-255.
- Stolorow, R.D. (1999) The Phenomenology of Trauma and the Absolutisms of Everyday Life - A Personal Journey. *Psychoanalytic Psychology* **16**, 464-468.
- Wilson, J.P., Lindy, J.D. and Raphael, B. (1994) Empathic Strain and Therapist Defense: Type I and II CTRs. In: Wilson, J.P. and Lindy, J.D., (Eds.) *Countertransference in the Treatment of PTSD*, pp. 31-61. New York - London: The Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1989) The Concept of Trauma in Relation to the Development of Individual within the Family. Winnicott, C., Shepherd, R. and Davis, M., (Eds.) London: Karnac.