

Socijalni, biološki i psihodinamski aspekti nasilja

/ *Social, biological and psychodynamic aspects of violence*

Matej Nedić, Darko Marčinko, Lovorka Postružin

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

/ *University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia*

Svrha ovog rada je prikazati temu nasilja iz različitih perspektiva uzimajući u obzir psihodinamske, biološke i socijalne uzroke nasilja u našem društvu. Osim toga, ovaj članak daje pregled različitih definicija nasilja, razmatra vezu nasilja i srama te psihodinamiku grupnog nasilja i suicidalnog stanja uma. Posebni naglasak se stavlja na terapiju nasilnog pojedinca stavljajući u prvi plan mentalizacijski orijentiranu psihoterapiju (MBT), namijenjenu poboljšanju mentalizacije u nasilnih pojedinaca kod kojih je otkriveno da imaju poremećaj mentalizacije, uz kratki osvrt i na ostale terapijske intervencije u svrhu suzbijanja nasilja. U zaključku autori naglašavaju ulogu pozitivnih emocija u sprječavanju nasilja. Uz neminovnu prisutnost nasilja u našim životima naglašava se uloga radosti kao osjećaja vlastitog otkrića sebe, nade kao unutarnjeg osjećaja koji nas uvjerava da je potpora predominantan osjećaj, te naposljetku humora kao oblika zrele obrane, blage ironije i svjesnosti o prolaznosti i konačnosti života. Suzbijanje nasilja uključuje sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup problemu s namjerom razvoja emocionalno zdravog, neotuđenog društva koje teži uravnoteženim i zdravim međuljudskim odnosima, društva sposobnog prepoznati nasilje i potencijal za nasilje te na vrijeme spriječiti njegovo ostvarenje. U članku je prikazan presjek dosadašnjih istraživanja o nasilju.

/ The purpose of this paper is to present studies about violence from different perspectives with regard to psychodynamic, biological and social causes of violence in our society. In addition, this review article provides an overview of different definitions of violence as well as the relationship between violence and shame, psychodynamics of group violence and the suicidal state of mind. Special emphasis is given to the therapy of violent individuals with mentalization-based therapy (MBT), aimed at improving the ability of violent individuals who are known to have a problem with mentalization to mentalize better, but other therapeutic interventions are also presented. At the end of this review article authors highlight the role of positive emotions in the prevention of violence. Although violence is unfortunately inevitably present in our lives, we highlight the function of joy as a feeling of discovering ourselves once again, hope as feeling of internal belief which assures us that support is the predominant feeling, and humor as form of a mature defense mechanism, mild irony and awareness of transience and finality of life. Prevention of violence involves a comprehensive, multidisciplinary approach to the problem with intent to develop a healthy, non-alienated society that emphasizes balanced and healthy interpersonal relationships, a society that is capable of recognizing violence and the potential for violence as well as prevent fulfilment of that potential; this review article presents studies about violence and related issues.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Matej Nedić, dr. med.
Školska 50a
33 520 Slatina, Hrvatska
Tel: +385919280076
E-pošta: matej.nedic@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

socijalni, biološki, psihodinamski aspekti nasilja
/ *social, biological, psychodynamic, aspects of violence*
mentalizacija / *mentalization*
sram / *shame*

Nasilje, kao bitan sociološki problem današnjice, iziskuje veću angažiranost zajednice u razumijevanju uzroka, prepoznavanju suptilnih oblika nasilja i rehabilitaciji pojedinaca sklonih nasilnim reakcijama, a sve u korist razvoja zdravoga, empatičnog društva neopтереćenog traumama, koje teži prosperitetnoj i sretnoj budućnosti. Preduvjet za takav pristup jest cjelovito sagledavanje problema sa znanstvenog gledišta i raščlanjivanje uzroka nasilja u kontekstu socioloških, kulturnih i bioloških osobitosti promatranih populacija. Tek će takvim sveobuhvatnim pristupom i implementacijom znanja u praksu nasilje doći u domenu prevencije, a ne saniranja već nastale štete.

UVOD: DEFINICIJA NASILJA

Jednoznačno definirati nasilje nije jednostavan zadatak. U kolokvijalnom jeziku riječ nasilje isprepliće se s mnoštvom pojmova sličnog ili istog značenja, a koji sami po sebi s više ili manje preciznosti odnosno nepreciznosti, razmatraju ovu kompleksnu pojavu. Iz dosadašnjih istraživanja na temu nasilja izdvajaju se dvije skupine definicija: bihevioralne i motivacijske. Glasser je, u okviru opisa nasilja kao bihevioralnoga fenomena, definirao nasilje kao „tjelesnu reakciju s namjerom nanošenja ozljede drugoj osobi, a koji uključuje tijela izvršitelja i žrtve“ (1). Definiciji se zamjera zanemarivanje autoagresije kao oblika nasilja i naglašavanje tjelesne reakcije kao esencijalne za nastanak fenomena, zanemarujući ulogu mentalnih stanja u nastanku i provedbi nasilja. Još jedna definicija iz skupine bihevioralnih definicija je Taylorova koji ograničava definiciju nasilja na akciju koja uključuje motornu aktivnost (2). Jednako kao i u slučaju Glasserove definicije i ova definicija usredotočena je na parcijalni opis značenja pojma te uključuje samo jedan dio cjelokupne pojave, tj. fokusira se na opazajni prikaz nasi-

lja i opisuje ga u okviru najslikovitijeg prikaza, nasilja kao destrukcije vanjskog objekta. S druge strane, definicije koje naglašavaju značenje motivacije su ponešto drukčije koncipirane. One stavljaju naglasak na psihičke procese koje prethode samom nasilnom činu ili koje uvjetuju razvitak nasilnoga stava. Tako primjerice psihijatrica Perelberg proširuje Glasserovu definiciju nasilja i naglašava donošenje „nasilnih mentalnih reprezentacija i fantazija“ kao integrativni dio nasilnog čina (3). Međutim, većina autora teži sveobuhvatnoj definiciji nasilja koja će uključivati kako motivacijske aspekte tako i bihevioralne. Meltzer u tom smjeru daje definiciju nasilja kao „fizičku i psihičku povredu“ (4). Daljnji problem u definiranju nasilja je često poistovjećivanje pojma s ostalim pojmovima koji se u kolokvijalnom jeziku rabe gotovo kao sinonimi. Ovdje je naročito važno razjasniti koncept agresije. Najjednostavnije rečeno, agresija ima šire značenje te se može reći da je nasilje manifestacija agresije u određenom obliku. Tijekom povijesti mijenjale su se rasprave o agresiji no većina psihijatara uključujući Freuda, Kleina i Junga smatra da je agresija instinkt, povezujući s njom nasilje i destruktivnost u jednu homogenu emociju koja ima instinktivnu bazu. Tako Freud smatra da agresija nastaje kao „frustracija gratifikacije principa ugone“ (2), odnosno uključuje narcističku povredu ličnosti. Tek kasnijim istraživanjima javljaju se i teorije o agresiji kao afektivnoj komponenti unutar instinkta, odnosno urođenoj nesvjesnoj fantaziji koja ima specifičnu funkciju. Na temelju ovoga moguće je razumjeti nasilje kao „manifestaciju agresije odnosno tip akcije s određenom psihološkom funkcijom, ponajviše namijenjenoj oslobođenju od neželjenih mentalnih sadržaja“ (2). Ovaj posljednji dio definicije koji kaže da je funkcija nasilja namijenjena oslobođenju od neželjenih mentalnih sadržaja referira se na koncept „*splittinga*“ i projekcije. Iz te perspektive nasilje se može smatrati odgovorom na nepodnošljivo afektivno stanje koje prijeti da će postati nepodnošljivo psihičko iskustvo

odnosno na dio identiteta koji smatramo stranim (*alien self*). Definirajući nasilje tako, ono poprima „evakuacijsku“ funkciju. Naglašavajući psihološku dimenziju nasilja preciznije ograničavamo pojam koji nije puka uporaba fizičke sile, kako se to smatra u kolokvijalnom jeziku, već se radi o kompleksnijem pojmu kojemu se psihička podloga ne smije zanemariti. Time olakšavamo i kliničku i teorijsku neodređenost na tome području.

BIOLOŠKE OSNOVE NASILNOG PONAŠANJA

U zadnja dva desetljeća došlo je do naglog povećanja znanja o utjecaju bioloških faktora na nasilno i antisocijalno ponašanje temeljenog na, među ostalima, genetičkim, biokemijskim i slikovnim studijama mozga. Faktore koji su uočeni kao rizični za razvoj nasilnog ponašanja možemo podijeliti na prenatalne, oštećenja nastala nutritivnim deficitima i toksičnim tvarima, ozljede mozga te na promjene neurotransmitora i hormona (5). Tijekom prenatalnog razvoja mozak ploda se nalazi u stanju povećane vulnerabilnosti na okolišne čimbenike. Stoga će izloženost ploda tvarima poput alkohola, nikotina i droga tijekom trudnoće uvjetovati strukturne i funkcionalne promjene SŽS-a koje kasnije mogu rezultirati promjenama ponašanja uključujući i nasilno ponašanje. Konkretno, za nasilno ponašanje razne studije su ukazale na povezanost majčine navike pušenja cigareta i promijenjene dinamike razvoja mozga tijekom trudnoće (6,7). Studije na životinjama pokazuju da je noradrenergički sustav u takvih pojedinaca oštećen ugljikovim monoksidom i nikotinom, snižene su razine dopamina i serotonina, a na strukturnoj razini oštećeni su bazalni gangliji, cerebralni i cerebelarni korteks (8,9). Fetalna izloženost alkoholu je već dugo poznata kao rizični čimbenik za razvoj ploda. Dokazano je da izloženost ploda alkoholu utječe na visinu

rezultata na IQ testu inteligencije te na fizičke abnormalnosti. U mozgu je slikovnim pretragama uočena promjena strukture korpusa kalozuma u majki koje su ekscesivno pile tijekom trudnoće te povezanost s poremećajima ponašanja i psihijatrijskim problemima (10). Sve je to doprinijelo shvaćanju da je alkohol predisponirajući čimbenik poremećaja ponašanja u odrasloj dobi. Iste i slične studije, provedene i na majkama ovisnicama o kokainu, dokazale su pozitivnu povezanost između konzumiranja kokaina tijekom trudnoće i razvoja delinkvencije djeteta kasnije tijekom života (11). Osim toga, postoje i dokazi o povezanosti između opstetričkih komplikacija u kombinaciji s odbacivanjem djeteta od strane majke i nasilnog ponašanja u odrasloj dobi (12). Poremećaji tijekom fetalnog razvoja također mogu biti povezani s nasiljem. Nekoliko studija je pokazalo poveznicu između minor anomalija u djece i kasnije delinkvencije i nasilnog ponašanja (13). Nutritivni faktori imaju posebno značenje zbog činjenice da se na neke od njih može utjecati ako ih se na vrijeme otkrije. Kao jedan od njih spominje se utjecaj smanjene koncentracije kolesterola u organizmu. Studije koje su proučavale utjecaj kolesterola na ponašanje upućuju na to da smanjena koncentracija kolesterola može povećati rizik za nasilno ponašanje, a da su dijeta s niskim sadržajem proteina i aminokiselina te malnutricija povezani s povećanom agresivnošću pojedinaca u usporedbi s kontrolama (5). Također, kao rizični faktori su navedeni i dokazani nedostatak željeza i cinka, a u studijama grupa pojedinaca intoksiciranih teškim metalima uočene su povećane razine agresivnosti što se tumači zapaženim promjenama u razini neurotransmitora u mozgu kod takvih osoba (5). Značajnim se smatra i otkriće ozljeda mozga i s njima povezane moždane disfunkcije kod ljudi s opaženim nasilnim ponašanjem i antisocijalnim poremećajem ličnosti. Istraživanja su otkrila konzistentnu povezanost s čak i malim ozljedama mozga i nasiljem. Slikovne pretrage mozga utvrdile su

smanjenu utilizaciju glukoze u prefrontalnim regijama mozga kod nasilnih prijestupnika te da su čak i male, vizualno neprimjetne promjene u iskoristivosti glukoze u prefrontalnim regijama mozga značajno povezane s antisocijalnim poremećajem ličnosti (14). Svakako stoji tvrdnja da su strukturni i funkcionalni deficiti u mozgu povezani s nasilnim ponašanjem. Takvi se nalazi tumače ulogom prefrontalne regije mozga u kontroli i regulaciji impulsa koji ishodište imaju u dubljim, limbičkim regijama mozga kao što su amigdala. Ako je prefrontalna moždana kora disfunkcionalna, bit će onemogućena inhibicija agresivnih impulsa iz dubljih regija mozga (5). Istraživanje povezanosti razine neurotransmitora s ponašanjem je široko područje istraživanja no ukratko se može reći da su dosadašnja istraživanja pokazala da je niska razina serotonina nađena u agresivnih prijestupnika koji su se ponašali nasilno. Istraživanja s lijekovima također govore u prilog tog tvrdnji. Prozac (fluoksetin), lijek koji povećava razinu serotonina, dokazano smanjuje razinu agresivnosti u ljudi (15). Istraživanja sa spolnim hormonima su utvrdila da je visoka razina testosterona povezana s nasilnim ponašanjem i socijalnom izolacijom muškaraca (5). No čini se da se agresivnost ne može promatrati direktno u svezi s povećanim testosteronom već se pretpostavlja da će agresivnost biti potaknuta kombiniranim djelovanjem povećane razine testosterona i smanjene razine serotonina (16). S druge strane, što se ženskih spolnih hormona tiče, ustanovljena je veća izglednost da će ženske prijestupnice počinuti kriminalno djelo u menstruacijskoj fazi menstrualnog ciklusa kada je progesteron nizak u usporedbi s ovulacijskom fazom kada su razine estrogena i progesterona povišene (5). Zanimljivo je spomenuti i da je smanjena fiziološka pobuđenost utvrđena kao korelat agresivnog ponašanja (17). Pod smanjenom fiziološkom pobuđenosti smatra se niži puls, više sporih valova u EEG nalazu i smanjena provodljivost kože. Na temelju svih tih nalaza predložen je biopsihocijalni model

agresivnog ponašanja koji nastanak agresivnog ponašanja interpretira kao interakciju različitih čimbenika. S jedne strane radi se o upravo nabrojanim biološkim prediktorima agresivnog ponašanja, a s druge je strane riječ o psihosocijalnim prediktorima koji uključuju zlostavljanje, obiteljsko nasilje, ranu trudnoću, loše roditeljstvo, socijalnu imitaciju i učenje, nasilje u školi te nasilje na televiziji. Interakcijom ovih prediktora i medijatorima ponašanja kao što je primjerice smanjena kognitivna sposobnost, ishod interakcija bit će nasilno ponašanje (5).

SOCIJALNI ASPEKTI GRUPNOG NASILJA

Na polju istraživanja grupne psihologije velikim autoritetom smatra se Vamik Volkan, istaknuti profesor psihijatrije, autor i koautor više od 30 knjiga i začetnik novih teorija o psihodinamici velikih grupa u ratnim sukobima i miru. Na temelju svog ekstenzivnog rada osmislio je koncept grupnog identiteta. Grupni identitet se po njemu može definirati kao „osjećaj jednakosti ili istovjetnosti među pripadnicima određene grupe“ (18). Dobra metafora za bolje razumijevanje grupnog identiteta može se ilustrirati ako zamislimo grupni identitet kao šatorsko platno koje nadsvođuje pripadnike grupe koji se broje u stotinama tisuća. U njima se nalaze pojedine podgrupe ljudi koji dijele zajedničke interese, ali se svi oni zajedno nalaze pod istim šatorskim platnom. Stup šatora predstavlja političkog vođu određene grupe koji ima ulogu držati šator podignutim kako bi sačuvalo i zaštitio identitet grupe. Svaki pojedinac unutar grupe ima svoj osobni identitet, ali također svi zajedno dijele zajednički identitet kojega nisu cijelo vrijeme niti svjesni. Na temelju toga Volkan tvrdi: „ako se naš šator počne tresti ili pojedini njegovi dijelovi raspadati postanemo opsesivni u vezi našeg zajedničkog identiteta i učinit ćemo sve da ga popravimo, održimo i zaštitimo do te mjere da ćemo dovesti pod

rizik svoj vlastiti život i bit ćemo spremni tolerirati ekstremni sadizam i mazohizam zbog zaštite grupnog identiteta“ (18). U svezi s time možemo govoriti o psihodinamici grupe, koja reflektira individualnu psihologiju, ali ima i svoju vlastitu dinamiku. Kod gubitka značajne osobe u životu, individualni proces žaljenja je normalan psihobiološki odgovor na, za tu osobu, značajan gubitak. Osoba koja doživi gubitak u svom životu kao ožalošćena prolazi kroz proces koji ima jasno predvidljive i definirane faze, u kojem osoba prolazi kroz sva iskustva koja je proživjela s izgubljenom osobom sve dok proces žaljenja ne završi i osoba za kojom se žali psihološki „umre“ u umu ožalošćenoga. Jednako se tako i proces žaljenja može ekstrapolirati na grupu s time da ga se onda treba promatrati kao sociološki proces žaljenja za izgubljenim ljudima, zemljom i dobrima u ratu, a kao takav isto ima prirodni tijek u kojem se grupa oprašta od izgubljenog. Usprkos tome, „normalna psihodinamika žaljenja može imati i narušen prirodni tijek, odnosno može se ‚infiltrirati‘“ (18). Primjer za takvu „infekciju“ je izabrana trauma. Reaktivacija takve traume ima za cilj povezati članove grupe, a može poslužiti političkim vođama za promoviranje novih masovnih društvenih pokreta. Izabrana trauma je podijeljena mentalna reprezentacija događaja iz prošlosti grupe u kojem je grupa doživjela katastrofalni gubitak, poniženje ili osjećaj bespomoćnosti u rukama neprijatelja (18). Na taj način mentalna reprezentacija događaja postaje značajno obilježje grupnog identiteta, a percepcije, osjećaji i očekivanja koja su bila vezana za prošli događaj sada se aktualiziraju i vežu za trenutnog „neprijatelja“ uveličavajući njegovu prijetnju. Podijeljeni osjećaj viktimizacije u grupi stvara osjećaj prava na osvetu. Kada je grupni identitet ugrožen, primjerice zbog potencijalnog napada od strane neprijatelja, etničke, nacionalne, religijske i ideološke grupe ulaze u stanje regresije. „Ulaskom grupe u stanje regresije započinje sociološki proces koji za cilj ima održati, zaštititi i popraviti

identitet grupe“ (18). Stanje grupne regresije pokazuje određene znakove, a jedan od njih je okupljanje oko vođe čija osobnost i unutar-nji svijet sada poprimaju veliko značenje, što otvara prostor političkom vođi za manipulaciju grupom. Jedan od znakova grupne regresije je cijepanje (engl. *splitting*). „Prvo cijepanje se događa između „nas“ i „njih“ kojim „oni“ postaju predmet dehumanizacije. Drugo cijepanje je cijepanje unutar grupe koje prati „okupljanje oko vođe“ (18). To se osobito događa kada vođa nije u sposobnosti procijeniti gdje stvarna prijetnja završava, a umišljena počinje, već prijetnjom počne smatrati i pripadnike unutar svoje grupe. Regresivno ponašanje grupe vidljivo je i u korištenju primitivnih mentalnih mehanizama u suočavanju s vanjskim svijetom. To je vidljivo „introjekcijom kojom grupa bez prethodne validacije političke propagande postaje podložna doktrini političkog vođe ili skupine koja upravlja grupom, a i procesom projekcije kojim se grupa nastoji riješiti neželjenih mentalnih sadržaja“ (18). U regresivnom društvu političke, legalne i tradicionalne granice simboliziraju i granice grupnog identiteta. Granice poprimaju bitno psihološko značenje u umu pripadnika grupe i ljudi postaju preokupirani nastojanjem da ih zaštite. Kada je grupni identitet povrijeđen od strane „neprijatelja“, male razlike postaju nepremostive i dobivaju značenje kakvo prije nisu imale. Sociološka slika društva također se mijenja i kulturni običaji dobivaju ulogu u podsjećanju pripadnika na unikatno i drugačije u odnosu na tuđe, olakšavajući anksioznost koju pripadnici grupe dijele zbog osjećaja bespomoćnosti, ljutnje, poniženja i patnje kao posljedice kompliciranog procesa žaljenja. Imajući to na umu, očito je da grupni procesi imaju svoju pravilnost i karakteristike. Usprkos tome, svaka će grupa imati i svoje osobitosti u načinu izražavanja agresije i sposobnosti kontroliranja sposobnosti ovisno o kulturi i sociološkim posebnostima. Postupnim napredovanjem grupne dinamike i uspješnim dovršenjem procesa žaljenja grupa će biti sposobna

za oprost. Prema Gruchyju, „pomirenje počinje kada bez odricanja od vlastita identiteta, onoga što jesmo, otvarajući se prema ‚drugome‘, ulazimo u međuprostor, zamjenjujući mjesta s drugima, u konverzaciji koja nas vodi iznad nas samih“ (19). Siassi piše: „Jedan od plodova oprosta jest ‚opraštajuće stajalište‘, što je i razvojno postignuće, omogućujući nekima da budu spremniji opraštati nego neki drugi, u odnosu na same sebe i ostatak svijeta. Kako proces žalovanja vodi osobu od ljutnje prema tuzi, superego se ublažuje“ (20). Urlić pak smatra da je oslobođenje sebe i jednog društva od mržnje proces od 4 faze: konfrontacija, žalovanje, opraštanje, pomirenje (21). Da bi se proces uspio završiti potrebno je postati svjestan kompleksnosti problema, razviti dublje razumijevanje, proraditi novostečeni uvid, odustati od osvete te obnoviti sposobnost za vjerovanje. Na taj način grupa izlazi iz stanja regresije i sposobna je za daljnji razvoj i otvaranje svojih mentalnih kapaciteta prema svijetu.

PSIHODINAMIKA SUICIDALNOG STANJA UMA

Freud je istraživao agresiju usmjerenu prema sebi u svome djelu „Žaljenje i melankolija“. Tada je uočio da „u melankoliji nakon gubitka ili razočaranja od strane osobe prema kojoj postoje ambivalentni osjećaji, mržnja koju osoba osjeća prema osobi koju je izgubila ili koja ju je razočarala, sada može biti preusmjerena na dio sebe koji se identificirao s tom osobom. Umjesto prežaljenja osobe, ambivalentni osjećaji pridonose regresiji ega i identifikaciji dijela ega s tom osobom. Upravo taj „sadržaj rješava zagonetku koja čini melankoliju toliko zanimljivom i opasnom“. Analiza melankolije pokazuje da ego može sebe ubiti tek ako se može promatrati kao objekt, ako je sposoban prema sebi preusmjeriti neprijateljstvo koje je izvorna reakcija ega prema objektu u vanjskom okruženju“ (22). Kod suicidalnih po-

jedinaca tijelo postaje objektom agresije zbog identifikacije dijela ega s izgubljenom i omraženom osobom. Kod takvih pacijenata događa se razdvajanje ega gdje kažnjavajući i kritični superego pridonosi percepciji jednog dijela ega kao opasnog, zlog i zastrašujućeg objekta. Suicid služi kao funkcija razrješenja od očaja i očajanja. Osoba ulazi u presuicidalno stanje gdje je normalni instinkt samoočuvanja prevladan, a tijelo postaje potrošno. Tijekom presuicidalnog stanja osoba je, u različitim stupnjevima, pod utjecajem suicidalnih fantazija temeljenih na odnosu prema svom tijelu i primarnim objektima. Fantazija može i ne mora postati svjesna, ali je u vrijeme izvršenja suicida iskrivila realnost. Sama motivacijska sila za izvršenje suicida je suicidalna fantazija i sve dok ona nije razrađena i razjašnjena u okviru psihološkog tretmana osoba je pod rizikom da će pribjegnuti suicidu kao rješenju u anksioznim, bolnim i konfliktnim situacijama (23). Iako svoj izlaz traže u smrti, osobe koje su sklone suicidu i koje ga izvršavaju svjesne su da će njihovo tijelo umrijeti, ali istodobno zamišljaju da će njihov drugi dio nastaviti živjeti u svjesnom, bestjelesnom stanju izvan utjecaja smrti ili svoga tijela. To je sve dio suicidalne fantazije, psihotične fantazije koja uvjetuje preživljenje dijela selfa u fuziji s idealiziranom majkom, fantazije vječnog mira bez frustracije i boli. To je također izraz primitivne preedipske fantazije u kojoj je majka potpuno posjedovana od strane djeteta, a otac je u potpunosti izuzet od takve veze. Za suicidalne bolesnike smrt znači preživljenje esencijalnog dijela selfa, nazvanog i preživljavajući self, self koji će preživjeti u drugoj dimenziji. Preživljenje tog selfa je ovisno o destrukciji vlastitog tijela. Na taj način je paradoks suicida „žrtva suicida koja nalazeći smrt u životu, traži život u smrti“ (24). U analizi suicidalnih bolesnika ustanovilo se da je u nastajanju presuicidalnog stanja bila bitna uloga oca do neke granice. Tijekom razvoja otac se pojavljuje kao bitna treća osoba sposobna facilitirati separaciju od majke i

razvitak koherentnog osjećaja selfa. Postupno prepoznavanje drugog objekta u životu djeteta opaža kao niz neočekivanih i zbunjujućih promjena na majci kada preedipska, svemoguća majka, upraviteljica života i smrti biva prožeta edipskom seksualnom majkom. Emocionalna nedostupnost oca ili njegova odsutnost igraju bitnu ulogu u sklonosti razvoju nasilja prema sebi i drugima čime se potvrđuje uloga oca u procesu separacije i individuacije. Utemeljeno na tvrdnji o suicidu kao poremećenom procesu separacije od primarnih objekata, na suicid možemo gledati kao na „neuspjeli proces žaljenja infantilne veze s majkom, koji vodi do dubokog osjećaja napuštenosti, očaja i praznine“ (23). Razni obrambeni mehanizmi nastoje umanjiti taj osjećaj, primjerice poricanje, koje tada vodi do iskrivljenja realnosti. Povećana stopa suicida među adolescentima i mladima upućuje nas na razloge koje treba tražiti u razvojnoj krizi koja korijenje vuče iz neuspjelog procesa separacije od primarnih objekata. Tjelesne promjene u pubertetu često postaju izvor straha od gubitka kontrole agresivnih i seksualnih impulsa. U sklopu anksioznosti uvjetovane nesigurnim osjećajem identiteta i naglih tjelesnih promjena može se razviti mržnja prema vlastitom tijelu koja ima potencijal precipitirati suicidalni napad. Neporeciva je istina da je suicid, pokušaj suicida, planiranje ili samo razmišljanje o suicidu i samoozljeđivanje veliki epidemiološki problem hrvatskog društva. Sagledavanjem psihodinamskih aspekata i pravodobnom psihološkom intervencijom može se utjecati na procese koji su promjenjivi ako se na vrijeme prepoznaju.

VEZA NASILJA I SRAMA

Govoriti o sramu i povezanosti srama s nasiljem nije bespredmetno. Razvojni preduvjet srama je pojavljivanje selfa. Prvi psihički doživljaj individue kao jedinice je doživljaj vlastitog postojanja (25). Stoga je tijekom ranog

razvoja vrlo bitna okolina koja okružuje dijete kako bi se u njemu mobilizirali elementi potrebni za izgrađivanje vlastitog selfa i svjesnosti o vlastitoj postojanosti. Tijekom ranog razvoja bitno je razviti dobar doživljaj vlastitog selfa. Naime, već je sama činjenica da je prvi doživljaj selfa bio loš zabrinjavajuća, jer upućuje na probleme koji mogu perzistirati kasnije u budućnosti u interakciji majke i djeteta. Poticajna, dobra okolina očituje se radošću djeteta zbog svoje vlastite egzistencije. „Tijekom niza interakcija s dovoljno dobrom okolinom, koju najviše predstavlja majka, dolazi do postupne konsolidacije selfa pomoću integracije mnogobrojnih reprezentacija selfa u koherentnu cjelinu. Prvi doživljaj svog postojanja je ugrađen u reprezentaciju selfa. Nova pozitivna iskustva mogu poboljšati i korigirati prvobitni doživljaj selfa ukoliko je bio loš“ (26). Sram je afekt povezan s cijelom „vizijom, percepcijom i prezentacijom samoga sebe, koji se javlja kada se vlastita slika sebe pokaže pogrešnom“ (27). Iz toga proizlazi da će loš doživljaj vlastitoga selfa biti povezan s emocijom srama. Ovisno o tome koliko je narušena slika vlastitog selfa, i intenzitet srama će varirati od blage zbunjenosti, gubitka spontanosti i nelagodne svjesnosti sebe, do osjećaja koji ima traumatski intenzitet i potpuno blokira osobu. „Signalni sram je upozorenje i poticaj na promjenu ponašanja kako bi se izbjegle ponižavajuće okolnosti. Ako sram naglo eskalira uobičajene obrane postaju neučinkovite i više ne uspijevaju udaljiti od svjesne percepcije dotada nesvjesne aspekte selfa koje ego ne može integrirati u koherentnu reprezentaciju selfa. Dotadašnja koherentna reprezentacija selfa postaje nestabilna“ (26). Nestabilnost reprezentacije selfa možemo u pozitivnom smislu gledati kao preduvjet nove integracije, koja će uključiti do tada isključene aspekte i zamijeniti nerealne realnijim reprezentacijama selfa. S obzirom na razornu moć koju sram kao emocija uzrokuje u psihičkom aparatu osobe, kao sredstvo za obranu od srama mobiliziraju se mehanizmi obrane. Jedan

od važnijih je disocijacija pri kojoj se „aspekt selfa u kojem osoba doživljava sebe kao defektnog i bezvrijednog disocira od ostalih dijelova selfa. Prikriven od sebe i okoline, u latentnom stanju, čeka okolnosti u kojima se manifestira kad postaje dominantan. Osoba ne može integrirati ni prihvatiti neku svoju osobinu koju disocira, a dodatno se brani naglašenim isticanjem suprotne osobine ili ponašanja. Umjesto integracije obezvrijeđenih osobina selfa, pokušava se osloboditi bolnog srama tako što se prikazuje kao jaka, zavodljiva, bez greški. Osjeća bijes prema drugima radi projekcije na druge bijesa prema sebi, odnosno zbog nesposobnosti prihvatanja realnog sebe. Kronični sram je često prikriven kroničnim bijesom i ljutnjom kojih je bolesnik obično svjesniji“ (26). Sram je često popratna emocija mnogih poremećaja ličnosti koji u svojoj osnovi imaju poremećenu sliku sebe. Primjerice, „bolesnici s graničnom strukturom ličnosti internaliziraju teški i problematični model odnosa s prvim objektom pri čemu loše postaje unutrašnji model, obrazac odnosa prema kojem se nesvjesno ravnaju i usklađuju sve interakcije graničnog bolesnika“ (26). Takvi bolesnici se od osjećaja srama brane raznim regresivnim mehanizmima obrane od kojih se ističu *splitting*, projekтивna identifikacija, projekcija, *acting out* agresije, negacija, idealizacija, poricanje. Jedan od načina na koji će se osoba boriti protiv osjećaja srama jest nasilje, koje će omogućiti redukciju emocije srama na prihvatljiviju razinu. Krivnja je emocija više vezana uz akciju, odnosno može se smatrati korelatom odluke koja se pokazala pogrešnom. Krivnja kao afekt podrazumijeva određeni stupanj kontrole nad situacijom i parcijalna je emocija u usporedbi sa sramom koji je potpun i sveobuhvatan osjećaj. Osjećaj srama se javlja kada osoba propusti doseći ideale svoga ega i kada je prisiljena prihvatiti sebe inferiornom. Za ljude je krivnja prihvatljivija emocija od srama, jer osjećati se kriv, a ne posramljen, znači „reducirati univerzalno na parcijalno, te dobiti mogućnost kazne, ali i

oprost“ (27). Agresija kao posljedica osjećaja srama oslobađa izvršioca nasilnog čina iskustva srama. Naime, kada je samopouzdanje fatalno povrijeđeno interakcijom s ljudima u okolini, čovjek ne gleda posljedice, jer je „jedini put za ponovnu potvrdu svog povrijeđenog selfa uništenje onih koji su bili svjedoci njegovog uništenja“ (27). No, osjećaj krivnje kao posljedica donošenja pogrešne odluke ima svoje prednosti te čini život lakšim jer postignuta je kontrola, a vraćena sloboda i samopoštovanje. Nasilje može dobiti izraz i verbalnim vulgarnim ispadima i arogancijom u komunikaciji kao izrazom nasilne obrane protiv napada na vulnerabilni self. Evidentno je da je sram emocija koja nosi opsežne implikacije na psihičko funkcioniranje pojedinca i u danim uvjetima može značajno smanjiti kapacitet osobe za suočavanje s realnošću. Uspješnost prevladavanja emocije srama odraz je zrelosti psihičkog aparata osobe i danog naslijeđa iz ranih interakcija s nama značajnim osobama. Izražavanje srama u obliku agresije ima bitnu evakuacijsku funkciju i njihova povezanost u uzročno-posljedičnom odnosu je svojevrsna karika prema uspostavljanju teško povrijeđenog osjećaja samopouzdanja.

TERAPIJSKI PRISTUP NASILNOM POJEDINCU S NAGLASKOM NA MENTALIZACIJI

Tretman nasilnog pojedinca odvija se s ciljem razvijanja punog potencijala za bolje razumijevanje i savladavanje elemenata koji uvjetuju razvitak nasilnog ponašanja kod pacijenta. Jedan od psihoterapijskih pristupa nasilnom pojedincu je i tehnika poboljšanja mentalizacije (MIT) kao i mentalizacijska psihoterapija (MBT) primjenjiva kod pacijenata koji imaju poremećaj mentalizacije. Princip ove vrste terapije temelji se na uspostavi terapijskog saveza unutar kojega postupno nastupaju promjene s ciljem poboljšanja mentalizacije u

bolesnika. Ciljevi takve vrste terapije su poticanje implicitne mentalizacije, koja se najbolje razvija u okviru sigurnog obiteljskog okruženja, eksplicitne mentalizacije, poticanjem self monitoringa, adaptacije na nove okolnosti i probleme te njihovo fleksibilno rješavanje, te poboljšanje afektivne mentalizacije i regulacije u kontekstu sigurnog obiteljskog okruženja i sigurne privrženosti (28). Psihoterapija bazirana na mentalizaciji (*mentalization-based treatment* ili MBT), psihoterapija koja u glavni fokus liječenja stavlja mentalizaciju, jest inicijalno osmišljena kao psihotretman osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti. U međuvremenu se razvijala terapija koja uključuje mentalizaciju kao ključnu komponentu i danas se koristi u tretmanu različitih poremećaja uključujući antisocijalni poremećaj ličnosti, zlorabu opojnih sredstava, poremećaje hranjenja itd. (29). Fokus tretmana baziranog na mentalizaciji sastoji se u stabilizaciji osjećaja vlastitog selfa, nastojanja osnaživanja mentalizacije unutar interpersonalnog konteksta terapije i pomaganju pacijentu da održi optimalnu razinu pobuđenosti tijekom interakcije s drugima. Ishod MBT-a je dosada podržan sa samo dva istraživanja koja su proveli znanstvenici koji su sam tretman i osmislili. Istraživanja su pokazala da MBT smanjuje impulzivne simptome graničnog poremećaja ličnosti uključujući suicidalnost i samoozljeđivanje, te depresiju (30). U MBT-u je bitna refleksivna funkcija terapeuta koja stvara preduvjet za razvijanje bolje samorefleksije u bolesnika, a terapeutove interpretacije odraz su razvoja „treće pozicije“ čime se uvodi triangulacija u simbiotsku prirodu transferno-kontratransfernog odnosa (31,32). Bitno je i da terapeut ne bude preaktivan, odnosno da ne preuzme ulogu razmišljanja i osjećanja umjesto bolesnika kojima bolesnik razvija mentalizaciju. Korisnije je da terapeut jednostavno prati promjene emocionalnih stanja kod bolesnika i da elaborira emocionalno stanje kod bolesnika koje može „trigerirati“ odigravanje (28). Bitna uloga

psihoterapeuta je prihvaćanje i obrada masivnih projekcija koje se razvijaju kao posljedica formiranja *alien selfa* u strukturi ličnosti u kojem se kumuliraju osjećaji bijesa, mržnje i straha. Svrha psihoterapije bazirane na mentalizaciji jest oporavak mentalizacije terapijskim odnosom u kojem se aktivira sustav privrženosti, a internalizira terapeutova briga za pacijenta kojom se u pacijentu povećava kapacitet za razumijevanje i obradu sličnih iskustava kod sebe. U psihoterapijskom radu s agresivnim i destruktivnim pacijentom kojem je naglašena regresivna struktura njegove ličnosti terapeut može imati ozbiljnih problema s kontratransferom. Naime, mehanizmom projektivne identifikacije pacijent u terapeuta ubacuje svoj zdravi dio dok za sebe zadržava regresivnu strukturu koja mu omogućuje lišavanje ega bolnih frustracija. Pacijentov odnos prema terapeutu tada postaje odnos prema zdravom dijelu vlastite osobnosti i tada terapeut ima priliku izravno promatrati što pacijent zapravo sam sebi radi napadajući svoj zdravi dio (terapeuta) kao izvor bolnih frustracija. Ovdje je bitna terapeutova funkcija „integracije zdravog dijela pacijentove osobnosti s njegovim regresivnim dijelom i odolijevanja regresivnim dekompenzacijama i napadima u svrhu onemogućavanja integracije zdravog dijela s regresivnim“ (28). Zbog toga agresivno ponašanje psihotraumatiziranih osoba možemo često smatrati jedinim oblikom komunikacije koji govori o pacijentovu unutrašnjem svijetu pri čemu terapeut ima ulogu da primi u sebe i razmišlja o pacijentovim projekcijama pomažući time i samom pacijentu da razumije, prihvati i integrira. Ovdje govorimo o *acting outu* kojemu je specifična kvaliteta „nakana da se napadne terapija i da se ona učini nemogućom te smješta analitičara u kompromitirajuću situaciju koja uvijek stvara jaki kontratransferni konflikt“ (33). Grupni tretman nasilnika često počinje u grupi regresivne strukture u kojoj članovi grupe ne primjećuju jedni druge, a još ne postoji osjećaj povjerenja i sigurno-

sti među članovima. Postupnim napredovanjem grupnog procesa javlja se jača kohezija i povjerenje među članovima, a grupa na neki način postaje prijelazni objekt za njezine članove, objekt koji im daje osjećaj sigurnosti ali i ovisnosti. Tada se razvija potreba za integracijom zdravog i regresivnog dijela pacijenta u grupnom terapijskom savezu i pokušaj obnove veze sa stvarnošću koja je zbog regresivnog povlačenja na idealizirane objekte odbačena s agresivnim impulsima u svrhu zadržavanja osjećaja sigurnosti i superiornosti koje pruža narcistička, regresivna organizacija, a izbjegavanja osjećaja boli i straha koje sa sobom donosi stvarnost. Rascjep definiran s jedne strane dobrim introjiciranim i idealiziranim objektom, a s druge vanjskim zastrašujućim i proganjajućim objektom, koji grupa doživljava kao odraz svoje regresivne pozicije može se razvojem grupnih procesa u terapiji razriješiti i time dovesti pripadnike grupe do značajnih pomaka u svom odnosu sa stvarnošću (28). U grupnom tretmanu nerijetko su psihoterapijskom tretmanu podvrgnuti traumatizirani bolesnici sa sindromom PTSP-a. U njihovom životu traumatski ih je događaj suočio sa situacijom koja u vrijeme percepcije podiže ekstremnu emocionalnu uzbuđenost, koja ometa neposrednu proradu događaja. „Reprezentacije emocionalnih stanja povezanih s tim stimulusima zadržavaju se u sjećanju zbog njihove posebne kvalitete i zbog teškoća koje otežavaju njihovu asimilaciju uz druge već pohranjene reprezentacije. Mnogi od ovih simptoma, kada se ponovno izlože stimulaciji bilo u individualnoj psihoterapiji bilo u grupnoj areni i zaštićeni terapijskom (grupnom) strukturom i diskrecijom mogu se ponovno proživjeti, pokazati i prepoznati, imenovati i približiti im se i na kraju proraditi ih na način različit od uobičajenog za svakog pojedinca“ (28). S obzirom na čestu udruženost nasilja s poremećajima ličnosti potrebno je na ovom mjestu spomenuti kako se „poremećaji ličnosti mogu liječiti“ (26), a time i nasilje koje se nalazi u kliničkoj

slici poremećaja ličnosti. Uz to, na kraju treba naglasiti da u radu s nasilnim bolesnikom terapeut treba biti empatičan s jedne strane, ali i konzistentan s druge te spreman na poricanje i minimalizaciju nasilnog i antisocijalnog ponašanja kod mnogih bolesnika. Unatoč svemu, terapijska očekivanja trebala bi biti limitirana, ako se u obzir uzme ozbiljna psihopatologija većine nasilnih pacijenata. Ponavljane regresije na primitivna stanja svijesti trebaju se očekivati tijekom dužeg razdoblja liječenja s posljedičnim povećanim rizikom od nasilnog odigravanja. Zbog toga bi uporaba psihofarmakološkog tretmana trebala biti uvijek opcija u namjeri da se bolesniku olakša kontrola afekata i impulsa.

ZAKLJUČAK

Nasilje u današnjem društvu pod zajedničkim nazivnikom obuhvaća cijelu paletu momenata u intersubjektivnim odnosima koji svojim diskretnim oblikom ponekad ni ne odaju psihodinamske korijene koje vuku iz osobnosti aktera koje se promatra. Psihodinamika nasilja u današnjem društvu vuče korijene iz kulturoloških, socioloških i psihopatoloških silnica društva koja svoje putanje križa s adaptivnom sposobnošću pojedinca da se odupre bremenu stvarnosti u kojem živi. Zadatak društva je da prepozna potencijal za nasilje i preventivnom akcijom cijele zajednice djeluje na pojedince sklone nasilju, a poticanjem zdravih odnosa u društvu spriječi razvoj potencijala za nasilje. Govoreći o ulozi negativnih emocija kao što su anksioznost, sram, krivnja, ljutnja, strah u nastanku nasilnog ponašanja, u ovom radu nije spomenuta uloga pozitivnih emocija u njihovom obratu. Pozitivne emocije imaju veliku ulogu u razvoju zdravog pojedinca. Heisterkamp tvrdi da se „radost može smatrati osnovnim oblikom rezonancije. Psihodinamski se na radost može gledati kao na osjećaj komplementaran osjećaju anksioznosti. Dok

anksioznost reflektira psihički distres kod problema sa strukturiranjem, radost je izraz uspješnog strukturiranja. To je osjećaj vlastitog otkrića sebe, novog početka, obnove sebe samoga“ (34). Emocija radosti je sposobna promijeniti učinak svih negativnih emocija. Buechler naziva radost „univerzalnim antidotom“ (35). Upoznavanje samoga sebe korak je dalje od nasilja, a korak bliže kontroli svojih afekata, prepoznavanju svojih slabosti i bliže osjećaju radosti. Zato Fromm kaže: „Radost je ono što osjećamo jače kako se više približavamo cilju da postanemo ono što jesmo“ (36). Osjećaj inferiornosti i srama koji često prati nasilnike, prati i osjećaj beznadnosti. Nada se stječe rano u djetinjstvu kao „osjećaj unutarnjeg uvjerenja koji se razvija u odnosima sa najvažnijim ljudima u životu, koji nas uvjeravaju da su podrška i potpora predominantne,

a ne povreda“ (37). Osjećaj nade, da će čak i najveća patnja proći uz realna očekivanja od života, te spremnost za odricanje od nekih želja, a prihvaćanje drugih aspiracija koje život donosi emocija je koja oponira razvoju nasilja i umanjuje učinke negativnih emocija. I naposljetku humor, kao oblik zrele obrane, blage ironije i svjesnosti o prolaznosti i konačnosti života, omogućava oslobođenje od iluzija i otvorenost prema drugima. Razvoj zdravog i nenasilnog, tolerantnog i progresivnog društva ovisi o kapacitetu zajednice za promicanje zdravih emocija razvojem kohezije, smanjivanjem predrasuda te nultom tolerancijom za nasilno ponašanje. Zajedničkom akcijom svih pripadnika zajednice, aktivnim stavom prema suzbijanju nasilja i obratom vrijednosti koje u društvu vladaju nasilje može postati manji problem nego što je to sada.

LITERATURA

1. Glasser M. On violence: A preliminary communication. *Int J Psycho-anal* 1998; 79: 887-902.
2. Mizen R. A contribution towards an analytic theory of violence. *J Anal Psychol* 2003; 48: 285-305.
3. Perelberg RJ. Narcissistic configurations: violence and its absence in treatment. *Int J Psycho-anal* 2004; 85: 1065-79.
4. Meltzer D. The problem of violence. The apprehension of beauty: the role of aesthetic conflict in development, art and violence. Strath Tay Perthshire: Clunie Press, 1988.
5. Liu J, Wuerker A. Biosocial bases of aggressive and violent behavior-implications for nursing studies. *Int Jo Nursing Studies* 2005; 42: 229-41.
6. Ajarem JS, Ahmad M. Prenatal nicotine exposure modifies behavior of mice through early development. *Pharmacol, Biochem, Behav* 1998; 59: 313-8.
7. Stoff DM, Breiling J, Maser JD. *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 1997.
8. Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 417-34.
9. Olds D. Tobacco exposure and impaired development: a review of the evidence. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Res Rev* 1997; 3: 257-69.
10. Roebuck TM, Mattson SN, Riley EP. Behavioral and psychosocial profiles of alcohol-exposed children. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 1070-6.
11. Delaney-Black V, Covington C, Templin T i sur. Teacher-assessed behavior of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics* 2000; 106: 782-91.
12. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 984-8.
13. Pine DS, Shaffer D, Schonfeld IS, Davies M. Minor physical anomalies: modifiers of environmental risks for psychiatric impairment? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 395-403.
14. Raine A, Lencz T, Bihrl S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 119-27; discussion 28-9.
15. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL. Serotonin function and antiaggressive response to fluoxetine: a pilot study. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 546-52.
16. Anderson GS. *Biological influences on criminal behavior*. Boca Raton, Fla.: CRC Press, 2007.
17. Maliphant R, Watson SA, Daniels D. Disruptive Behaviour in School, Personality Characteristics and Heart Rate (HR) Levels in 7- to 9-year-old Boys. *Educ Psychol* 1990;10: 199-205.
18. Volkan VD. Large-group psychodynamics and massive violence. *Ci ncia & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 303-14.
19. De Gruchy JW. *Reconciliation: restoring justice*. Minneapolis: Fortress Press; 2002.

20. Siassi S. Forgiveness, acceptance and the matter of expectation. *Int J Psycho-anal* 2007; 88: 1423-40.
21. Urlic I. Trauma and Reparation, Mourning and Forgiveness: The Healing Potential of the Group. *Group Analysis* 2004; 37: 453-71.
22. Freud S. On murder, mourning, and melancholia. London; New York: Penguin Books, 2005.
23. Perelberg RJ. Psychoanalytic understanding of violence and suicide. London; New York: Routledge, 1999.
24. Maltzberger JG, Buie DH. 'The devices of suicide'. *Int Rev Psychoanal* 1980; 7: 61-72.
25. Harding C. Agression and destructiveness: psychoanalytical perspectives. London and New York: Routledge, 2006.
26. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur. Sram i poremećaji ličnosti. U: Raič A, ur. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
27. Nauta R. Cain and Abel: Violence, Shame and Jealousy. *Pastoral Psychol* 2009; 58: 65-71.
28. Rudan V, Marčinko D i sur. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
29. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1355-64.
30. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
31. Green A. On private madness. London: Hogarth Press, 1986.
32. Kernberg OF. The nature of interpretation: intersubjectivity and the third position. *Am J Psychoanal* 1997; 57: 297-312; discussion 3-6.
33. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac books, 2005.
34. Heisterkamp G. Is psychoanalysis a cheerless (Freud-less) profession? Toward a psychoanalysis of joy. *Psychoanalytic Quarterly* 2001; 70: 839-70.
35. Buechler S. Making a difference in patients' lives: emotional experience in the therapeutic setting. New York: Routledge, 2008.
36. Fromm E. To have or to be? New York: Harper & Row, 1976.
37. Erikson EH. Insight and responsibility; lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight. New York: WW Norton, 1964.