

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

Tema 4

Asemănări și deosebiri de abordări tehnice între PPLD și PPSD

Mihai Corciova

*Totul începe cu acel gând
care ne pune cândva pe gânduri...*

(Grossmann Harry Leon)

Scopul acestui material este de a oferi o perspectivă generală asupra tehnicilor folosite atât în cadrul psihoterapiei psihanalitice de lungă durată (PPLD), cât și în cadrul psihoterapiilor psihanalitice de scurtă durată (PPSD), astfel încât să se poate face o comparație între ele și să se releve asemănările, diferențele și drumul conceptual (teorie și tehnică) parcurs încă de la origini. Având acest scop, abordarea nu va putea fi decât la un nivel mai superficial, fără a intra în detalii profunde.

D.W. Winnicott, (1990) ne spune că motto-ul său este „cât de puțin trebuie intervenit?” („how little needs to be done?”) prin comparație cu cel din analiza de „cât de mult ne permitem să facem?” (“how much can one be allowed to do?”). Motto-ul lui Winnicot mă duce cu gândul la expresia din limba latină “non multa sed multum”, (în traducere, nu multe, ci mult, în sensul de nu mult cantitativ, ci calitativ, substanțial).

Chiar și într-o trecere în revistă este dificil să facem o comparație între cele două tehnici, PPLD vs. PPSD, fiecare dintre ele având o istorie de dezvoltare dinamică, la început comună, și, în același timp, această dezvoltare, pentru fiecare dintre ele, fiind un continuum.

Mai mult, elementele de teorie și tehnică se întrepătrund, tipul de abordare fiind în funcție de evaluarea pacientului. În acest context, ce comparăm cu ce și în ce moment? În plus, nu vorbim despre o terapie ca fiind mai bună decât alta sau despre o înlocuire, ci despre modalități de a adapta tehnicile caracteristicilor pacientului.

Putem compara diferența și asemănarea dintre cele două tehnici cu aceea dintre doi frați care au la baza o bună înțelegere reciprocă, cel mare fiind PPLD, iar cel mic, desigur, PPSD, amândoi crescând, dezvoltându-se, evoluând. Fratele mai mic, beneficiind de

Înțelegerea deja existentă asupra unei teorii/tehnici merge mai departe în dezvoltarea și adaptarea ei, incluzând și noile perspective teoretice, dând o valoare adăugată prin prisma extinderii ariei și a modalităților de intervenție. Cu toate acestea, între ei rămâne o legătură intrinsecă.

Potrivit lui Alex Coren, 2001, vorbim de apariția treptată a unei relații de colaborare în ambele direcții, în cadrul căreia există un du-te-vino între conceptele timpurii, înlăturarea acestora și revenirea la ele, lucru ce a condus la o cristalizare/clarificare/flexibilizare a unor tehnici.

În acest context, singura abordare posibilă este aceea istorică, de a urmări, pas cu pas, etapele de dezvoltare, divergențele și asemănările precum și revenirea la abordări anterioare din alte perspective.

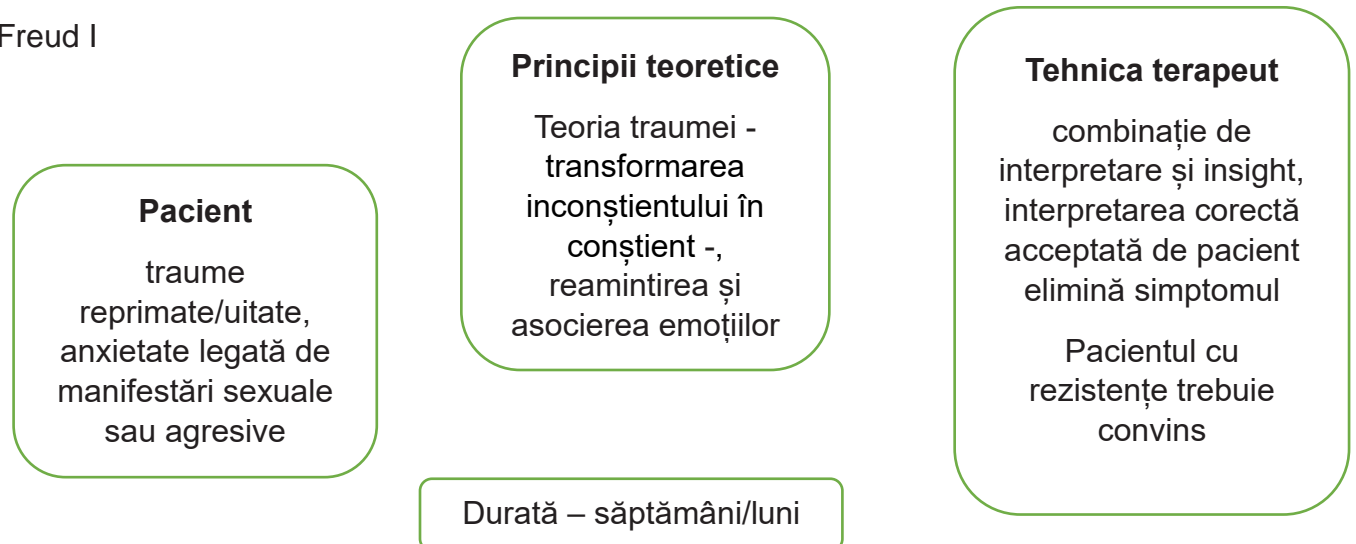
Prin această trecere în revistă ar fi interesant ca, fiecare dintre noi, să comparăm, să ne gândim și să identificăm felul în care gândim din punct de vedere teoretic și ce tehnici folosim în relația noastră cu pacientul.

Aceste descrieri și comparații nu pot fi abordate fără un început care este reprezentat de Sigmund Freud. Trecerea în revistă a lucrărilor sale are ca scop reliefaarea unui material fertil care a fost substratul germinării ulterioare a altor idei și forme de terapie.

Se consideră, de regulă, că data de naștere a psihanalizei este 1895, prin lucrarea „Studii despre isterie”, Sigmund Freud & Josef Breuer. Apare, ca suport teoretic al naturii nevrozelor, ideea că simptomele isteriei sunt reprezentări simbolice ale amintirilor traumatiche, amintiri frecvent de natură sexuală.

Abordarea, din perspectiva teoriei traumatiche a nevrozelor poate fi schematizată astfel:

Freud I



Pacientul este văzut mai degrabă ca un colaborator pasiv care se mulează pe interpretarea terapeutului.

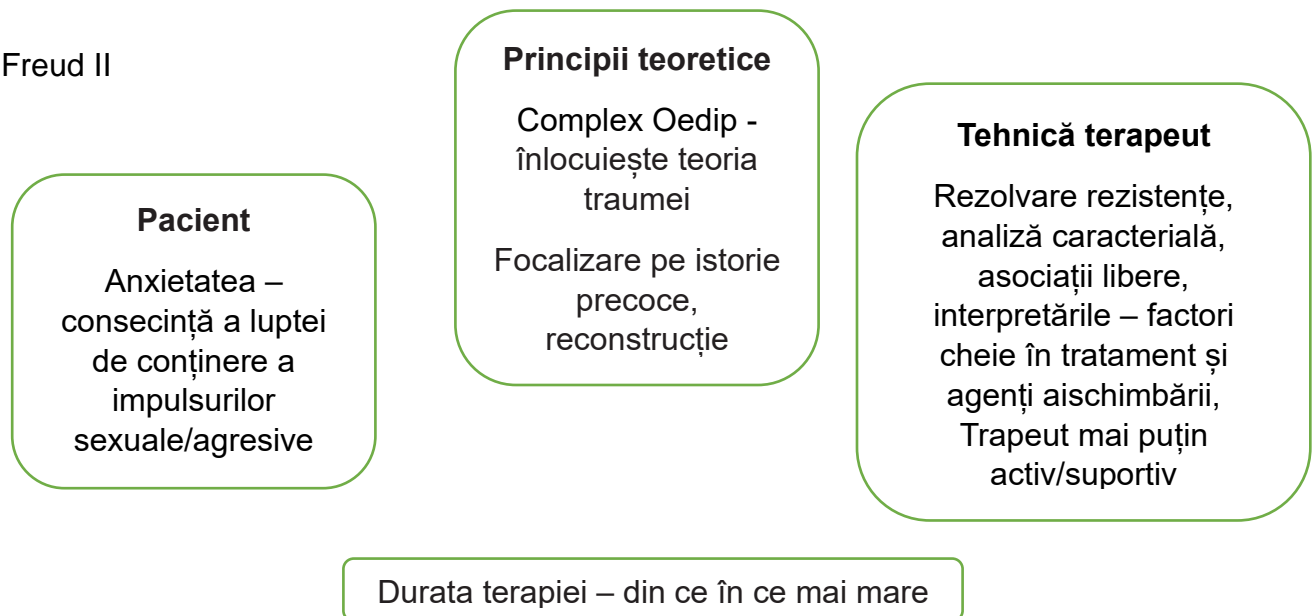
Freud recomandă și un ghid de selecție a pacienților la fel ca în dezvoltările ulterioare, făcute de alți autori. Pentru Freud, aceștia trebuie să fie motivați, suficient de inteligenți și cu o atitudine pozitivă față de terapeut.

În anul 1897 Freud renunță la teoria traumatică a nevrozelor formulând conceptele de sexualitate infantilă și complexul lui Oedip, concepte devenite fundamentale.

Numeroase alte idei se regăsesc în publicații ulterioare – 1898, „Mecanismul psihic al uitării”, 1899 (1900), „Interpretarea viselor”, 1901, „Psihopatologia vieții cotidiene” în care se definește termenul de act ratat, 1905, „Trei eseuri despre teoria sexualității”, „Fragment dintr-un caz de isterie. Cazul Dora”, „Cuvântul de spirit și relația sa cu inconștientul”.

Complexul lui Oedip precum și apariția tehnicii asociațiilor libere, aspectele legate de rezistență, analiză caracterială, dificultățile legate de încheiere, toate determină o schimbare a tehnicii psihanalizei care devine din ce în ce mai lungă. Terapeutul devine mai puțin activ iar interpretările, fie cele legate de relația cu terapeutul, fie acelea legate de istoria precoce a pacientului, devin partea centrală a terapiei și a schimbării terapeutice.

Freud II



După cum se poate vedea, chiar dacă în perioada de început psihanaliza era abordată activ și focalizată pe simptom, fenomenele de rezistență și nevroza de transfer au condus la o creștere a pasivității terapeutului.

O privire de ansamblu asupra factorilor terapeutici și etiologici a acestei perioade ne este oferită de Wolfgang Mertens (Introducere în terapia psihanalitică).

Perioada	Mijloace terapeutice	Proces terapeutic	Agent traumatic
1886 - 1892	Hipnoză, hipno-catharsis	Evenimente uitate reamintite prin hipnoză, afecte abreaționate chatartic. Pacient docil, sub hipnoză	Eveniment uitat din trecut, afect nedescărcat adecvat
1892 - 1896	Hipnoză, sugestie în stare de veghe, presiune frunte, chestionare	Amintire/abreație. Renunțare la hipnoză, crește rezistența față de amintiri. Transferul – considerat obstacol în calea abreației.	Evenimentul uitat este din trecut și legat de viața sexuală.
1896 - 1905	Folosirea asocierilor libere	Asocierile libere reduc rezistențele, apar amintirile inconștiente. Scopul este învingerea amneziei, nu abreația. Crește transferul asupra terapeutului.	Amintirea traumatică – consecința seducției sexuale a copilului
Din 1905	Analiză continuă, transfer și rezistență	Transferul asupra analistului a relațiilor nevrotice din trecut, chatarsis în doze mici ca auxiliar în interpretarea transferului și reconstrucție.	Amintirile cu caracter sexual nu sunt numai seducție, putând fi rezultat și a fantasmelor sexuale

Anul 1911 reprezintă anul în care, în contextul unor dezacorduri teoretice, Alfred Adler se rupe de mișcarea freudiană. Dezacordul major a fost legat de termenul de nevroză și de conceptul de sexualitate infantilă. Ulterior Adler va fonda un nou grup și va emigra în SUA dezvoltând psihologia individuală. El neagă principiul explicativ al comportamentului prin conceptul de impulsuri libidinale și consideră, ca factor determinant, compensarea sentimentului de inferioritate ce determină o reacție a instinctelor dominante ale ego-ului la diferitele rivalități ce decurg din aceasta.

Anul 1912 este marcat de plecarea lui Wilhem Stekel care, deși nu neagă existența inconștientului, consideră că pacientul maschează preconștient adevărul pentru a se proteja de o realitate insuportabilă.

Tot în anul 1912 apar diferențe de perspectivă între Freud și Carl Gustav Jung care nu este de acord cu aspectele revoluționare ale teoriei freudiene în ceea ce privește sexualitatea și libidoul. Anul 1913, cel al apariției lucrării lui Freud „Totem și Tabu”, în cadrul căreia abordează din punct de vedere cultural și societal originile incestului, idei care nu sunt agreeate de Carl Gustav Jung, reprezintă momentul separării definitive a celor doi.

Neînțelegerile vizează o înțelegere diferită asupra conceptelor de libidou, de structură și dinamică psihică. Jung percepe psihicul ca un întreg, similar organismului, un întreg de relații intrapsihice ce contribuie la dezvoltarea personalității. El elaborează trei principii care susțin dinamica psihică (principiul opuselor, principiul echivalenței și principiul entropiei) și o nouă metodă psihoterapeutică, psihologia analitică (jungiană, 1914), luând în considerație concepte precum inconștientul colectiv, arhetipurile, teoria tipurilor și fenomenele sincronice.

Aceste divergențe au dus la desprinderea din psihanaliza freudiana a două ramuri – cea adleriană și cea jungiană –, acestea fiind mai puțin deranjante pentru publicul larg și, prin aceasta, mai acceptabile pentru oponenții psihanalizei, terapii existente și în ziua de astăzi.

Anul 1916 este marcat de apariția primei părți a „Prelegerilor de introducere în psihanaliză” elaborată de Freud. Primul Război Mondial aduce în atenție traumele suferite de către soldați, Freud formulând, în 1919, o serie de observații clinice. Urmează lucrările „Dincolo de principiul plăcerii”, lucrare în care apar conceptele de compulsie la repetiție, pulsivitatea de moarte și își revizuieste teoria legată de vise ca și modalitate de împlinire a dorințelor, „Psihologia grupurilor” și „Analiza Eului”.

Începând din 1923, își reformulează ideile despre structura psihismului; apar instanțele de conștient, preconștient, inconștient în publicația „Eul și Se-ul”, acestea fiind baza modelului său topografic și structural. Ulterior apare lucrarea „Inhibiție, simptom, angoasă”, anxietatea fiind cheia de boltă a teoriei freudiene asupra dezvoltării precum și „Moise și monoteismul” și „O schiță a psihanalizei”.

Anul 1924 marchează diferențele dintre Freud și Otto Rank în ceea ce privește conceptul de trauma a nașterii, concept lansat de Rank.

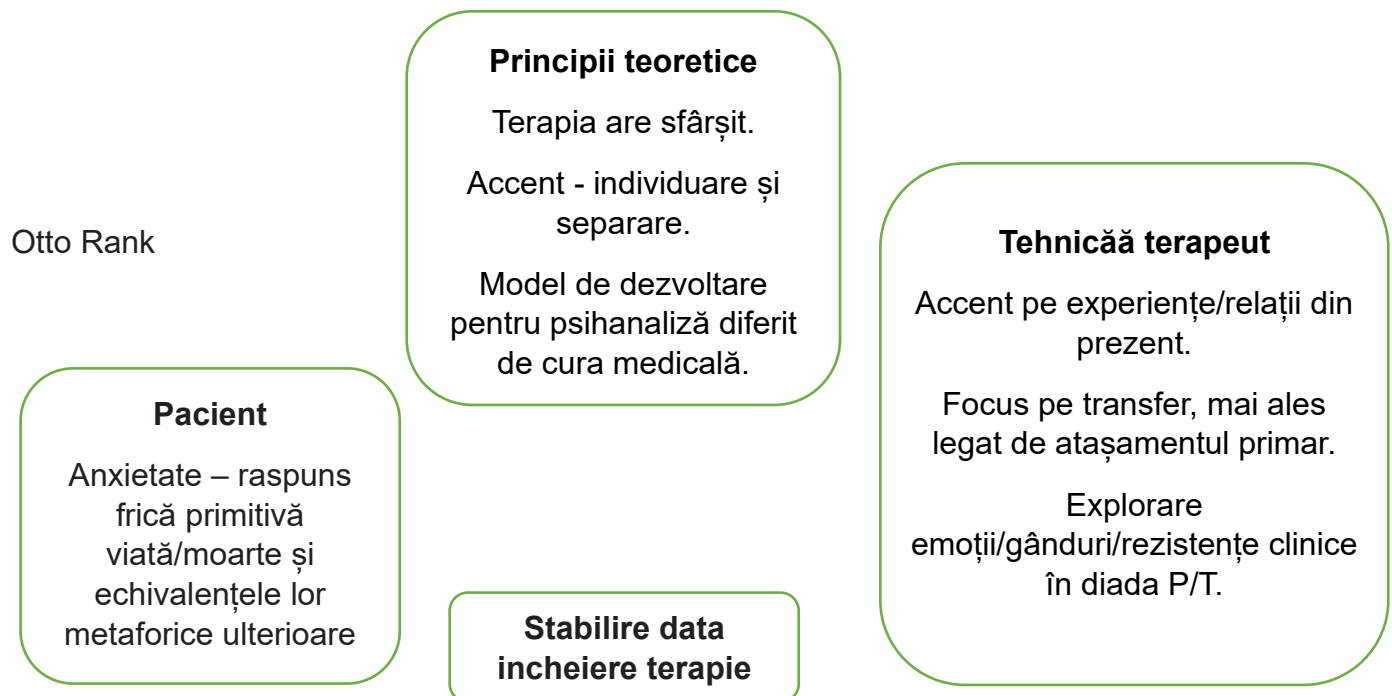
Acesta vorbește despre anxietatea de separare înainte de folosirea termenului de complex al lui Oedip și folosește termenul de preoedipian în 1925. Tot Otto Rank, ulterior, introduce terapia de „aici și acum”, terapie care va fi recunoscută de forurile psihanalitice abia după 50 de ani.

Plecarea lui Otto Rank divide mișcarea psihanalitică în două părți, aceea condusă de Ernst Jones și Karl Abraham și aceea condusă de Otto Rank și Sandor Ferenczi.

Otto Rank pune accentul pe trauma nașterii biologice, considerând că aceasta reprezintă o primă separare urmată de individualizare și dezvoltare. El consideră că anxietatea este răspunsul unei frici primordiale ce se poate manifesta dual, când ca frică de viață, când ca frică de moarte.

De asemenea, din punctul său de vedere, terapia, precum și viața, are un sfârșit și de aceea este importantă discutarea aspectelor legate de separare și individualizare în cadrul terapiei.

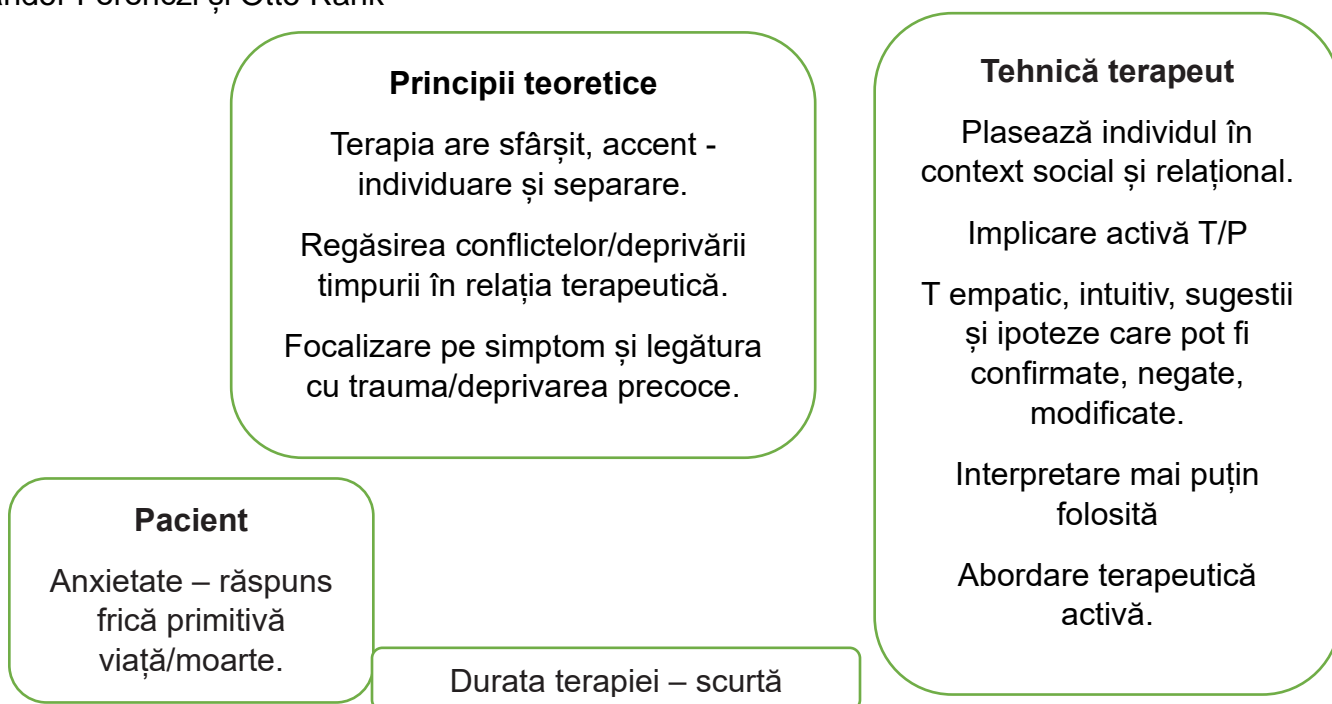
El a fost printre primii care a promovat un model de dezvoltare în psihanaliză, separat de ideea de cură medicală. Ideile sale se regăsesc până în prezent în diferite forme de terapie de scurtă durată.



Pe scurt, Rank pune accentul pe experiențele și relațiile din prezent, pe transfer, în special legat de atașamentul primar, stabilirea unei date de încheiere, explorarea liberă a sentimentelor și a gândurilor, precum și a rezistențelor clinice ale acestora în cadrul diadei relației terapeutice.

Sandor Ferenczi, în cadrul Școlii din Budapesta, se focalizează pe o abordare mai activă, cu accent pe emoție și mai puțin pe interpretare și pe interacțiunea pacient/terapeut (putând fi considerat la originea intervențiilor de tip relațional).

Sandor Ferenczi și Otto Rank



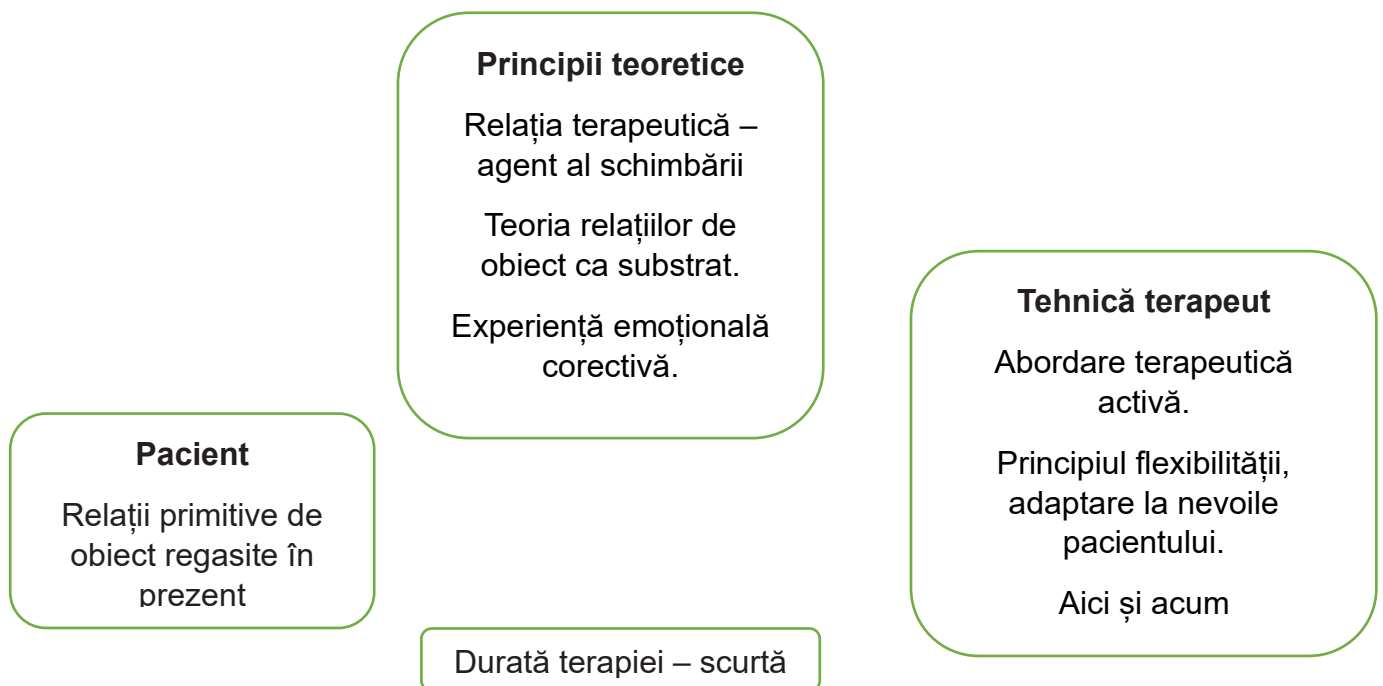
Elev al lui Ferenczi, Franz Alexander duce gândirea acestuia mai departe, în sensul dezvoltării unor intervenții mai scurte, mai concentrate. Și el pune accent pe aspectele relaționale, fiind considerat un precursor al abordărilor actuale. Alexander lansează conceptul de experiență emoțională corectivă și enunță principiul flexibilității clinice în funcție de nevoile pacientului.

În cadrul colaborării lui Alexander cu Ferenczy și Rank s-a dezvoltat o schema coerentă a modului în care pot fi folosite conceptele psihanalitice în cadrul terapiilor de scurtă durată. În același timp, ei au creat o nouă abordare, de la modelul structural, instincte și apărări, la teoria modernă a relațiilor de obiect prin care este definită relația terapeutică în cadrul căreia cei doi, terapeutul și pacientul, relaționează și se influențează în mod constant.

În acel moment, relația terapeutică devine catalizatorul principal al îmbunătățirii sau al schimbării, aspectul care stă la baza unei schimbări terapeutice.

Această abordare a fost însă o lungă perioadă ignorată din numeroase motive de comunitatea psihanalitică, unul dintre motive fiind prezent până astăzi, și anume credința că o psihoterapie de scurtă durată este incompatibilă cu dezvoltarea unei relații reale.

Franz Alexander



O privire de ansamblu a modificărilor apărute în tehnica și teoriile PPSD poate fi percepută prin reprezentarea unei genealogii a acesteia.

Putem obține o privire de ansamblu asupra modificărilor apărute în tehnica și teoriile PPSD prin reprezentarea unei genealogii a acesteia.

Sandor Ferenczi
Școala din Budapesta

Franz Alexander
Relații de obiect, intervenții scurte
Accent pe aspectele relaționale
Experiență emoțională corectivă

Michael Balint
Terapia focală

Donald Winnicott
Dezvoltă legături
conceptuale cu
teoria relațiilor de
obiect/ teoria
atașamentului

David Malan
Perspectivă asupra
pacientului prin prisma
triunghiului persoanei și
a triunghiului conflictului

John Bowlby
Teoria atașamentului

Michael Balint abordează, în cadrul terapiei sale focale, aspecte dezvoltate de Sandor Ferenczy precum și de Franz Alexander. Accentul se pune pe dezvoltarea relației dintre pacient și terapeut, dar și pe utilizarea unor forme de evaluare a calității acestei relații. De asemenea, pe aspecte cheie ale primului interviu, precum și pe existența unor scopuri focale.

Pentru a putea defini scopurile focale se susține principiul atenției selective și al neglijării selective, aceasta din urmă în special în ceea ce privește interpretările. Ceea ce se subliniază este că, în această formă de terapie, nu se poate acorda o atenție egală întregului material adus de pacient.

Michael Balint
Terapia focală

Principii teoretice

O formă de psihoanaliză aplicată.

Accent pe interpretare material
inconștient/preconștient –
factor al schimbării.

Pacient

Poate preciza un focus.

Sănătos, mai puțin
traumatizat, cu o povară
mai redusă a emoțiilor
legate de traumă.

Tehnica terapeut

Dezvoltarea relației cu pacientul

Atenție selectivă/neglijare selectivă
a materialului pacientului

Identificarea scopurilor focale

Abordare terapeutică activă.

Schimbarea terapeutică – proces în
trei etape.

Durată terapie – scurtă

Michel Balint percepe schimbarea terapeutică ca un proces în trei etape. În prima, terapeutul acceptă materialul pacientului, în a doua, îl înțelege și în a treia îl interpretează la momentul oportun. Prin aceasta, terapia focală, poate fi văzută ca o formă de psihanaliză aplicată, în cadrul căreia interpretarea materialului inconștient și preconștient este mecanismul central prin care se aduce schimbarea. În continuare aceasta include ideile freudiene legate de pulsuni și apărări aducând însă și perspectiva interpersonală, revoluționară la acea dată.

Balint, ca și Winnicott, era conștient de dimensiunile nonverbale și relaționale și de faptul că modul de relaționare are impact terapeutic. El și-a numit abordarea „psihoterapie scurtă” și a subliniat importanța interpretării transferului.

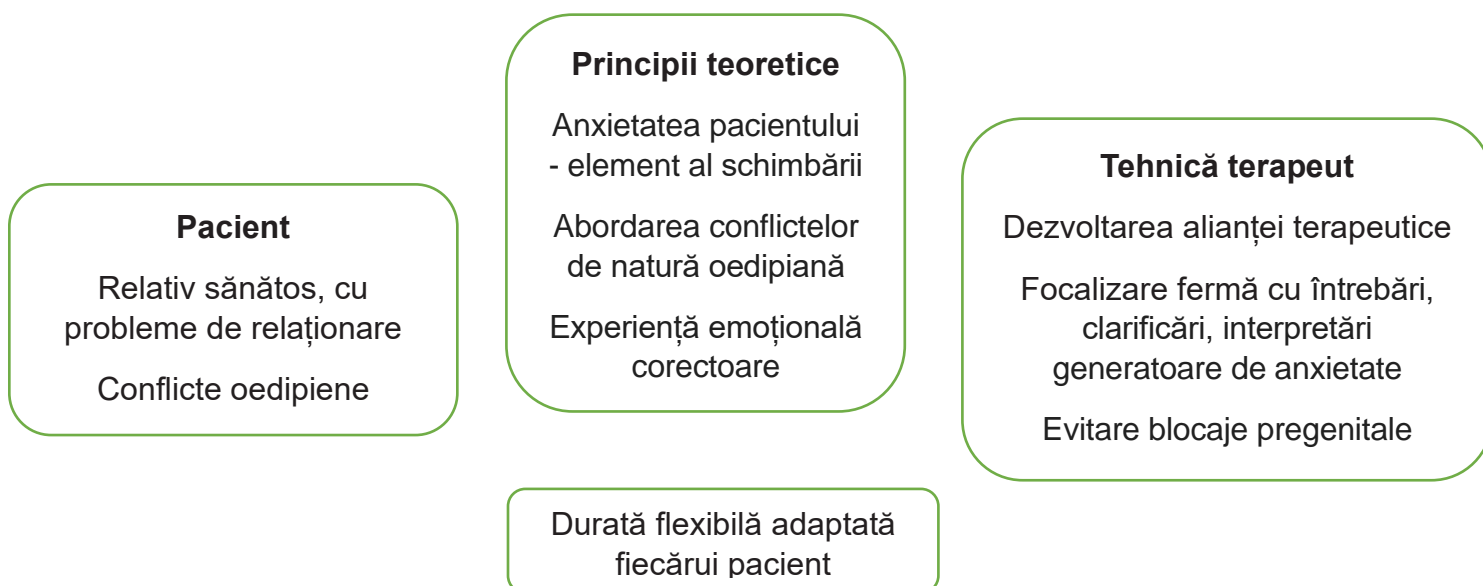
Peter Sifneos dezvoltă, ca formă de terapie scurtă, ceea ce denumește psihoterapia declanșatoare a anxietății - STAPP (Short Term Anxiety-Provoking Psychotherapy). Prin această terapie se utilizează anxietatea pacientului ca element al schimbării.

Cadrul de desfășurare presupune întâlniri săptămânale, cu durată de 45 de minute, nu se specifică data terminării sau numărul de ședințe, dar se agreează cu pacientul că va fi o terapie de scurtă durată. În fapt, durata este în funcție de timpul necesar fiecărui pacient de a rezolva problemele.

Conflictele vizate prin această formă de terapie sunt cele de natură oedipiană (de triangularizare).

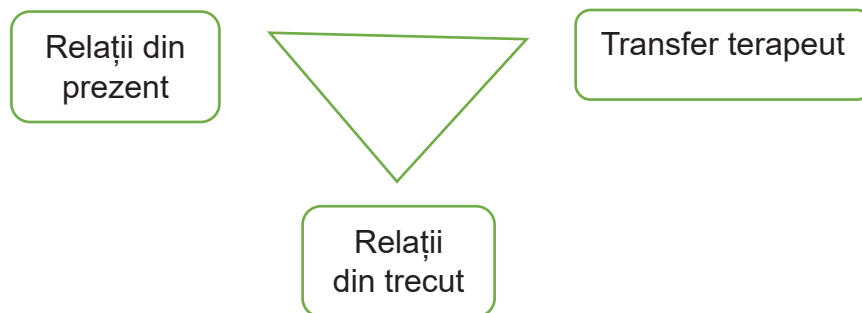
Terapeutul încurajează dezvoltarea unei alianțe terapeutice pentru dezvoltarea unor emoții pozitive transferențiale, menține o focalizare fermă, folosește întrebări generatoare de anxietate, clarificări, interpretări, evitând să intre în blocaje de natură pregenitală – pasivitate, dependență, aspecte sado-masochiste sau narcisice precum și tendințele de acting-out care ar putea fi folosite de pacient în mod defensiv și ar putea prelungi tratamentul. Se acordă atenție aspectelor atât cognitive, cât și emoționale, învățării înțelegerii de sine, fiind un și proces de învățare a unor tehnici de rezolvare a problemelor, astfel încât să se obțină o experiență emoțională corectoare și o rezolvare dinamică a complexului lui Oedip.

Peter Sifneos - Short Term Anxiety-Provoking Psychotherapy



David Malan a dezvoltat reprezentări grafice pentru a prezenta la modul sintetic procesul psihoterapeutic în abordarea psihodinamică. El a pornit de la „triunghiul insight-ului” elaborat de către Karl Menninger, care vizează identificarea tiparelor de transfer și relaționare, și a descris „triunghiul persoanei”.

Triunghiul persoanei Malan

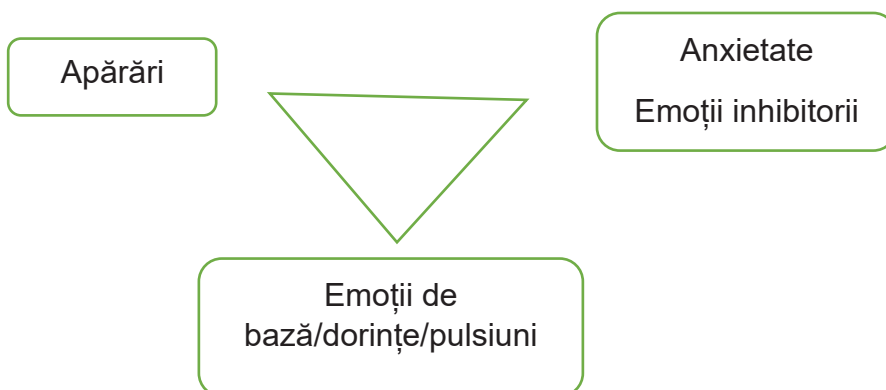


Relațiile din prezent reflectă relațiile din trecut și, prin transfer, se reflectă și asupra relației cu terapeutul.

Henry Ezriel a structurat și mai mult ideea utilizării și interpretării transferului, el făcând distincția între trecut și prezent, formulând tendința pacientului de a încerca recrearea unui tipar de relație într-un aici și acum. Potrivit lui transferul este, încă de la prima întâlnire, o așteptare din partea pacientului a felului cum se va desfășura relația terapeutică.

Elaborând pe marginea acestor idei, David Malan a folosit paralelele dintre relațiile trecute ale pacientului, relațiile actuale și relația de transfer. Astfel a dezvoltat o reprezentare grafică a ceea ce trăiește un pacient în terapie, reprezentare numită „triunghiul conflictului”.

Triunghiul Conflictului Malan

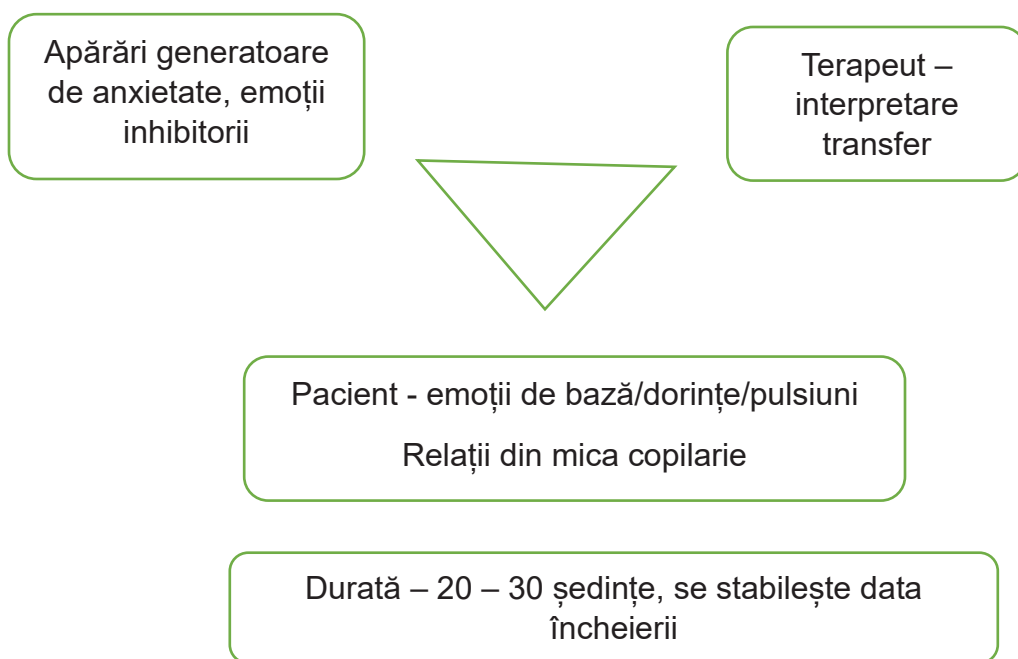


De remarcat faptul că, deși mentorul său, Michael Balint, se focaliza pe calitatea și natura relației terapeutice, Malan a considerat, inițial, faptul că interpretarea este cheia schimbării terapeutice. De asemenea, din punctul său de vedere, scopul strategic al unei terapii de scurtă durată este de a se conștientiza conflictele emoționale. Focalizarea pe un singur conflict (problemă) reprezenta diferența față de psihanaliza clasică.

Un element interesant este legat de perioada de probă a tehnicii, atunci când au căutat pacienți mai puțin problematici pentru a aplica o tehnică considerată, atunci, mai superficială. Negăsind acești pacienți, au lucrat cu această tehnică cu pacienți pretabili PPLD, constatând că, dat fiind formarea psihanalitică a terapeutului, acesta făcea automat interpretări profunde ale transferului, rezultatele fiind foarte bune. Altfel spus, terapeutul trebuie să aibă o formare și o experiență în PPLD pentru a putea fi eficient în PPSD.

Malan stabilește o limită de 20-30 de sesiuni, preferând stabilirea datei de încheiere în locul numărării sesiunilor.

Practic, terapia focala Malan arată astfel:



Ulterior, odată cu întâlnirea dintre Malan și Habib Davanloo, accentul pe interpretare s-a schimbat.

Davanloo, începând din anii '70 să lucreze cu pacienți ce prezintă rezistențe la tratament, constată că la aceia care manifestă rezistențe primare, confrunțați cu eforturile sale de a mobiliza emoții latente și de a-i ajuta să întrerupă și să lucreze cu propriile lor apărări, a apărut o creștere marcată a unor emoții complexe.

Aceste emoții complexe, numite de el emoții complexe de transfer, includeau o apreciere profundă și sentimente pozitive față de terapeut dar și o iritare data de întreruperea unor apărări de rutină.

Atunci când apareau emoțiile complexe de rutină se declanșa și o creștere a anxietății inconștiente însoțite de apărări inconștiente observabile și repetabile. Atunci când a încercat să le întrerupă a observat că apărările s-au focalizat pe relația dintre terapeut și pacient, definind procesul ca și cristalizare. Când acest proces are loc, terapeutul le poate aborda și focaliza pacientul asupra propriilor sale apărări. Tehnica folosită a fost numită vârf de coluziune (head of collision) în raport cu rezistența și are ca scop un blocaj al tuturor rezistențelor. Această tehnică reprezintă comunicarea către pacient prin care se reflectă realitatea rezistenței sale și procesul care are loc între pacient și terapeut. Elementele centrale ale acestei tehnici sunt explicarea distructivității apărării, limitările terapeutului și capacitatea existentă în pacient de a depăși rezistența. Davanloo constată că, toate aceste eforturi, determină în pacient o criză intrapsihică în cadrul căreia el este atât legat cât și separat de apărările sale uzuale. Această criză este considerată de Davanloo ca un instrument puternic caracterizând în pacient o stare de a fi pregătit pentru o schimbare prin care să se elibereze de rutinele de reacție autodestructive.

După parcurgerea acestei etape Davanloo a constatat că, atunci când experiența conștientă a complexului de emoții este percepută de pacient, apare o forță foarte puternică pe care el o numește alianță terapeutică inconștientă. Din perspectiva lui această forță reprezintă o forță de vindecare din pacient, forță care se va lupta cu rezistențele și care luminează structura nucleică de bază prin producerea de imagini mentale și imaginii vii ale conținutului inconștient. Atunci când alianța terapeutică inconștientă domină rezistențele,

el spune ca se deblochează inconștientul între-o manieră parțială sau majoră. Astfel, reducându-se rezistența, emoțiile ascunse de aceasta pot fi exprimate și prelucrate.

Potrivit lui Davanloo, odată declanșată nevroza de transfer, nevroza caracterială și o structură caracterială fragilă pot fi văzute începând cu traumele suferite în prima copilărie în raport cu figurile primare de atașament.

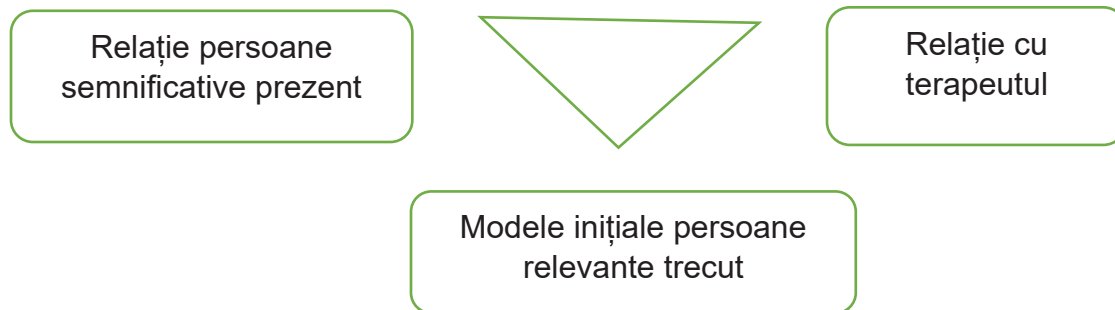
Tehnica lui Habib Davanloo se adresează atât problemelor nevrotice, oedipiene dar pot fi benefice și pentru pacienți cu probleme de personalitate. Pot fi incluși în tratament și pacienți cu mai multe focusuri.

Forma de terapie scurtă a lui Habib Davanloo, numită Psihoterapie Intensivă Dinamică de pe Termen Scurt (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy - ISTDP) este o formă de terapie focalizată pe emoție și cu o abordare explicită de a ataca rezistențele. Ea include tehnici folosite de Sifneos și Malan și folosește interpretari de probă pentru a testa motivația pacientului de a lucra intens.

După cum explică autorul (1990), terapia de probă folosește la deblocarea inconștientului precum și la recunoașterea și confruntarea rezistențelor pacientului. Caracteristic abordării Davanloo este confruntarea directă și imediată asupra pasivității, retragerii, neclarității care sunt vazute ca retrageri defensive ale pacientului. Deși tonul este blând, fermitatea stârnește, din partea pacientului, furie, retragere, rezistență, emoții puternice care sunt interpretate constant pentru a putea fi exprimate. Scopul este ca, prin evidențierea acestor emoții față de terapeut, pacientul să-și accepte emoțiile și, prin aceasta, să le ia în posesie.

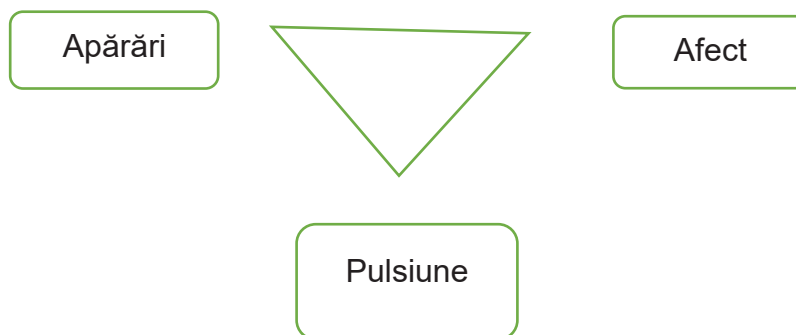
Are loc o legătură triunghiulară între materialul pacientului în relația sa cu terapeutul, figurile reprezentative prezente din viața terapeutului și persoanele semnificative din trecut, cele care au transmis, primordial, modelele relaționale. Acest triunghi, numit triunghiul de persoane, este strans legat de triunghiul conflictului, reprezentat de apărare, afect, pulsione (similar triunghiului conflictului Malan (pulsione, apărare, anxietate)).

Triunghiul persoanei Davenloo



Acest triunghi, ca și Malan, este pus în relație cu un alt triunghi terapeutic, triunghiul conflictului.

Triunghiul conflictului Davenloo



Cu cât asocierea dintre cele două triunghiuri este mai strânsă, cu atât tratamentul va fi mai eficient și cu cât mai devreme se pot face interpretări în triunghiul persoanelor, cu atât mai eficient poate fi tratamentul. De asemenea, cu cât se poate aborda mai rapid și face interpretări în triunghiul persoanelor, cu atât mai scurt este tratamentul.

Metoda presupune pentru terapeut neutralitate, control și capacitatea de a se concentra asupra manifestărilor precoce ale rezistențelor și a ambivalențelor care sunt atacate constant prin întrebări și ipoteze. Neutralitatea nu înseamnă lipsa activității dar aceasta este non-directivă, deși o interpretare poate fi repetată la nesfârșit până când pacientul o preia.

Problema pacientului este formulată în raport cu triunghiurile terapeutice astfel încât, la sfârșitul terapiei de probă există un acord comun asupra punctului central al tratamentului.

Nu este stabilită o durată exactă a terapiei, acesta putând dura între 2 și 40 de ședințe, în funcție de pacient și de problematica acestuia.

Se constată faptul că, Sifneos, Malan și Davenloo urmează tradițiile psihanalitice punând accent pe interpretare, transfer, insight și se bazează, în continuare, pe modelul structural pulsional format din Sine, Eu și Supraeu. Ca material de lucru sunt esențiale pulsunile, apărările, anxietatea. Sifneos confruntă pacientul cu pulsunile sale, învățându-l psihodinamica sa, Malan se bazează pe ascultarea și interpretarea selectivă în contextul focalizării, Davanloo confruntă în mod repetat apărările pentru a expune sentimentele și conflictele ascunse.

Un alt aspect este legat de importanța conferită interacțiunii cu pacientul, aceasta reprezentând o evoluție către modelul relațiilor de obiect/aspectul relațional al terapiei. Devine o terapie bi-personală în cadrul careia terapeutul nu mai este un observator pasiv, observatorul neutru definit în cadrul abordării psihanalitice timpurii.

Precum vedem în acest material până acum a existat un continuum de încercări de a face diferențieri între diferitele forme de terapie. Sugestivă este lucrarea lui Robert Wallerstein (1969) în cadrul căreia, acesta, propune o serie de aspecte care fac diferența dintre "Psihoterapia psihanalitică" și "psihanaliză". Cred că, pornind de la acest text, putem extrapola și avea o perspectivă asupra asemănarilor și diferențelor dintre PPLD și PPSD deși din anii '70 au apărut o serie de noi perspective.

Ca punct de plecare Walerstein constată că psihoterapia psihanalitică și psihanaliză sunt similare în măsura în care ambele se bazează pe convingerea existenței unui inconștient, pe determinismul psihic, pe dezvoltările legate de transfer - contratransfer.

Ca și scop terapeutic

- psihanaliza urmărește restructurarea personalității;
- psihoterapia psihanalitică urmărește stabilizarea psihică;
- psihanaliza explorează inconștientul;
- psihoterapia este mai direct terapeutică față de simptome.

Ca și tehnică

- psihanaliza - centrată pe interpretare;
- psihoterapia pe clarificare.

Ca și metode de lucru

- psihanaliza se bazează pe asociații libere;
- psihoterapia pe comunicare liberă care este organizată în jurul unor teme.

Ca și loc al preocupării terapeutice

- psihanaliza ocupându-se de situația analitică;
- psihoterapia de situația de viață.

Ca și valori ale tratamentului

- psihanaliza pune accentul pe cunoașterea de sine;
- psihoterapia pe autoperfecționare.

Legat de gradul de descoperire

- psihanaliza vizează descoperiri radicale noi despre sine;
- psihoterapia o face într-o măsură mai mică.

Legat de relația cu timpul

- psihanaliza fiind, ca să spunem așa, "atemporală";
- psihoterapia fiind ca o bombă cu ceas, în sensul de a avea un timp limitat.

În ceea ce privește populația de pacienți

- psihanaliza este mai potrivită pentru indivizii nevrotici de nivel superior;
- psihoterapia psihanalitică este mai potrivită pentru pacienții narcisici de nivel inferior, borderline și schizoizi.

Recomandarea către psihoterapie psihanalitică poate se datora faptului ca:

- problema prezentată nu este expresia unor tipare globale, de lungă durată, dezadaptative, care să necesite angajamentul intensiv de timp al psihanalizei;
- pacientul se confruntă cu o criză specifică și necesită un tratament scurt și mai concentrat;
- pacientul nu poate tolera intimitatea sau ambiguitatea interpersonală a cadrului de tratament psihanalitic fără deteriorare psihologică;
- circumstanțele concrete de viață ale pacientului sunt tumultuoase sau instabile, necesitând o intervenție mai activă, orientată spre realitate;
- considerente practice fac imposibil un tratament de patru-cinci ori pe săptămână; și/sau pacientul este nemotivat pentru o muncă mai intensă.

Ca și o concluzie a acestui sumar de idei aș mentiona punctele de vedere al lui Merton Gill (1994) reflectat în declarația lui Fred Pine (1997) potrivit căreia el face atâta psihoterapie cât este necesar pentru a putea practica cât mai multă psihanaliză. De remarcat flexibilitatea abordării, în care cele două nu se exclud.

Pe scurt, se consideră că toate analizele includ intervenții care sunt în esență psihoterapeutice, iar toate psihoterapiile semnificative făcute de un analist au elemente de psihanaliză. Este vorba de un continuum de dimensiuni și nu de un cubic de categorii.

Bibliografie

Psychoanalytic Terms and Concepts - Editors - Elizabeth L. Auchincloss, md and Eslee Samberg, md

Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis - Salman Akhtar M.D.

Theoretical and Technical Comments on Regression and Anti-Regression - Joseph Sandler and Anne-Marie Sandler International Journal of Psychoanalysis ,75():431-439 (1994)

Is there still a place for the concept of 'therapeutic regression' in psychoanalysis? - Laurence S. Spurling Birkbeck College, University of London, School of Psychosocial Studies, Malet Street, London WC1E 7HX – l.spurling@bbk.ac.uk (Final version accepted 30 January 2008)