

Primena vantransfernih intervencija u psihoanalitičkoj psihoterapiji

Boris R. Jojić

Klinički centar Srbije, Institut za psihijatriju, Beograd

Uvod. U psihoanalitičkoj praksi analiza transfera zauzima centralno mesto. Rad u vantransfernoj sferi i iskustva u praktičnom radu sa vantransfernim intervencijama malo su prikazivani u stručnoj literaturi. Vantransferna sfera podrazumeva manje transferne aspekte odnosa prema analitičaru, transfer na druge objekte ili se tiče spoljašnje realnosti pre nego psihičke realnosti ili fantazije. **Prikaz bolesnika.** Naš prikaz ilustruje primenu vantransfernih intervencija. Pokazana je i primena genetske interpretacije i rekonstrukcije, kojima mogu da se rekonstruišu i ustanove veze između prošlosti i sadašnjosti, što dalje olakšava razumevanje uticaja sadašnjosti i prošlosti i razrešenje infantilnih konflikata. **Zaključak.** Interpretacija vantransfernih situacija ima značajan udeo u analitičkom poslu i esencijalna je kategorija interpretacije. Analitičko razumevanje treba da uključi transfernu i vantransfernu sferu, fantaziju i stvarnost, prošlost i sadašnjost. Rad na neurotskim obrascima i karakternim otporima zahteva optimalni izbor intervencije u datom trenutku analitičkog procesa. Vantransferne intervencije su esencijalna kategorija intervencije i nezamenljive su zbog svog učinka na analitički proces.

K l j u č n e r e č i : psihoanaliza; psihopatologija; psihoterapija; metodi; transfer (psihologija); lečenje, ishod.

Uvod

U psihoanalitičkoj praksi analiza transfera zauzima centralno mesto. Transfer je posebna iluzija koja predstavlja skriveno ponavljanje odnosa prema značajnoj ličnosti iz prošlosti ili eksternalizaciju unutrašnjih objektnih odnosa u skladu sa sadašnjim trenutkom i sa osobom prema kojoj je ovo usmereno (1). Transfer je nosilac dinamike, okvir i sredstvo za razumevanje i tumačenje odnosa, procesa i psihopatologije (2, 3).

Međutim, čovek živi paralelno u dve slojevite realnosti, u materijalnom svetu i u svom duševnom svetu (4). Razumevanje stvarnosti van analitičke situacije važan je i kompleksan deo psihoanalitičkog procesa (5–7). Rad u vantransfernoj sferi i iskustva u praktičnom radu sa vantransfernom interpretacijom malo su prikazivani u stručnoj literaturi (5, 8).

Vantransferne intervencije su one kojima tereput bolesniku približava, pojašnjava i tumači manje transferne aspekte odnosa prema tereputu i drugima ili bolesnikov transfer na druge objekte. Često se više odnose na spoljašnju realnost bolesnika nego na njegovu psihičku realnost ili fantaziju (9).

Vantransferna sfera je značajan izvor objašnjenja koja se tiču transfera (6, 10).

U analitičkoj situaciji nemoguće je osloniti se samo na transfer bez uvažavanja uticaja tekućih konflikata i spoljašnje stvarnosti i bez rekonstrukcije prošlosti u kojoj je transfer ukorenjen (3). Vantransferne intervencije koriste se da bi se transfer razumeo i razrešio (5) i često se koriste u obradi traumatskih iskustava (5, 8), a i u analizi karakternog transfera (11, 12). Značaj interpretacije u vantransfernoj sferi raste sa ozbiljnošću i težinom patologije (11, 13).

Bolesnikov materijal uvek je višestruko determinisan i nije ga lako tumačiti (2). Proces tumačenja zato treba da bude celovit, povezan i sa tekućom analitičkom situacijom i sa vantransfernim materijalom, jer su zasnovani na istim objektnim odnosima, konfiguracijama i strukturi bolesnika (14). Celovita, integrativna interpretacija objedinjuje značaj svih nivoa koje nudi bolesnikov materijal: infantilni konflikt, sadašnji konflikt i transfer. Celovita interpretacija jednako uvažava analitičku situaciju, spoljašnja zbivanja i prošlost (15, 16).

Komplementarna polja transfernih i vantransfernih odnosa zahtevaju optimalni izbor intervencije u datom trenut-

ku (16, 17). Psihoterapeut treba da prepozna i svoj lični doprinos bolesnikovom pojedinačnom transfornom odgovoru (18).

Adekvatno primenjene intervencije vode u uspešno prilagođavanje i daju razvojne pomake u životu bolesnika (19, 20), pa se određeni aspekti bolesnikovog života rekonstruišu gotovo u potpunosti (6). Cilj rada je prikaz primene vantransfornih intervencija, na osnovu dela protokola jedne naše bolesnice.

Prikaz bolesnika

Bolesnica, stara 30 godina, sociolog, dolazi na psihoterapiju zbog generalizovane anksioznosti sa mnoštvom somatskih korelata i probojima panične anksioznosti, koja nije situaciono uslovljena i koja se javlja nezavisno od doba dana, raspoloženja i telesnog stanja. Tegobe su kod bolesnice počele napadima panike posle prestanka NATO bombardovanja. Početkom 2000. godine javljaju se nejasne preokupacije strahom od naprasne smrti. Tada se prvi put javlja psihijatru.

Bolesnica je prvo, željeno dete u porodici i ima brata mlađeg tri i po godine. Dojena je četiri meseca, progovorila je sa deset, a prohodala sa jedanaest meseci. Rani psihomotorni razvoj protekao je uobičajeno. Ne seća se događaja pre rođenja brata. Majku opisuje kao „usplohirenu“, anksioznu, nesposobnu da sačuva mir u „napetim“ situacijama, po temperamentu nalazi sličnost sa majkom... Otac je „savestan, pedantan, plašljiv, obazriv, opsesivno zabrinut za zdravlje i zainteresovan za svoj posao“. Otac sada živi sa drugom suprugom, majka živi sa sinom. Bolesnica živi sa bakom u komfornom stanu u Beogradu. „Baka uvek spava sa upaljenim svetlom, plaši se.“

Sredinom devedesetih godina otac je naprasno napustio „do tad srećnu porodicu“ i počeo da živi sa novom partnerkom. Bolesnica uspešno studira i 1997. godine stupa u vezu sa dvanaest godina starijim oženjenim čovekom. Vezu raskida krajem januara 1999. godine, jer joj je partner rekao da neće da se razvede „...Njemu dobro...“ Iz te veze izlazi: „... Relativno lako, možda zato što veza nikad nije postojala, a možda nisam ni shvatila da smo raskinuli... Bilo je bombardovanje. Nisam stigla da shvatim šta mi se desilo. Kao da sam bila na ledu“. Panika je nastupila oko Nove godine, 2000... Posle prvog javljanja psihijatru bezuspešno se lečila, promenivši tri terapeuta. Nama se javila po preporuci svoje kolegice. Dogovorili smo se da na terapiju dolazi dva puta nedeljno, istim danima, u isto vreme, na seanse od 45 minuta.

Prvih dvadesetak seansi proteklo je u pažljivoj eksplozaciji prošlosti bolesnice, sa akcentom na detinjstvo, školovanje, porodicu i društvo. Uspostavili smo stabilan *setting* i radni savez. Uočavala se zamršena slika ličnih i porodičnih odnosa, pa je akcenat u radu stavljen na klarifikacije. Često su seanse završavane ponavljanjem konstatacija kojima bi se klarifikovao i povezivao bolesničin materijal. Bolesnica je bila introvertna i transfer koji se razvijao imao je stidljiv

kvalitet. U 21. seansi bolesnica primećuje da je zaokupljaju neke zakonitosti koje je počela da otkriva u svom životu.

Sve vreme proteklih seansi pokušavano je pronalaženje „tipičnih“ mesta u protokolima seansi. U petoj seansi bolesnica je govorila o amneziji u odnosu na period pre rođenja brata (sa kojim se sada dobro slaže). Govoreći o najranijim sećanjima brata je opisala kao destruktivnog, prljavog, bučnog i halapljivog (oprezno je sprovedena konfrontacija sa emocijom besa kojom je propratila ovo izlaganje), a sebe kao tihu, povučenu, urednu devojčicu (usledilo je pojašnjenje da nijedno dete svojom voljom nije postalo takvo, na šta je reagovala otporom, potom jakim samosažaljenjem i, na kraju, tugom).

Sredinom osme seanse, dok smo govorili o napadima panike, bolesnica je asociirala na jedan događaj koji nije mogla tačno da opredeli u vremenu. Bila je to smrt prvog komšije, starca od osamdeset godina, pre nekoliko godina. Nakon toga asociirala je na amneziju u odnosu na period pre rođenja brata.

U narednim seansama, suočena sa osećanjima koja su počela da se oslobađaju, bolesnica je počela da prepoznaje mržnju prema bratu, koja se smenjivala sa ljubavlju i svoju slabost pred ogromnom količinom energije koja je pratila ovu smenu. Ohrabrivao sam je da o tome govori. Čudila se: „...Kako ja tako dugo živim sa tolikom mržnjom? Otkud to meni?“ i ubrzo smo došli do objašnjenja: „Odjednom je došao brat, izgubila sam svoje mesto... više ništa nije bilo isto...“ Napadi panike su se i dalje sporadično javljali, uglavnom u danima između seansi.

Na 31. seansi došla je primećujući da se peti-šesti put pred ulazom sreća sa čovekom njenih godina koji vozi isti automobil kao ona. Pitala me da li i on dolazi kod mene na seanse. Krenuli smo tragom njenog pitanja, u kome se prepoznalo prisustvo mlađeg brata sa kojim mora sve da deli na ravne časti (kako smo jednom zaključili: „U najboljem slučaju po pola“). Bolesnica je primetila da se oseća: „Nimalo ekskluzivno, niti originalno... stereotipno“ i složila se sa mnom da je očekivala da je posebna, i na parking u i u *settingu*. Otišla je veoma neraspoločena. Nisam joj rekao ništa o čoveku koga je videla.

Sledeća seansa započela je bolesnicinom konstatacijom kako ovaj put nije videla „onog mog bolesnika“, koji joj se pomalo i svideo. Pažljivo sam pratio njene asocijacije, bio je to poznati teren infantilne ambivalencije prema bratu, koja se razbuktala u transferu. Tražio sam da mi opiše šta oseća. „Lakše bi mi bilo da je on tu... Nije fer što ga odjednom nema.“ Prepoznatljiva je bila fantazija o nestanku (smrti) brata, koja bi bolesnici povratila prvobitni ekskluzivni status kod roditelja (praćena strepnjom). Strepnja je usledila zbog očekivanja nejasne kazne – odmazde, koja prati fantaziju o nestanku brata. Bolesnica se osetila veoma uzrujana i prvi put je, u ovoj seansi, to svoje stanje povezala sa napadom panike. To sam primetio i naglasio, ali nisam dalje komentarisao. Pitala me je treba li da očekuje napad panike kad ode kući i kada će to jezivo stanje da prođe. Rekao sam joj da sam od nje saznao da pravila za vreme napa-

da nema. Odgovorio sam da će neprijatno stanje da prođe za koji minut pošto izađe, označivši kraj seanse. Na vratima me je pitala da li će onaj mladić sa kolima doći sledeći put na seansu. Odgovorio sam joj da je to moj kolega sa posla. Kiselo se nasmejala, sa prividom olakšanja i otišla.

Naredne seanse protekle su u proradi uvida vezanih za načine pribavljanja pažnje u njenoj porodici. U 36. seansi bolesnica je na početku primetila da su „svi u porodici anksiozni i potuljeni, partneri se odabiraju na osnovu bliske patologije i svi gaje nemušti jezik somatizacije“. Pitao sam bolesnicu da li ima razlike između muških i ženskih članova njene porodice. Progovorila je: „Eto, moj brat je drukčiji – on sve direktno kaže i uradi“. Odjednom je pomenula da se setila kako brat leži u kolecvi i kako zrak sunca ulazi u sobu. Konstatovala je, jednoličnim glasom, da joj majka nikad nije nedostajala i da je „majka nesposobna i o sebi da se stara“. Suočena sa time da majku opravdava, ali i da se brani od bolnog osećanja ostavljenosti tako što omalovažava majku, za čiju je nežnost ostala uskraćena, pomenula je da i sebe jednako omalovažava, pobrojajući razne situacije iz života koje ovo ilustruju. Saglasio sam se sa njenim zapažanjem, ali sam i primetio da odjednom više ne pominje brata koji joj je „bolna tačka“. Tu sam prepoznao otpor, pa sam je sa time konfrontovao i tako interpretovao. Neprijatno dugo je ćutala da bi, potom, tiho progovorila: „Batu niko nije smeo da pipne, njega je deda branio...“. Interveniso sam: „Deda po majci?“. Bolesnica je nastavila: „Jeste, on. Umro je... Deda je bio Crnogorac... Brat mu se peo na glavu... Znate ono – brat je muško...“. Interveniso sam klarifikacijom: „Za razliku od Vas“. Bolesnica: „Ja nisam bila destruktivna... Naprotiv! Zamislite kako je meni bilo!“ (Pauza) „U crnogorskim kućama muškarci sve smeju da rade... Da viču i lome i pale... I nikom ništa.“ (bila je vidna bolesničina žalost i rezignacija). Interveniso sam: „A Vi ne smete to isto?“. Bolesnica: „Ja ne želim da činim nered...“ (delovala je pometeno i tužno). Interveniso sam: „A šta Vi želite?“. Bolesnica: „Pravdu! Mir!...“. Posle kraćeg ćutanja, bolno je primetila da je sve moglo drugačije da bude. Govoreći o pravdi, sećala se brata i dede iz perioda pre polaska u školu... Brat je kriv i treba ga sprečiti, kazniti... udaljiti (sa nedvosmislenim značenjem uništenja, posebno prepoznatljivim u tonu kojim je ovo izlagala), „...A drugačije bi bilo i da deda ne podržava ovu nepravdu.“ Bila je očigledna fantazija o uništenju dede koji podržava brata... paralelno sa fantazijom o uništenju brata. Interveniso sam ćutanjem. Isplivala je serija sećanja na „osećanje krajnje nemoći“ usled slabijeg vrednovanja u odnosu na mlađeg brata. Nekadašnja želja da brat nestane iz njenog života bivala joj je sve bliža, sve jasnija i razgovetnija. Pažljivo sam joj to približio, vantransfernom intervencijom, koju je primila nerado, ali sa razumevanjem, rekavši: „Znala sam... Ipak je to!“.

U 40. seansi bolesnica se, odjednom, setila jednog događaja koji se desio tokom zime kad je imala devet godina. Došla je kući i roditelji su je vratili sa vrata bez objašnjenja, rekavši joj da ne može da uđe u sobu i da treba da ide kod komšije. Asocirala je na muk i žalost: „...Znala sam da se

dogodilo nešto strašno... Otišla sam kod prvog komšije (onog koji je umro neposredno uoči prvog napada panike)... Ni tamo mi niko nije rekao šta se desilo, da mi je umro deda... Tamo sam dugo sedela sa bratom u sobi, ćutke, kao pred egzekuciju...“ Iskreno je primetila: „Nisam ni shvatila da je deda umro...“ Pitao sam je da li je bila na sahrani. Odgovorila je: „Nisam. Nisu mi dali moji, hteli su da me poštede...“. Stekao se momenat za celovitu, sveobuhvatnu vantransfernu interpretaciju kojom će ovo iskustvo da se poveže sa napadima panike.

Sada je bilo sasvim jasno da je smrt prvog komšije pokrenula osećanje panične opasnosti od nastupajuće kazne za smrt dede, koju je bolesnica u fantaziji izazvala. Brat je živ, tu je, i pozitivnije je libidno investiran od dede, dok se sa dedom bolesnica nije pozdravila, a bez ritualnog razrešenja nema rastanka. U mašti bolesnice, napadnuti i ne zadugo, eliminisani parcijalni objekat (imago dede) bio je živ i svaki put nanovo, oživljavan energijom „otcepljene“ bolesnicine mržnje, da bi u pogodnom trenutku pokrenuo lavinu napada panike. Pogodan trenutak bila je smrt osamdesetogodišnjeg komšije u zimu. I dedina smrt i rođenje brata i očevo odlazak iz zajedničkog domaćinstva i raskid bolesničine dugogodišnje veze desili su se (imali su svoje „godišnjice“) u zimu.

Panična anksioznost se zapatila u klimi iscrpljenosti zbog okončane konfliktno partnerske veze bolesnice, u atmosferi nepotpunog žaljenja, odloženog objektivnom opasnošću od bombardovanja i naučenom pasivnom strategijom „ženskog dela porodice“ bolesnice (višestruka determinacija).

Napadi panike su se obnavljali i crpeli energiju iz fantazije o uništenju neprijatelja, u koga je bolesnica projektovala, tj. „smestila“ svoju agresiju. Imago neprijatelja je u početku prepoznat kao uzrok patnje, pa je agresivno eliminisan. To i nije bilo teško, jer deda nije primarni objekat. Potom je, u prepoznatoj mogućnosti povratka, u očajničkom odbrambenom manevru, ovaj imago brutalno „isteran iz svesti“, otcepljen i projektovan napolje, da bi se prvom prilikom vratio osnažen otcepljenom agresijom, pretvoren u raspršeni imago odasvudnjeg progonitelja, ovaploćen u napadima panike. Pogodan, „višestruko determinisani“ trenutak, bio je u zimu 2000. godine. Kako je telo „prostor u prostoru“ napadi panike bili su očekivani spolja, a doživljeni su prvenstveno u telesnim šupljinama, u stomaku i grudima.

Odavde je put jasno vodio u celovitu interpretaciju kojom su obuhvaćeni svi važni izloženi momenti, oslanjajući se na asocijacije bolesnice i teren dobro pripremljen prethodnim intervencijama. Kako do stvarnog rastanka sa dedom nije došlo, trebalo je „upokojiti vampira“, što je započeto „dokaznim postupkom“ 40. seanse i celovitom interpretacijom koja je na adekvatan način objedinila sve izneseno saznanje. Bolesnica je interpretaciju primila vidno uzbuđena, sa mnogobrojnim dopunama kojima se nestrpljivo oglašavala u toku tumačenja, ali i sa velikim olakšanjem.

Posle ove interpretacije, u leto 2003. godine, napadi panike su sasvim prestali. Usledile su prorade jako emocionalizovanog uvida i otvorile su se mnogobrojne perspektive, sa nejednakim prioritetom, koje je, svaku ponaosob, tre-

balo razrešavati. U nekoliko navrata moglo je da se zapazi probijanje talasa anksioznosti, ni izbliza nalik na ono ranije. Sve je podsećalo na amortizovane oscilacije, na „sleganje trustnog tla“ posle potresa.

Opsežna rekonstrukcija ovog segmenta prošlosti bolesnice „ispraznila“ je velike depoe bola i oslobodila energiju investiranu u objektivne odnose i afektivne dispozicije iz prošlosti. Usledila je tipična depresivna reakcija, sa svim elementima žaljenja, ali ovaj put ne za dedom, već za starim „selfom“ i starim pristupom sebi. Bilo je to oplakivanje „one sebe od nekad“, koja je činila protivtežu fantomskom imagu progonitelja. Prorada je obuhvatila povezivanje svih ostvarenih uvida sa segmentima života bolesnice koji su nam u analitičkoj situaciji bili dostupni, a koji su, na razne načine, povezani sa starom kliničkom slikom i rascepljenim, persekutornim objektom. Ovaj „rad žalosti“ podržan je proradama uvida vezanih za gubitke i ristanke. Otvorio se teren koji je bio zamaskiran, sada donekle otklonjenom, infantilnom amnezijom, i sećanjem na roditeljski par, sa potpuno odvojenim slikama roditelja koje slede.

Što se partnerskog odnosa tiče, on je još uvek neizvestan, to je i dalje delikatna problematika unutarnjeg sveta

bolesnice i naše je sadašnje polje rekonstrukcije, gde, sa strane bolesnice, kao dubleri njenog bigamnog partnera, učestvuju njen otac, brat i psihoterapeut.

Zaključak

Psihoterapeut u analitičkoj situaciji sagledava i razumeva istovremeno prošlost i sadašnjost, realnost i fantaziju, transfer i konratransfer. Nema „kraljevskog puta“ za analitičku interpretaciju.

Genetski koreni konflikta nalaze se u dometu eksplorativnih tehnika i sredstava analize. Vantransferne intervencije, uključujući genetsku interpretaciju i rekonstrukciju, često se koriste u obradi traumatskih iskustava u vezi sa reakcijama godišnjice. Rad na neurotskim obrascima i karakternim otporima zahteva optimalni izbor intervencije u datom trenutku analitičkog procesa.

Rad interpretacije vodi ka rekonstrukciji prošlosti. Prorada podrazumeva primenu rekonstrukcije u različitim delovima i nivoima bolesnikovog materijala. Vantransferne intervencije su esencijalna kategorija intervencije i nezamenljive su zbog svog učinka na analitički proces.

L I T E R A T U R A

1. *Sandler J.* Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 1983; 64 Pt 1: 35–45.
2. *Karson B, Widener A.* Repressed memories: Avoiding the obvious. *J Psychoanal Psychol* 2001; 18: 161–4.
3. *Haesler L.* Relationship between extratransference interpretations and transference interpretations: a clinical study. *Int J Psychoanal* 1991; 72(Pt 3): 463–77.
4. *Joseph B.* Transference: The total situation. *Intern J Psycho-Anal* 1985; 66: 447–54.
5. *Blum HP.* The reconstruction of reminiscence. *J Am Psychoanal Assoc* 1999; 47(4): 1125–43.
6. The value of extratransference interpretation. Panel report. *J Am Psychoanal Assoc* 1984; 32(1): 137–46.
7. *Sandler J, Sandler AM.* The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. *Psychoanal Inq* 1984; 4: 367–99.
8. *Blum HP.* The position and value of extratransference interpretation. *J Am Psychoanal Assoc* 1983; 31(3): 587–617.
9. *Blum HP.* Reconstruction in Psychoanalysis: Clidhood Revisited and Recreated. 1st ed. Madison, Ct: International Universities Press; 1994.
10. *Leites N.* Transference interpretations only? *Int J Psychoanal* 1977; 58(3): 275–87.
11. *Kernberg OF.* An ego psychology-object relations theory approach to the transference. *Psychoanal Q* 1987; 56(1): 197–221.
12. *Sandler J.* On internal object relations. *J Am Psychoanal Assoc* 1990; 38(4): 859–80.
13. *Gray P.* The nature of therapeutic action in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1990; 38(4): 1083–97.
14. *Etchegoyen H.* Psychoanalysis: Instances and Alternatives of the Interpretative Work. *Metapsychology of Interpretation*. In: *Etchegoyen H*, editor. *Psychoanalysis*. London: Karnac Book; 2002. p. 378–416.
15. *Etchegoyen H.* Psychoanalysis: Instances and Alternatives of the Interpretative Work. *Types of Interpretation*. In: *Etchegoyen H*, editor. *Psychoanalysis*. London: Karnac Book; 2002. p. 417–32.
16. *Etchegoyen H.* Psychoanalysis: Instances and Alternatives of the Interpretative Work. *Interpretative styles*. In: *Etchegoyen H*, editor. *Psychoanalysis*. London: Karnac Book; 2002. p. 455–9.
17. *Etchegoyen H.* Psychoanalysis: Instances and Alternatives of the Interpretative Work. *Mutative Interpretation*. In: *Etchegoyen H*, editor. *Psychoanalysis*. London: Karnac Book; 2002. p. 433–54.
18. *Brenner C.* Countertransference as compromise formation. *Psychoanal Q* 1985; 54(2): 155–63.
19. *Settlage CF.* Therapeutic process and developmental process in the restructuring of object and self constancy. *J Am Psychoanal Assoc* 1993; 41(2): 473–92.
20. *Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC*, et al. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group. *Int J Psychoanal* 1998; 79(Pt 5): 903–21.

Rad je primljen 16. II 2005.

A b s t r a c tJojić BR. *Vojnosanit Pregl* 2005; 62(10): 779–783.

USE OF EXTRATRANSFERENCE INTERPRETATION IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

Background. In psychoanalytic psychotherapy, the transference analysis takes the central position of the work. The work in the extratransference sphere and experience in a professional practice with extratransference interventions have not been reported much in the literature. Extratransference sphere includes less transferring relation to a psychotherapist, transference to other objects, or may refer to the external reality rather than the psychic reality or fantasy. **Case report.** We pointed out extratransference interventions. We demonstrated an application of a genetic interpretation and reconstruction, too, which could restore and establish the connections between the past and the present, in order to understand the influences of the current reality and the past, and helping us, further, to resolve the infantile conflicts. **Conclusion.** Interpretation of extratransference situations takes an important part of an analytical work and it is an essential category of the interpretation. Analytic understanding should include transference and extratransference spheres, fantasy and reality, past and present. Working with neurotic patterns and character resistance needs an optimal choice of intervention in the given moment of the analytic process. Extratransference interventions are an essential category of intervention, irreplaceable for its effectiveness in the analytic process.

Key words: psychoanalysis; psychopathology; psychotherapy; methods; transfer (psychology); treatment outcome.

Na inicijativu Uredništva „Vojnosanitetskog pregleda“ svoje komentare na ovaj rad dali su naši eminentni stručnjaci prof. dr sc. psych. Milanko Čabarkapa i doc. dr sc. med. Zorka Lopičić. Uredništvo im se zahvaljuje još jednom.

Komentar I

Psihoanalitička psihoterapija je struka, nauka, veština i delatnost na koju se teško primenjuju klasične kvantitativne metode naučne procene.

U psihoanalitičkoj psihoterapiji, na osnovu kvalitativnih procena određenih elemenata psihoterapijskog procesa, može da se prati terapijski odnos i terapijsko iskustvo bolesnika i terapeuta. Transfer je u psihoanalitičkoj psihoterapiji jedan od elemenata preko koga možemo da pratimo psihoterapijski proces. Osim transfera i vantransferna sfera ima svoje posebno značenje u psihoterapijskom procesu, na šta ukazuju iskustva u praktičnom radu, opisana u novijoj literaturi. Rad koji je pred nama predstavlja autentičan prikaz sopstvene psihoterapijske prakse. U radu

doktora Borisa R. Jojića, koji je prikazao sve oblike vantransfernih intervencija, možemo da vidimo živu interakciju bolesnika i terapeuta preko koje se uspostavlja veza između prošlosti i sadašnjosti i olakšava razumevanje sadašnjosti i prošlosti.

Prikaz psihoterapijskog rada nije samo autentični doživljaj terapeuta već se sagledava i u supervizijskom odnosu koji je tekao iz seanse u seansu, kroz preko stotinu seansi. Atmosfera je ovde vešto dočarana biranim rečima tumača – terapeuta i autentičnim govorom bolesnika, pa nas ovaj rad direktno uvodi u atmosferu analitičke situacije i tako prikazuje tehničke aspekte značajnih i često primenjivanih, a do sada retko opisivanih, vantransfernih intervencija.

Doc. dr sc. med. Zorka Lopičić
Institut za psihijatriju
Klinički centar Srbije, Beograd

Komentar II

Rad je zanimljiv po naslovu i osnovnoj ideji koju razrađuje – preko prikaza slučaja. Međutim, ne vidi se jasno koje su to vantransferne intervencije i na koji način su dale psihoterapijski rezultat. Ako nema transfera i kontratransfera može li se govoriti o psihoanalitičkoj terapiji? Nije dovoljno jasna ni priroda fenomena koji je tretiran – generalizovana anksioznost praćena napadima panike. Možda bi bolji efekat u pogledu psihoterapije ovog slučaja pružili kognitivno-bihejvioralni modeli, čiji su ele-

menti već sadržani u vantransfernim interakcijama – reinterpretacija iskustva, eksploracija, rekonstrukcija, genetska interpretacija – što se sve odnosi na kognitivnu obradu traumatskog iskustva. To je novo učenje putem uvida u prošlo i sadašnje iskustvo.

Prof. dr sc. psych. Milanko Čabarkapa
Institut za mentalno zdravlje
Vojnomedicinska akademija, Beograd