

CZU: 159.9:94+314.7.045

PERSPECTIVE PSIHANALITICE ASUPRA DIMENSIUNILOR TRAUMATICE ÎN DEPORTĂRI

*Zinaida BOLEA, Anatol NACU**

Universitatea de Stat din Moldova

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”*

În articol este prezentată o perspectivă psihanalitică asupra fenomenului deportărilor. Autorii analizează conceptele de traumă, doliu, transmitere transgenerațională a traumei, asociindu-le realităților psihice caracteristice deportărilor. La fel, sunt analizate resursele psihologice și sociale care permit descendenților persoanelor deportate să inițieze un parcurs psihoterapeutic de elaborare a traumei aferente deportărilor. Ipotezele prezentate în articol sunt formulate în baza analizei lucrului psihoterapeutic de sorginte psihanalitică realizat cu descendenți ai deportaților, fiind prezentate două viniete clinice.

Cuvinte-cheie: traumă, doliu, transmitere transgenerațională, mentalizare.

LES PERSPECTIVES PSYCHANALYTIQUES DE LA DE LE DIMENSION TRAUMATIQUE DANS LES DEPORTATIONS

Dans cet article est décrite une perspective psychanalytique de phénomènes de déportations. Les auteurs analysent les concepts de traumatisme, de deuil, de la transmission transgénérationnelle du traumatisme et les associes avec les réalités psychiques spécifiques à la déportation. Également, sont analyser les ressources psychologiques et sociales qui permet aux descendants de personnes déportés initialiser un parcours thérapeutique d'élaboration du traumatisme affilier aux déportations. Les hypothèses présentés dans l'article sont formuler sous la base de l'analyse de travail psychothérapeutique psychanalytique réalisé avec les descendants de déportes, sous la base de deux vignettes cliniques.

Mots-clés: traumatisme, deuil, transmission transgénérationnelle, mentalisation.

Actualitatea problemei

Introducere

Psihanaliza are privilegiul deosebit de a putea urmări procesele psihice inaccesibile conștiinței și de a vedea evoluția și consecințele lor de-a lungul generațiilor. Dacă gândim din perspectivă psihanalitică fenomenul deportărilor, înțelegem că acestea nu s-au terminat odată cu reabilitarea persoanelor deportate. Consecințele lor continuă și astăzi în actele noastre inconștiente la nivelul organizării sociale și individuale. Ceea ce se întâmplă astăzi în societate la nivelul psihologiei maselor are legături semnificative cu evenimentele cu mare încărcătură afectivă din perioadele turbulente ale țării noastre.

Conceptul de traumă

Hartke (2005) dă următoarea definiție a traumei: „Numim un eveniment traumatic acel episod, care într-o perioadă relativ scurtă de timp aduce în viața psihică un asemenea surplus de excitație, încât este imposibilă suprimarea ei sau asimilarea ei pe căile obișnuite, care sunt la dispoziția noastră, ceea ce aduce ca efect tulburări durabile în funcționarea energetică” [1].

La Freud aspectul economic al excesului de excitație este elementul esențial și indispensabil al traumei. În *Introducere în psihanaliză* (1916-1917) Freud clarifică termenul „traumatic”, menționând că nu are alt sens decât cel economic [2].

În aceeași ordine de idei, Botella (2001 *apud* Hartke, 2005) susține că drept model al unei situații traumatice poate fi luată trauma infantilă, pentru care non-reprezentarea este trăită de Eu ca un exces de excitație. Din perspectiva autorului, nu pierderea obiectului, ci pierderea reprezentării obiectului constituie experiența de moarte a ființei umane [3].

În 1920 Freud menționează că excesul traumatizant este inițial atribuit excitațiilor externe din cauza efracțiunii, a depășirii funcției de parare a excitației. Freud menționează despre distructivitatea care se transmite prin generații încă în prima parte a operei sale, până la elaborarea celei de-a doua Topici. Ulterior această ipoteză este aprofundată, astfel că Lebovici (1999) susține că traumatismele se transmit prin generații sub forma unui „mandat transgenerațional” [4].

Hartke (2005) numește traumatică o situație ce aduce în relația analitică o intensitate și calitate a emoției care depășesc capacitatea de conținere a cuplului analitic, astfel că se creează la unul sau la ambii participanți o perioadă de dementalizare. Prin dementalizare Hartke înțelege o defecțiune a funcțiilor mentale necesare transformării impresiilor senzoriale și emoțiilor brute în experiență mintală, continuând aici conceptul de *funcție alfa* al lui Bion (1962). Din perspectivă bioniană, trauma poate fi conceptualizată ca o acumulare de elemente beta sau obiecte bizare, ca urmare a afectării funcției alfa a subiectului. Hartke (2005) susține că dementalizarea apare ca o formă radicală de apărare contra unei experiențe emoționale a unui eveniment relațional trăit ca intolerabil [5].

Caracteristici ale doliului

Traumatismul aduce cu sine problematica morții și a urii, incertitudinea viitorului. În același timp, depășirea impactului traumatic este imposibilă fără a organiza doliul față de situație și de persoanele cu care au fost confrunțați subiecții în traumatism.

Volcan (1988 *apud* Granek, 1988) enumeră situațiile care fac imposibil travaliul doliului:

- neputința totală de mobilizare a resurselor interne față de oroarea traumatismului, ceea ce-l determină pe subiect să se agațe disperat de obiectele externe;
- externalizarea durerii poate pune viața în pericol; așadar, tăcerea devine o necesitate vitală – astfel se constituie o conflictualitate paradoxală prin faptul că lucrul doliului presupune exteriorizarea sentimentelor;
- duritatea evenimentelor traumatice face imposibil procesul de iertare și uitare, realități psihologice indispensabile finalizării unui travaliu al doliului;
- blocarea travaliului de doliu determină identificarea subiectului cu alte persoane care au suferit același lucru;
- elaborarea doliului este îngreunată și de culpabilitatea supraviețuitorilor care nu permite subiectului să recunoască agresivitatea inconștientă proprie față de cei dispăruți [6].

Realitățile psihologice individuale și colective au dovedit că lipsa accesului la un proces de doliu are consecințe sociale și politice. Un grup care se simte persecutat transmite descendenților suferința prin care a trecut și descendenții încearcă să recreeze simbolic sau concret evenimentele traumatice pentru a transforma pasivitatea în activitate.

Resurse psihoterapeutice în lucrul cu descendenții persoanelor deportate

Efracțiunea traumatică, subliniază Anzieu-Premmereur (2002), are ca primă consecință ruptura temporalității interne și de aici reinstalarea spațiului psihic este condiția fundamentală a schimbării terapeutice [7].

Silvia Amati Sas (2002) vorbește despre dificultatea de a lucra cu persoanele trecute prin traumatisme sociale grave. Într-un moment dat psihanalistul realizează că el însuși face parte din acea lume sau ar trebui să facă parte – lume care este plină de cinism, de violență extremă și care transformă ființa umană în lucru, în material. Autoarea menționează că participarea inconștientă a psihanalistului implică atât rolul de victimă, cât și cel de torționar [8].

Baranger (1987 *apud* Amati Sas, 2002) relatează despre rolul obiectului salvator în traumatism – „acest obiect, care necesită să fie salvat, el însuși ne salvează de traumatism”. Prin urmare, un factor important în procesul de supraviețuire psihică și rezistență la această alienare colectivă este capacitatea individului de a păstra un spațiu subiectiv propriu. Acest spațiu subiectiv poate fi construit, de exemplu, pe grija față de cei apropiați, față de copii. Obiectul care trebuie salvat nu poate fi reprimat sau refulat în perioada traumatică, iar prezența lui poate da sens prezentului sau viitorului în situația traumatică, întrucât caracteristica acesteia este legată anume de lipsa de sens, menționează autorul citat. În consecință, resursa psihologică de bază o constituie legăturile și obiectele interne care rămân vii în atmosfera mortiferă a traumatismului. De aici derivă importanța acordată în munca psihoterapeutică aspectelor libidinale legate de relațiile obiectuale care se vor manifesta în relația transfer-contratransfer.

O situație paradoxală cu care ne putem confrunța în psihoterapia psihanalitică a celor deportați este rușinea. Sentimentul acut de rușine poate veni din respingerea colectivă, din stigmatizarea cu statutul de „dușman al poporului”, inducând un mesaj alienant de vină și de condamnare fără crimă.

Analizând dimensiunea traumatică, Amati Sas (2002) a încercat să descrie diferite motive ale rușinii analistului în contratransfer, prin identificarea acestuia cu rușinea pacienților care au trecut o situație traumatică gravă:

- rușine prin identificarea pacientului cu sentimentul său de eșec în intenția de a se păstra, a se menține pe sine însuși;
- rușine în raport cu scenariul pervers, de viol, de abuz, de omor care ar putea deveni familiare;
- rușine de a fi antrenat în lucruri detestate fără voce: „De ce eu?”;

- rușine privind actul de banalizare „științifică” a înțelegerii tuturor celor întâmplate;
- rușine privind transmiterea altora a convingerilor sale care îi implică pe ceilalți în traumatismul social; această transmitere implică ruptura sentimentului de inocență pe care fiecare vrea să-l păstreze pentru sine [9].

Vinar (2005) menționează că o provocare pentru lucrul terapeutic este gândirea spațiului între experiența traumatică cu toată avalanșa ororii, siderarea subiectului și povestirea experienței traumatice ca una reprezentabilă, care poate fi povestită unei a treia persoane în terapie. Această ruptură între experiență și reprezentarea ei, între ceea ce s-a trăit și ce a fost povestit este constitutivă pentru elaborarea experienței traumatice. Restabilirea temporalității, legarea trecutului cu viitorul, ultimul reinsertat în cursul general al propriei istorii, depășind experiența grea – se numără printre obiectivele ce trebuie atinse în lucrul psihanalitic [10].

Analiza materialului clinic

În baza metodei calitative a studiului de caz, au fost cercetate unele aspecte psihologice care i-au determinat pe descendenții deportaților să apeleze la ajutor psihoterapeutic, problemele actuale ale acestor pacienți fiind legate de evenimente importante care s-au petrecut cu membrii familiilor lor cu două sau trei generații mai devreme.

Vinietă clinică I. Este vorba de o pacientă care vine din a patra generație de deportați. Unica ședință din primul an al terapiei în care pacienta a plâns fără să se oprească a fost cea în care a vorbit despre istoria deportărilor în familia ei. Străbunelul său a fost deportat fiind considerat „chiabur”, iar străbunica a rămas cu trei copii mici. În casa încăpătoare și frumoasă a străbunicilor a fost deschisă școala din sat. Ei au rămas să trăiască într-o odaie din casă. Pacienta spune că străbunica a fost obligată să devină dură, să se mobilizeze pentru a supraviețui, astfel fără a oferi multă tandrețe și căldură fiicelor. Străbunelul trimitea scrisori acasă pentru a menține legătura cu familia, până în momentul în care trei indivizi de la primărie au decis să-i scrie că familia lui a decedat. Pacienta spune că soarta acestor persoane nu a fost fericită: unul a decedat în accident rutier, altul a murit de cancer, al treilea devenise dependent de alcool. Peste mulți ani străbunelul, care între timp se recăsătorise, reveni la baștină ca să vadă mormintele soției și copiilor și află că toți sunt în viață. Emoționat de această realitate, a vrut să ia cel puțin un copil cu el în Siberia, unde deja se adaptase, dar toți au refuzat. Străbunelul plecă în Siberia, iar peste o lună făcu un atac de cord mortal. Pacienta identifică asociativ două caracteristici, derivate din traumatismul deportărilor, care s-au conturat de-a lungul generațiilor la femeile din familia ei: duritatea acestora și lipsa de încredere în bărbați. Se referă în primul rând la mama sa, care este o femeie de acțiune, care a atins succese importante în carieră și care îl critica permanent pe tata și nu avea niciodată încredere în el. Ca rezultat al acestor conflicte, părinții s-au despărțit. Urmează în lanțul ei asociativ bunica, cea care a fost îndemnată de tata ei să meargă cu el în Siberia. Bunica și-a ales și ea un soț lipsit de caracter, care petrecea mult timp la serviciu, fiind nevăzut și neuzit acasă. Acum fiind medic, pacienta este acuzată de duritate, lipsă de empatie, fiind foarte operațională în funcționarea ei mentală. S-a căsătorit cu un bărbat care petrece trei-patru zile pe lună acasă, în rest este în deplasări. A venit în terapie pentru a decide parcursul ei ulterior: să continue profesional o activitate care nu-i aduce foarte multă satisfacție, dar îi garantează o viață asigurată și independența față de soț sau să meargă profesional în ceva ce-i place, dar să depindă de soț și să-și asume eventualele riscuri legate de acest lucru. Astfel, lupta se dă între depășirea moștenirii familiale transgeneraționale legate de trecut și motivele ce țin de aspirațiile persoanei. „Bărbaților li se poate întâmpla orice, ea poate conta numai pe sine” este motto-ul acestei paciente.

Vinietă clinică II. Pacientul, un bărbat de 40 de ani, după plecarea peste hotare și mai mulți ani de viață asigurată, a decis să revină în țară pentru a fi alături de mama sa. Bunicul său matern a fost deportat. Își califică revenirea în țară drept un sacrificiu, care a fost mai târziu conștientizat și lucrat în terapie. Relația cu mama este una particulară, mama evocând de mai multe ori asemănarea deosebită a pacientului cu tatăl ei deportat și decedat în Gulag. Culpabilitatea transmisă din relația mamei sale cu bunicul – aceasta fiind în plină conflictualitate oedipiană atunci când tatăl ei a fost exilat, a condiționat mai multe decizii luate de pacient în viața lui. Aceste decizii erau influențate inconștient de tendința spre activitate excesivă cu imperativul de a ocupa funcții înalte pentru a corespunde așteptărilor inconștiente ale mamei, așteptări care erau legate de imaginea tatălui ei deportat. În acest caz, presupunem existența unei culpabilități inconștiente față de mama, venită din trăirile ei inconștiente legate de cele întâmplate cu tatăl său și încercarea inconștientă a pacientului de a repara ceea ce i s-a întâmplat mamei. Activitatea socială și creșterea în carieră coincideau cu imaginea bunelului care fusese un lider în comunitate.

Concluzii

În baza viniștelor clinice putem presupune că elaborarea traumatismului deportărilor reprezintă un travaliu de lungă durată, iar în majoritatea cazurilor inițiativa unei confruntări psihoterapeutice cu aceste evenimente le revine descendenților. Din viniștele prezentate vedem că doar la a treia sau a patra generație de deportați persoanele se decid să întreprindă un lucru psihoterapeutic personal pentru a încerca integrarea istoriei personale într-o filiație familială transgenerațională. Bineînțeles, această deschidere a ultimei generații spre un demers psihoterapeutic este precedată de un proces lent de metabolizare/mentalizare a traumatismului de către generațiile precedente. Această metabolizare este legată, pe de o parte, de tendințele libidinale și relațiile obiectuale care permit depășirea suferinței traumatice, iar, pe de altă parte, de revenirea în timp a capacităților de mentalizare, blocate de traumatism. Cererea terapiei este motivată inconștient de dorința de a scăpa de destinul programat în virtutea automatismului transmiterii transgeneraționale a traumei.

Anume siderarea psihică care însoțește traumatismul îngheață temporalitatea și activitatea de legătură a proceselor secundare. Una dintre ipotezele care poate fi formulată prin prisma abordării psihanalitice a traumei se referă la excitația debordantă ce însoțește trauma și care nu permite asocierea și reorganizarea reprezentărilor simbolizabile. De aici derivă dificultatea primelor generații de a întreprinde un lucru personal de conștientizare și elaborare a traumei.

Referitor la specificul cadrului de asistență psihoterapeutică, trebuie menționată absența specialiștilor psihanalisti în perioada sovietică, existând în acea perioadă cu precădere specialiști în domeniul sugestiei, al așa-numitei terapii „raționale”. Cunoaștem că specificul terapiilor raționale ține de ignorarea esenței problemei și se încearcă ținerea sub control a excitațiilor nementalizate legate de traumatism.

Referindu-ne la tematica deportărilor, este important să subliniem că nu doar victimele deportărilor trăiesc suferința traumatică. De asemenea, persoanele implicate în asistența regimului represiv sunt atinse de calvarul organizat și se organizează ulterior pentru a se pedepsi inconștient în diferite feluri (vinișta clinică II). Pentru a putea participa în exterminări și deportări, este necesară obținerea unui conformism intern, a unui acord intern de a face ceea ce este inadmisibil. Pentru aceasta este necesară prezența psihică a dictatorului, care se asociază cu imaginea tatălui sau/și a mamei arhaice și cărora li se deleagă funcțiile interdictive și permissive ale Supraeului. Deposedată de propriul Supraeu, persoana este capabilă, în numele cauzei comune schițate de dictator, să comită cele mai grave crime, fiind conștientă că face ceva bun pentru omenire, popor, societate. Prin urmare, ne întrebăm care sunt resorturile psihice ale descendenților torționarilor pentru a întreprinde un lucru terapeutic, fiind și ei supuși influenței traumatizante a acțiunilor pe care le-au făcut membrii familiei lor. Credem că diverse mecanisme de apărare, cum ar fi negarea sau raționalizarea, pot împiedica accesul la un travaliu terapeutic.

Referințe:

1. HARTKE, R. La situation traumatique fondamentale dans la relation analytique. En: *Revue Française de Psychanalyse*, 2005, no4.
2. FREUD, S. *Introducere în psihanaliză*. București: Trei, 2004.
3. Ibidem.
4. LEBOVICI, S. *Arborele vieții*. București: Editura Fundației Generația, 2005.
5. Ibidem.
6. GRANER, M. Malaise dans la civilisation après Auschwitz. En: *Revue Française de Psychanalyse*, 1988, no6.
7. ANZIEU-PREMMEREUR, C. Après le 11 septembre 2001 à New York. En: *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, no3.
8. AMATI SAS S. Situations sociales traumatiques et processus de la cure. En: *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, no3.
9. Ibidem.
10. VINAR, M.N. La spécificité de la torture comme source de trauma. Le désert humain quand les mots se meurent. En: *Revue Française de Psychanalyse*, 2005, no4.

Prezentat la 09.12.2016