

## Seminarul De/spre psihoterapiei psihanalitice scurte FROPP - 2023

### Tema 4

#### Asemănări și deosebiri de abordări tehnice între PPLD și PPSD Despre transfer/contratransfer (sinteză)

Mihai Corciova

În perioada de început, când psihanaliza nu era încă psihanaliză, atunci când Freud împreună cu Breuer lucrau asupra tratamentului isteriei, transferul era inițial perceput ca o experiență deranjantă și, uneori, chiar dureroasă, care împiedica tratamentul. Se considera că acesta interferă, în sens negativ, cu tratamentul, stând în calea evidențierii traumelor inconștiente. Ca reacție, precum și prin dezvoltarea unor tehnici de abordare mai elaborate, apare o retragere a terapeutului în neutralitate, acesta trebuind să devină, pentru pacient, ca și un ecran alb. În acest fel apare percepția abordării rece, aproape chirurgicală care era percepută ca o condiție a unui tratament de succes.

Pe măsură ce Freud a examinat acest fenomen, a înțeles că reacțiile emoționale ale pacientului față de analist sunt o modalitate de a înțelege nevroza pacientului și poate fi un instrument terapeutic. El a început să înțeleagă manifestările transferului ca niște repetiții ale unor relaționări disfuncționale din trecut, această înțelegere contribuind la formularea complexului lui Oedip. Odata ce sunt recunoscute și aduse la lumină constelațiile inconștiente, procesul de a lucra prin transfer (working through in the transference) a fost și a rămas un element central muncii analitice.

Transferul, în concepția lui Freud, se referă la următoarele aspecte:

1. Este generat de părți ale impulsurilor libidinale care nu au fost exprimate și/sau sunt inconștiente;
2. Transferul din analiză se poate exprima la fel de puternic și în afara ei, diferența fiind că este un subiect de studiu;
3. Este cea mai puternică reprezentare a unei rezistențe;
4. Poate fi pozitiv sau negativ;
5. În varianta pozitivă poate fi de tip afectuos, fiind atunci un aliat al tratamentului sau de tip erotic și agresiv, care necesită rezolvare prin interpretări;
6. Dacă transferul este predominant negativ, succesul terapiei este problematic;
7. Insight-ul pacientului legat de transfer îl ajută să nu mai recreeze repetițiile, devenind element central al tehnicii terapeutice.

Prin această perspectivă se poate înțelege de ce, deși un pacient vine cu motivația de a-și rezolva o problemă, el va opune o rezistență terapeutului - simptomul reprezentând o stare de echilibru care, deși este neplăcută, este cunoscută. Încercarea de a modifica acest echilibru poate declanșa o reactualizare/reacutizare a unui conflict care a fost stabilizat în acest fel. Altfel spus, funcția rezistenței este de a ține conflictul în inconștient și se poate manifesta prin diferitele forme de transfer.

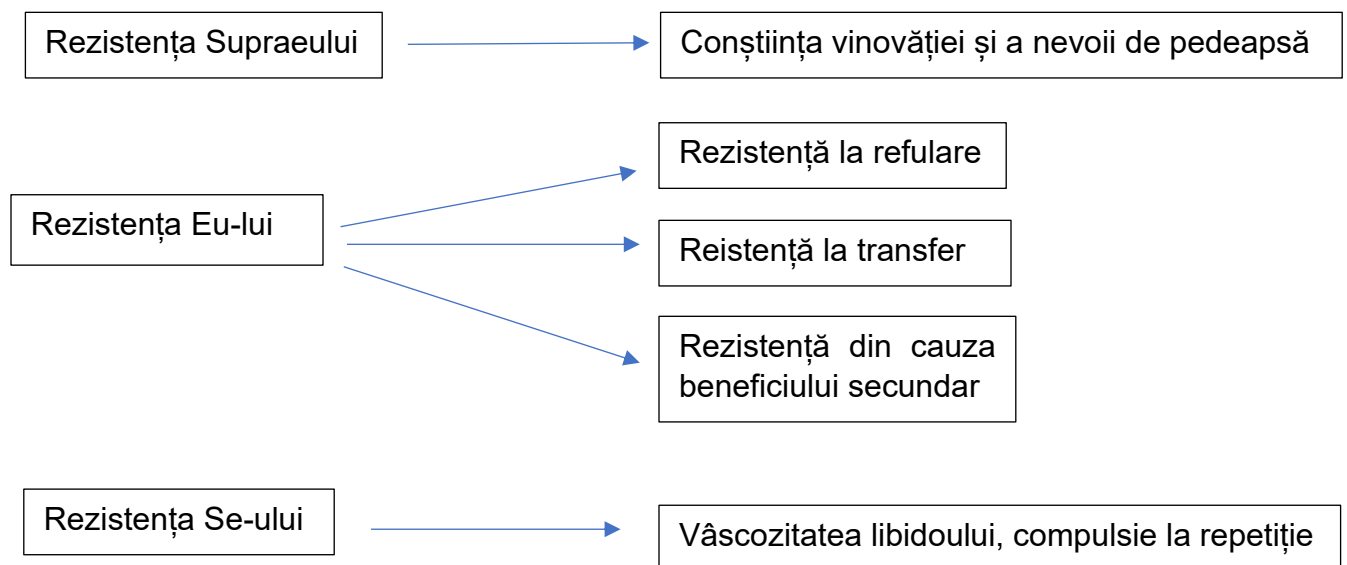
Prin prisma lui Freud transferul era de la o figură parentală către analist și îl considera o nevroză care trebuia vindecată.

S. Freud descrie în Dinamica Transferului, existența a trei surse de rezistență:

- nevroza însăși – definită ca o realocare libidinală a dorinței în simptom care, prin fantasmă, satisface dorința de bază. Atingerea simptomului în terapie duce la regresie și la fantezme nevrotice care, inconștient, sunt evitate;
- tendința de a proteja nevroza de a fi descoperită;
- transferul în sine, fără obiect, admis de sistemul conștient, care este calea de succes.

Manifestarea rezistenței poate lua diferite forme, dintre care sunt menționate: tăcerea susținută, lipsa de punctualitate, absențe, schimbare frecventă a subiectului, agresivitate, contestarea terapiei/terapeutului.

Freud descrie posibile rezistențe prin prisma teoriei structurale



Gill (1982) clarifică faptul că o apărare este un conflict intrapsihic iar rezistența un concept interpersonal și concluzionează că toate rezistențele sunt rezistențe de transfer. Prin această perspectivă transferul nu este o sursă a rezistenței ci mijlocul de exprimare a rezistenței astfel încât analiza transferului este analiza rezistențelor.

Discutând despre transfer nu putem să nu menționăm termenul de regresie, termen perceput de Freud ca un mecanism de apărare care constă în retragerea eului într-o etapă anterioară de dezvoltare. Acest termen și înțelegerea sa au reprezentat baza pentru alte concepte, de ex.: regresie anaclitică – Khan 1960, regresie benignă și malignă – Balint, 1968, regresie în serviciul Eu-lui – Kris, 1952, regresie în serviciul dezvoltării – Blos, 1968, regresie în serviciul progresiei – Balint, 1968, regresie în serviciul celuilalt – Olinick, 1969 precum și discuții legate beneficiul acestuia, modalitatea de

măsurare a regresiei optime (1958) sau, în 1999, îndoieli cu privire la eficacitatea acesteia în terapie.

În ceea ce privește contratransferul, emoțiile pe care le percepe terapeutul despre pacient, Freud a considerat că ele există din cauza problemelor/dificultățile personale precum și a emoțiilor inconștiente ale terapeutului.

Ulterior, Sandor Ferenczy nu agreează perspectiva prin care terapeutul este un ecran alb, neutru, considerându-l pe acesta o persoană cu diferite stări de dispoziție, simpatii, antipatii și impulsuri care permit o înțelegere a aspectelor psihice ale pacientului. El pune accent pe empatia analistului (1928), sugerând ca acesta să urmeze direcțiile în care merge pacientul, fără a renunța la punctul sau de vedere dictat de experiența sa analitică. El a mers mai departe propunând chiar o analiză mutuală între pacient – analist. Aceasta abordare reprezintă o încercare timpurie a lui Ferenczy de a înțelege și a folosi contratransferul.

Conform lui, atât transferul cât și contratransferul trebuie redefinite, transferul nefiind numai rezultatul unui proces endopsihic autonom ci și rezultatul unor percepții reale. De asemenea, transferul nu mai este privit numai prin prisma relației oedipiene, devine importantă și relația timpurie mamă – copil. În ceea ce privește contratransferul, Ferenczy spune că analistul trebuie să-și monitorizeze permanent contratransferul, să-și recunoască variațiile emoționale, oricât de minore, în relație cu pacientul, și să admită greșelile și gafele comise și să le discute în mod sincer cu pacientul.

Ferenczy descrie trei faze ale luării în stăpânire a contratransferului. Prima fază - extazul lunilor de miere, când analistul este „la kilometri distanță de a lua măcar în considerare contratransferul, cu atât mai puțin de a-l ține în frâu” (Ferenczy, 1919). Analistul transformă interesele pacientului în interese proprii, și este surprins când un pacient ale cărui speranțe iraționale au putut fi trezite de comportamentul analistului, trece brusc la cereri pasionale, bazate pe interpretarea corectă a tendinței inconștiente subiacente a analistului. A doua fază, de rezistență la contratransfer, este caracterizată de o mare anxietate. Analistul poate aluneca în cealaltă extremă și poate deveni prea „abrupt și l-ar putea respinge pe pacient”, o atitudine care ar putea întârzia dezvoltarea transferului. În a treia fază, în care controlul contratransferului este dobândit în mod adecvat, analistul poate să „se lase în voia emoțiilor” în timpul tratamentului deoarece „gardianul stabilit” pentru a controla contratransferul semnalează imediat ori de câte ori sentimentele analistului față de pacient tind să depășească limitele corecte, în sens pozitiv sau negativ.

Otto Rank pune și el accent pe transfer referindu-se în mod special la legătura primară a copilului cu mama sa și nu la manifestări de origine sexuală sau agresive legate de pulsuni sau instincte.

Elevul lui Ferenczy, Balint, subliniază faptul că pacientul trebuie lăsat să-și găsească propriul drum, un terapeut care ar fi, de ex., o mama prea bună, ar putea deturna sensul terapiei. Tot Balint (1939) se opune ideii de analist impersonal aducând și ideea de stiluri analitice care depind de personalitatea analistului, fără a contraveni tehnicii psihanalitice. În ceea ce privește contratransferul, el vede analistul nu ca pe o persoană lipsită de viață

ci ca pe o persoană care reflectă pacientul în întregul său, indiferent cât de mult s-ar dezvălui prin comportamentul său analitic. Rolul analistului, din punctul său de vedere, este de a păstra tensiunea psihanalitică la un nivel optim sau aproape de acesta.

Winnicott este cel care ne spune (circa 1940) - "Nu există doar copilul - There is no such thing as a baby", referindu-se la faptul că niciun copil nu există per-se ci într-o relație cu persoanele de îngrijire. Similar, conceptele de transfer/contratransfer le vede ca pe o relație între pacient/analist și în care amandoua joaca un rol central în terapie.

Melanie Klein (1946) a dus mai departe ideea că transferul este o repetiție a vieții psihice și o expresie a fantasmelor inconștiente care, de multe ori sub formă deghizată, necesită descifrarea de către analist. Clinic consideră că există o strânsă legătură dintre transfer/contratransfer și proiectarea stărilor, primitive sau corespunzătoare stadiilor următoare de dezvoltare ale minții, asupra analistului, văzând aceste stări ca și o memorie emoțională. De asemenea ea și a fost prima care a pus accentul pe importanța analizei transferului negativ. Cu toate acestea ea nu a acceptat în totalitate importanța contratransferului susținând că ar exista pericole ca o interpretare făcută din poziția analistului și a subiectivității sale să fie inadecvată. Cu toate acestea, Bion (1952) valorizează contratransferul definind-ul ca o situație în care analistul se află în rolul obiectelor interne ale pacientului gândindu-le și nedându-le curs.

Heimann (1950) extinde conceptul de contratransfer incluzând în acesta și sentimentele percepute de analist pe parcursul ședințelor. În același timp el demitizează conotațiile sale negative și îi dă un loc central în practica psihanalitică.

Fromm/Reichmann (1950), Racker (1953) au constatat faptul că datele furnizate de contratransfer furnizează, de fapt, informații utile despre pacient și despre ceea ce se întâmplă în procesul analitic recunoscând, în același timp, faptul că unele aspecte, cum ar fi petele oarbe, coluziunile, nu ar putea fi dăunătoare pacientului.

Racker (1953/1957/1958) sparge structura monolitică a contratransferului, divizându-l în două, direct și indirect, cel direct reprezentând răspunsul emoțional al analistului față de pacient, cel indirect răspunsul față de cineva important pentru pacient. Contratransferul direct include două categorii, concordant și complementar. Cel concordant include rezonanța analistului cu conflictele trăite de pacient, eventual conflicte similare trăite de acesta. Contratransferul complementar se referă la identificările inconștiente ale analistului cu părți proiectate din structura psihică ale pacientului.

Alte caracteristici ale conceptului sunt legate de intensitate (de la mediu la sever), de durată (acut sau cronic) și de vizibilitatea clinică (grosier sau subtil – mini-contratransfer).

Creșterea utilizării contratransferului coincide cu elaborarea conceptului klainian de identificare proiectivă, privită ulterior atât din perspectivă normală cât și patologică.

Actul de „a prelua transferul“ (the act of “taking the transference”) presupune că noi urmăm, și nu conducem pacientul în parcursul lui emoțional intern. Funcția analitică ne cere o flexibilizare a granițelor dintre noi și obiectele interne ale pacientului menținând, în același timp, capacitatea Eu-lui de a implementa funcția noastră interpretativă.

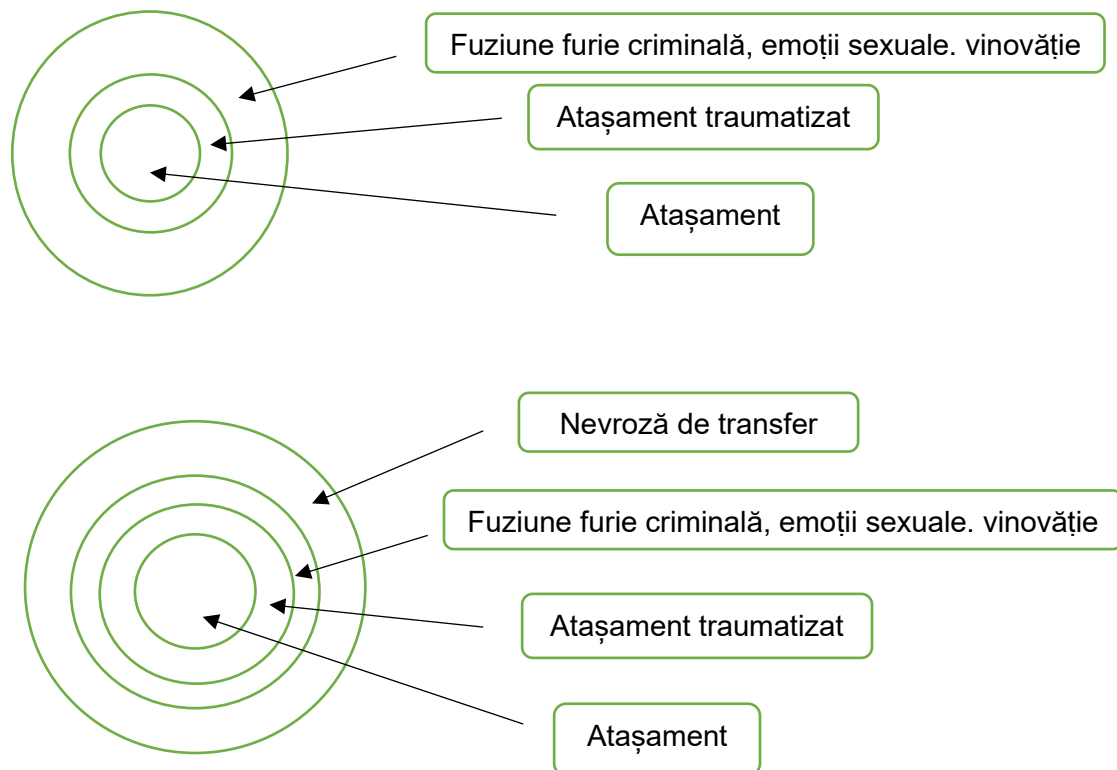
În același timp, încercarea de a mima „un ca și cum” (“as-if-ness”) am fi empatici poate fi resimțită de pacient ca și falsitate și ar putea crește emoțiile de tip persecutor precum și apărările acestuia. Pe de altă parte, atunci când analistul intră prea adânc în emoțiile pacientului, riscă să resimtă propria vulnerabilitate, deschizându-se poarta amintirilor refulate, relațiilor și identificărilor noastre cu propriile figuri de referință.

Conceptul de contratransfer, pornind de la poziția clasică de conflicte nerezolvate ale analistului, s-a modificat și a început să fie privit prin poziția kleiniană, și anume că este creația pacientului, în special în rândul analiștilor care lucrează cu pacienți cu regresii profunde, borderline sau psihotici.

Odata cu apariția curentelor relaționale și intersubiectiviste atât transferul cât și contratransferul au fost văzute ca și fenomene de co-creație.

Cercetările lui Davanloo legate de nevroza de transfer încep din 1970 continuându-se de-a lungul anilor. El porneste de la constatarea că mulți foști pacienți ai unor terapeuți au ieșit din terapie suferind în continuare de o nevroză de transfer. Prezența unei nevroze de transfer care nu a fost vindecată conduce către o deteriorare a sistemului de apărare inițială a pacientului. Adăugarea unui sistem morbid de apărări, nevroza de transfer face sistemul original de apărări nefuncțional și, prin aceasta, nucleul de furie ucigașă, vinovăție/sexualitate inaccesibil.

### Nuclee Fuzionale



Davanloo consideră că nevroza de transfer nu are loc numai în condiții formale, terapeutice, ci poate exista și în oricare alt tip de relație în condițiile în care calitatea și cantitatea de reacții de transfer ating intensitatea necesară. Altfel spus, transferul este o stradă cu dublu sens în cadrul oricărei relații. Mai mult, nevroza de transfer poate fi privită și ca o nevroză transferată inconștient de la o persoană la alta și dacă există o amplitudine suficient de mare poate avea același impact asupra defensivelor ca și un transfer în mediul formal, terapeutic.

Davanloo pune în discuție activarea unor mecanisme neuro-biologice care declanșează nucleul fuzional furie criminală, emoții sexuale, vinovăție fără a se face conexiunea cu nevroza originală și dându-se justificări legate de prezentul imediat, astfel menținându-se nevroza originală neatinsă. O intervenție promptă și repetitivă făcută în aceste momente de către terapeut duce la fărâmițarea treptat a nucleului fuzional primar scoțând la suprafață sentimentele de vinovăție față de terapeut și făcând diferența între acesta și figura psihogenetică.



## Bibliografie

- Salman Akhtar M.D. – Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis  
Judith L. Mitrani – Psychoanalytic Technique and Theory - Taking the Transference  
Harry Leon Grossmann - Aspecte istorice, teoretice și practice pentru înțelegerea psihoterapiilor analitice și umaniste  
M. Guy Thompson - The Truth About Freud's Technique”  
Jean Arundale and Debbie Bandler Bellman - A Unifying Focus of Psychoanalysis – Transference and Countertransference  
Alex Coren – Short-term psychotherapy, a psychodynamic approach”  
J. Neborsky, Robert - Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy a Roadmap to the Unconscious (2018)  
Alan R. Beeber - Transference Neurosis – Contributions of Habib Davanloo  
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Review of the Treatment Method and Empirical Basis Allan Abbass<sup>1</sup>, Joel M. Town<sup>1</sup> , and Ellen Driessen<sup>2</sup>