

Transferul

Carmen-Lucia Stînean

Transferul Psihologic în Viața de Zi cu Zi

Să începem cu o întrebare: *vi s-a întâmplat vreodată să simțiți simpatie sau antipatie de o intensitate nejustificată față de o persoană pe care de abia ați cunoscut-o?* Conștient sau nu, mai tuturor ni se întâmplă. De cele mai multe ori, luăm lucrurile ca atare și nu ne întrebăm de ce se întâmplă asta, dar în anumite situații, mai ales cele în care reacțiile sunt negative, răspunsul la acest “de ce” poate fi chiar important, pentru că este posibil ca antipatica/ul să nu aibă nici o vină.

În psihoterapie procesul se numeste **transfer** și a fost identificat încă de la începuturile acestei științe de către nimeni altul decât părintele psihanalizei, Sigmund Freud. *Atunci transferul era luat în considerare numai în cadrul relației pacient-terapeut.* Pe scurt: *pacientul îl percepe pe terapeut ca pe o persoană importantă din trecutul său (mamă, tată, frate, soră, rudă, partener, prieten, educator, coleg etc.), iar calitățile și sentimentele asociate acestei persoane (fie ele pozitive sau negative) vor fi transferate terapeutului, care este posibil să nu le dețină și în mod real.*

Cercetări ulterioare au demonstrat că **transferul** nu se manifestă numai în cadrul relației terapeutice, ci este unul dintre modurile fundamentale de interacțiune interpersonală în viața de zi cu zi.

Ce presupune transferul, de fapt? Presupune că, de exemplu, nu vei avea încredere într-o persoană care prin obiceiuri, voce sau chiar prin felul în care arată îți amintește de un fost partener. Sau, din contră, că vei avea o încredere oarbă într-o persoană care îți amintește de un prieten din copilărie.

Prin urmare, de-a lungul timpului, în relația noastră cu ceilalți, dobândim anumite tipare comportamentale pe care le vom aplica în relațiile curente și care ne pot afecta raționamentele, evaluările, emoțiile, motivația, așteptările și auto-evaluările, în mod pozitiv sau negativ.

De ce este important uneori să identificăm momentele în care “facem transfer”? Tocmai pentru influențele negative pe care le pot avea asupra situațiilor prezente. Pentru că, deși este o modalitate normală de interacțiune, **transferul** poate fi și dezadaptativ, în

funcție de cât de rigide sunt tiparele comportamentale transferate – pentru a avea efecte adaptative, trebuie să manifestăm o flexibilitate în aplicarea transferurilor și să reușim să recunoaștem ce elemente din trecut nu se mai potrivesc cu realitatea prezentă, iar în cazul acesta să oprim atribuirea lor – aceasta presupune însă un grad de conștientizare pe care nu totdeauna îl atingem (Badragan, 2011).

1. Transferul în Psihanaliză

Oricare ar fi divergențele de școală, *psihanaliștii* de pe ambele țărmuri ale Atlanticului sunt azi de acord în a-i recunoaște **transferului** un loc central și o importanță cardinală în tratamentul psihanalitic. **Transferul** este „*deplasarea unei relații afective vechi asupra persoanei psihanalistului*”. Una din regulile fundamentale ale curei psihanalitice este că **transferul** nu trebuie interpretat înainte ca el să se fi stabilit. Psihanalistul va trebui să-1 anunțe progresiv pe pacient că el re trăiește o relație deja trăită în trecut cu un personaj - cheie din biografia subiectului (Chartier, 1993).

Freud a distins și a opus mai multe forme de **transfer**. în mod tradițional, reținem două categorii de **transfer**: transferul negativ și transferul pozitiv. Mai exact, ar trebui să spunem că avem de-a face cu aspecte pozitive sau negative ale transferului. Numim pozitiv transferul de *sentimente „tandre”* — încrederea, admirația, dragostea — și negativ transferul de *sentimente ostile: neîncrederea, agresivitatea, ura* (Chartier, 1993).

Transferul este procesul prin intermediul căruia dorințele inconștiente se actualizează, fiind proiectate asupra unor obiecte în cadrul unui anumit tip de relație stabilit cu ele și, în primul rând, în cadrul relației psihanalitice. Este, de fapt, o repetiție a unor prototipuri infantile, trăită cu un marcat sentiment de actualitate. **Transferul** este recunoscut ca reprezentând terenul pe care se desfășoară problematica unei cure psihanalitice, instalarea, modalitățile, interpretarea și, în final, rezolvarea acesteia (Enăchescu, 2003).

Transferul reprezintă trăirea actuală față de o altă persoană a sentimentelor, pulsionilor, atitudinilor, fantasmelor și mecanismelor de apărare ale Eului bolnavului. Este, de fapt, o repetiție, o deplasare de reacții în raport cu persoanele importante din prima copilărie a pacientului respectiv (Enăchescu, 2003).

După cum am menționat puțin mai sus, **transferul** este de **două feluri**: pozitiv și negativ.

Transferul pozitiv se referă la diferitele forme de înclinare sexuală, la sentimentele de simpatie, de dragoste și respect față de persoana analistului. El desemnează dragostea sub toate formele sale și în primul rând modul în care bolnavul se manifestă față de terapeutul său: iubire, atașament, încredere, simpatie, grijă, devoțiune, admirație, pasiune, dorință, tandrețe, respect (Enăchescu, 2003).

Transferul negativ reprezintă diferitele forme de agresiune în relația cu terapeutul (mânie, aversiune, ură, neîncredere, etc), reacțiile bazate pe ură și sentimente derivate din aceasta, cum ar fi: mânie, ostilitate, neîncredere, aversiune, teamă, resentiment, amărăciune, invidie, antipatie, contrarietate, etc (Enăchescu, 2003).

Transferul este o modalitate specifică de raportare la o anumită persoană, reprezentând, de fapt, o relație de un tip particular cu obiectul. El se caracterizează prin faptul că subiectul încearcă față de persoana analistului sentimente care, în realitate, se adresează de regulă unei „anumite persoane” din trecutul său. În sensul acesta, **transferul** ne apare ca o repetiție, o nouă formă de re-editare a unei vechi relații cu obiectul. **Transferul** pune astfel în joc toate componentele relației persoanei pacientului cu obiectul, și anume: sentimente, pulsioni, dorințe, fantasme, atitudini, reprezentări, mecanisme de apărare ale propriului Eu (Enăchescu, 2003).

În felul acesta considerată, **reacția de transfer** este esențialmente repetiția unei relații cu obiectele din trecut. Este vorba de cele mai importante personaje din cursul primilor ani ai copilăriei subiectului (părinți, educatori, frați, surori, etc). La vârsta adultă, **reacțiile de transfer** apar în contactul cu persoanele ce îndeplinesc simbolic funcția originală deținută de părinți (lideri, șefi, autorități, medici, profesori, celebrități, artiști, animale, obiecte uzuale, etc). Toate **reacțiile de transfer** au un caracter automat și sunt, prin urmare, inconștiente (Enăchescu, 2003).

Nevroza de Transfer

Cura psihanalitică favorizează și chiar induce instalarea unei „**nevroze de transfer**”. Acest termen, utilizat la plural sau la singular, definește realități clinice diferite. La plural, „**nevrozele de transfer**” reprezintă afecțiuni psihice în care se poate

stabili **transferul** (Chartier, 1993).

Freud distinge o clasă generală pe care o numește „**psihonevroze**”, voind să pună accentul pe etiologia psihică, spre deosebire de contemporani, care invocă ereditatea. Printre **psihonevroze** el distinge **nevrozele actuale**, **nevrozele de transfer** și **nevrozele narcisice**. **Nevrozele actuale** sunt *reacții la traumatisme imediate, reacții exagerate și incontrolabile, ca răspuns la stres*, în timp ce în categoria **nevrozelor de transfer** regăsim ceea ce numim azi în psihiatrie *nevroze: nevroze fobice, isterice, obsesionale*. Freud definea ca fiind **nevroze narcisice** *ceea ce corespunde azi psihozelor: schizofrenia, paranoia și psihoza maniaco-depresivă* (Chartier, 1993).

Nevroza de transfer abordată la singular, *este o nevroză artificială. Protocolul psihanalitic* îl va face pe pacient să *reediteze nevroza infantilă în interiorul tratamentului, din cauza regresiei induse de situația psihanalitică, făcută din abținere și din absența stimulării senzoriale externe*. Astfel pacientul ar fi determinat să re trăiască cu psihanalistul său nevroza sa infantilă. *Vindecarea implică dezvoltarea la pacient a unei maladii pe care el a pus-o mai mult sau mai puțin la distanță*. Nu este greșit să pretindem că psihanalistul îl face pe pacient mai bolnav decât înainte de cură. **Psihanaliza** *provoacă o cristalizare nevrotică în relația pacientului cu psihanalistul*. **Nevroza de transfer** nu va fi înțeleasă ca atare de pacient, care va spune: „Nu înțeleg de ce îmi merge din ce în ce mai rău.” Și va dori să se oprească. Rolul psihanalistului este să-i explice că trebuie să treacă prin asta înainte de a se însănătoși. În **cura psihanalitică** *pacientul e făcut să re trăiască o nevroză pe care a avut-o în trecut și din care a ieșit rău, spre a-l determina să-și conștientizeze angoasele, spre a-l „vaccina” și a evita ca nevroza să se declanșeze din nou atunci când el se va regăsi într-o nouă situație traumatizantă*. Manipularea **transferului** este în mod evident sarcina cea mai dificilă a psihanalistului, dar — spunea Freud — „*tocmai pe acest teren trebuie repurtată victoria*” (Chartier, 1993).

Relația de Tip Transferențial

Este mult accentuată ca instrument psihoterapeutic de psihanaliză. Ea implică fixația afectivă a pacientului asupra persoanei terapeutului pe modelul relației părinte - copil. Nevoia afectivă a pacientului, satisfăcută prin intermediul relației centrate pe realitate, este deliberat frustrată de terapeut prin interpretarea transferului, pacientul

fiind confruntat cu relația sa infantilă (Holdevici și Neacșu, 2008).

Mulți **psihoterapeuți moderni non-analiști** sunt de părere că numai în anumite situații terapeutul trebuie să încurajeze **relația de tip transferențial** și anume când intuiește că o asemenea relație cu aspect regresiv nu va împiedica testarea realității de către pacient, capacitatea sa de a diferenția realitatea de fantezie. Oricum, terapia nu se încheie până când terapeutul nu îl ajută pe pacient să lichideze dependența de tip transferențial (Holdevici și Neacșu, 2008).

2. Transferul în Psihoterapiile Dinamice de Scurtă Durată

Gelso și Hayes (1998) au definit **transferul** ca fiind „*experiența clientului legată de terapeut, ce este modelată de structurile psihologice ale celui dintâi și de trecutul acestuia, implicând deplasarea asupra terapeutului a unor sentimente, atitudini și comportamente ce aparțin de drept unor relații semnificative din trecut*” (Dafinoiu și Vargha, 2005).

Pentru Schaeffer (1998), care formulează o definiție mai degrabă cuprinzătoare decât „clasică”, **transferul** „*se referă atât la raportarea dependentă de trecut a clientului față de terapeut, cât și la activitatea de organizare inconștientă prin care cel dintâi se angajează în procesul terapeutic*”. **Transferul** se manifestă prin semne ce includ asociații, afecte, dorințe, imagini mentale, fantezii, senzații și scheme cognitive ce recrează sau reactivează trecutul, în scopul organizării și dotării cu sens a experiențelor negate sau supuse represiei. Schaeffer este de părere că, prin atribuirea unor funcții și roluri terapeutului, clienții speră să reseteze durerea psihică și, astfel, să corecteze trecutul (Dafinoiu și Vargha, 2005).

Potrivit definiției lui Warne (1994) **transferul** „*este acel model al configurațiilor interumane pe baza căruia subiectul restructurează și înțelege lumea socială, mai exact acele realități sociale concrete și vii ce o caracterizează ca persoană. În viziunea analiștilor realitățile transferențiale conțin deopotrivă importante elemente conștiente și componente motivaționale inconștiene. Transferul este un fenomen omniprezent și etern care, în ceea ce privește natura sa, este mai degrabă narativ și progresiv decât static. În cazul fiecărei persoane în parte, constituie colecția <<întâmplărilor>> tipice, fiecare dintre acestea fiind saturată de <<narațiunile>> vieții sale de până acum, respectiv*

construită din acestea și fiind viu populată de reîncarnarea psihologică a persoanelor semnificative din trecutul persoanei. Vitalitatea acestor reîncarnări este asigurată de survenirea regresiei în cadrul situației analitice, precum și de prezența analistului (terapeutului) permisiv și neutru” (Dafinoiu și Vargha, 2005).

Pentru Casement (1999), acel demers prin care persoana – confruntată cu situații necunoscute – tratează elementele ce îi par a fi cunoscute drept „semnale”, adică fie le consideră semne generatoare ale sentimentului securității, fie prevestiri ale repetării unei experiențe negative, poate fi considerat ca o manifestare a unei dintre legitățile funcționării inconștientului. Inconștientul tratează deci necunoscutul ca și cum ar fi ceva cunoscut, adică asimilează situația nouă colecției evenimentelor ce au fost deja trăite. Baza acestui proces ar fi constituită de faptul că, în timp ce la nivel conștient prezentul și trecutul sunt separabile, inconștientul care nu dispune de noțiunea timpului identifică – în mod fundamental eronat – similarul ca fiind identic și, prin urmare, mulțimea trăirilor din trecut se suprapune cu evenimentele curente (Dainoiu și Vargha, 2005).

În privința **conținuturilor care sunt deplasate** în cadrul **transferului**, au fost consemnate mai multe opinii. Mai multe studii efectuate de Luborsky și colaboratorii săi, citate de Connolly Gibbons (2004), au demonstrat **transferul patternurilor interpersonale maladative ale clientului asupra relației terapeutice**. Rezultatele studiului întreprins de Connolly și colaboratorii săi (2000) dovedesc că, deși *narativele relatate de majoritatea clienților conțin mai multe teme interpersonale, cea mai pervazivă dintre ele este și cea care se evidențiază între cele legate de terapeut*. Astfel se explică cum **transferul temelor interpersonale în cadrul psihoterapiei poate forma baza înțelegerii simptomelor clientului**. Terapeutul se folosește de narativele relatate de client pentru a formula patternul de nucleu al relațiilor maladative ale acestuia, utilizând propria experiență a relației în formularea dinamică. Connolly Gibbons (2004) constată că *narativele relatate de clienți în cadrul ședințelor terapeutice demonstrează consistența temelor interpersonale în jurul cărora sunt centrate aceste povestiri*. Astfel, clienții prezintă tendința de a avea un pattern interpersonal predominant, ce poate fi identificat în cadrul majorității narativelor. Connolly Gibbons atrage însă atenția asupra faptului că acest lucru nu exclude dezvăluirea unor episoade interpersonale al căror tipar este idiosincrasic contextului unei relații particulare, ceea ce sugerează că, în ciuda dominării

universului lor interpersonal de un pattern de nucleu, clienții pot prezenta și alte modele de relaționare problematice. Astfel, Connolly și colaboratorii săi (2000) arată că, *dintre clienții tratați pentru depresie prin psihoterapie suportiv-expresivă de scurtă durată, doar o treime relatau narative legate de terapeut a căror temă interpersonală era asociată semnificativ de teme interpersonale ce predominau conținutul episoadelor legate de relațiile lor din viața de zi cu zi*. Această constatare ne avertizează că eforturile terapeutului de a integra în cadrul demersurilor sale interpretative toate narațiunile interpersonale ale clientului într-un șablon unic nu se pot dovedi decât contraproductive (Dafinoiu și Vargha, 2005).

Lev-Wiesel (2000) subliniază că *ceea ce constituie obiectul transferului este o situație globală, o relație sau obiecte dintr-un context, și nu o persoană*. Procesele transferențiale par a exprima operarea unor mecanisme defensive de tipul proiecției, introiecției, exagerării și reproiecției. Astfel, *neidentificarea funcției de evitare a reacțiilor transferențiale comportă riscul prevenirii confruntării cu conflicte interioare ce trebuie să fie rezolvate și implicit al exacerbarii acestora*. Krause și Merten (1996) susțin la rândul lor că *ceea ce se transpune în cazul transferului sunt sentimente*, lucru cu atât mai important cu cât acestora li se atribuie o dublă partitură: *pe de o parte modifică percepția din interior, în primul rând pe baza semnificației subiective și a principiilor realității aparente, iar pe de altă parte, posedă o imensă capacitate de dramatizare orientată înspre exterior, manifestată prin crearea unor scene în care interlocutorii sunt nevoiți să-și asume o parte din relațiile cu obiectul, fictive sau chiar reale*. Aceste scene sunt în esență exteriorizări ale structurilor lăuntrice, partenerii interpretând în cadrul acestora nu rolul unor persoane în adevăratul sens al cuvântului, ci mai curând cel al unor instanțe de tipul „conștiinței punitive” sau al „supraeului care umilește”. Este important de menționat și faptul că atât imaginea mintală preexistentă, cât și modul de desfășurare a acestor scene rămân inconștiente pentru persoană, meritând astfel calificativul de „inconștient al prezentului” introdus de Sandler și Sandler (Dafinoiu și Vargha, 2005).

Baker (1990) enumeră următoarele **cinci manifestări tipice** ale transferului:

1. **Neadekvarea** – referitor la care Baker atrage atenția că, de fiecare dată, *înainte de a eticheta o anumită reacție a clientului ca fiind de natură transferențială, trebuie să ne*

convingem de faptul că reacțiile sale nu sunt îndreptățite totuși de comportamentul terapeutului.

2. Intensitatea reacției clientului poate trimite la **transfer** în acele cazuri în care răspunsurile sale, manifestările, sunt evident exagerate într-o direcție sau alta. Se pot enumera în acest context deopotrivă reacțiile a căror intensitate este disproporționată în raport cu contextul, absența unor riposte, precum și răspunsurile prea slabe ca intensitate în situațiile în care ne-am fi putut aștepta la o reacție considerabil mai puternică decât cea exprimată de client.

3. Ambivalența se referă la acel fenomen adeseori întâlnit, a cărui esență constă în existența unor răspunsuri emoționale contradictorii în cadrul reacției clientului față de terapeut. Nu rareori, clientul conștientizează doar o parte dintre aceste emoții (foarte frecvent pe cele pozitive), iar cele opuse (de exemplu, enervarea, ostilitatea, agresivitatea) rămân de cele mai multe ori inconștiente și se manifestă doar la nivel comportamental.

4. Capriciozitatea este rezultanta atitudinii ambivalente din cadrul transferului, datorită căreia sentimentele exprimate față de terapeut se schimbă frecvent, se transformă ușor în contrariul lor, determinând imprezibilitatea atitudinii clientului de la o ședință la alta sau, uneori, chiar în cadrul aceleiași ședințe.

5. Perseverența reprezintă acea particularitate a transferului care în mod caracteristic conduce la un complex de atitudini și sentimente ce se dovedesc a fi foarte rezistente la interpretare.

Relativ la manifestările caracteristice ale acestuia din urmă, pot fi amintite descoperirile lui Gill (1982), care a identificat **două tipuri de rezistențe legate de transfer**. Primul, cunoscut sub denumirea de transfer defensiv, poate fi conceput, în mai mare măsură, ca o evitare a luării la cunoștință a **transferului**. Această rezistență, care de regulă este caracteristică primei faze a dezvoltării relației transferențiale, îmbracă forma eforturilor depuse de client în vederea reprimării reacțiilor emoționale și a atitudinilor inacceptabile, sau apreciate ca neadecvate (agresiune, ostilitate, suspiciune, invidie, atracție erotică), cu atât mai mult cu cât acestea sunt nutrite chiar față de acea persoană (terapeutul) în prezența căreia ar trebuie să le dezvăluie. De astfel, Gill face trimitere la un studiu publicat împreună cu Muslin, în care argumentau că **transferul** este

probabil prezent în cadrul relației terapeutice încă de la început, deja atunci când clientul se exprimă încă aparent liber. Manifestările caracteristice rezistenței față de luarea la cunoștință a transferului ar fi deplasarea și identificarea. *În primul caz, clientul vorbește de propriile sentimente ca și cum acestea ar fi apărut față de o a treia persoană, pe când în cazul identificării, clientul își atribuie sieși acele atitudini pe care este convins că le demonstrează față de terapeut.* Cealaltă formă de rezistență caracteristică este cea apărută față de rezoluția transferului, care probabil ar fi mai corect să se numească apărarea față de interpretarea transferului, întrucât această raportare, înainte de toate, neagă caracterul transferențial al reacției ce a fost luată în prealabil la cunoștință. În ultimă instanță, aceasta se poate recunoaște și în spatele perseverenței caracteristice **transferului**, semnalată și de Baker (Dafinoiu și Vargha, 2005).

3. Transferul în Procesul Terapiei Integrative

Din perspectiva *teoriei inter-subiectivității*, **transferul** este privit „ca o manifestare a <<activității de organizare inconștiente>> a unei persoane, care este modelată de percepții arhaice ale sinelui în relație cu alții și organizează inconștient percepțiile subiective asupra lumii ale unei persoane” (Stolorow, Atwood, Brandchaft, 1994). *Un terapeut va fi influențat de propria istorie personală și de baza de cunoștințe în psihoterapie, care la rândul lor vor influența materialul pe care alege să-l accentueze în procesul cu clientul.* Nu putem scăpa de propria istorie și este crucial pentru terapeut să reflecteze cu grijă asupra muncii sale și să fie atent la propriile tipare și la modul în care acestea pot afecta defavorabil procesul terapeutic. Aceste reflecții vor implica și o mare atenție la reacțiile de contra-transfer (Gilbert și Orlans, 2011).

Ceea ce Stolorow (1994) și colaboratorii săi subliniază este relația fără ieșire, „sistemul de influență reciprocă”, care operează între **transferul clientului** și **contra-transferul terapeutului**. *Atunci când doi oameni interacționează, două seturi de principii organizatoare vor fi întotdeauna în acțiune pentru a crea o interacțiune unică. Nici unul nu poate fi înțeles fără să i se acorde atenție și celuilalt, în contextul relației* (Gilbert și Orlans, 2011).

Rycroft (1979), în Dicționarul Critic al Psihanalizei (A Critical Dictionary of Psychoanalysis), definește **transferul** după cum urmează: „Procesul prin care un pacient

deplasează asupra analistului său sentimente, idei, etc. care provin de la figuri anterioare din viața sa”. În acest sens, pacientul/clientul deplasează în prezent sentimente care apar din trecutul lui și reacționează față de terapeut ca și cum acesta ar fi mama, tatăl, profesorul, etc (Gilbert și Orlans, 2011).

La început, **psihanaliza** a privit **transferul** ca *pe un fenomen regretabil, care împiedică tratamentul*. Progresiv, lucrul cu **transferul** a început să fie privit ca un *element central al procesului, pentru că permitea interpretarea acestor obiecte interne proiectate și oferea oportunitatea de îndepărtare de tiparele de relaționare din trecut*. Winnicott (1956) scoate în relief că, în privațiunea foarte timpurie, se poate să nu existe o conștientizare a procesului sinelui fals, pentru că încă nu există ego-ul ca identitate stabilită. Analistul se va lăsa atunci să fie folosit ca și obiect de către pacient, așa încât pacientul să poată experimenta sentimentele de furie, tristețe, frică și alte emoții care s-ar putea să fi fost reprimare (Gilbert și Orlans, 2011).

Teoreticienii **inter-subiectiviști** iau în considerare **două dimensiuni** ale **transferului**, pe care le-au numit *”sinele obiect”* și *”repetitiv”* (Stolorow, Atwood, 1992). *Dimensiunea repetitivă îl poate invita pe celălalt să repete tiparul disfuncțional din trecut, și reprezintă teama că această persoană din prezent va reacționa așa cum au făcut și alții la rândul lor în trecut*. *Dimensiunea sine - obiect reflectă dorința pentru o nouă experiență cu potențial reparatoriu, un răspuns relațional diferit în prezent*. Putem vedea că ambele dimensiuni sunt întotdeauna prezente în relația terapeutică, deși în orice moment dat una sau cealaltă poate pretinde prioritatea (Gilbert și Orlans, 2011).

Lucrul cu Transferul Erotic

Transferul erotic are un istoric lung și oarecum controversat în literatura analitică, de pe vremea când Freud îl privea ca pe o formă de rezistență la tratament, până în timpul prezent, când psihoterapia a fost descrisă în esență ca fiind o relație erotică (Mann, 1997). Mann și alți gânditori contemporani consideră **eroticul** ca *o expresie necesară și inevitabilă a transferului pozitiv, indicând căutarea clientului pentru un nou obiect de transformare*. Mann privește **eroticul** ca *”fiind la baza fanteziilor inconștiente”* și *”însăși cel mai creativ lucru din viață...inextricabil legat de pasiune”* (Mann, 1997). *El consideră că toate relațiile umane sunt într-un fel legate de eros, legătura timpurie mamă-copil fiind prima relație erotică*. Relația terapeutică oferă oportunitatea de a lucra

la conflictele Oedipiene și pre-Oedipiene, prin intermediul unei experiențe transformatoare care poate vindeca trecutul și poate conduce la o capacitate adultă creativă de a iubi. În cadrul acestui proces clientul poate fi ajutat să distingă progresiv între erotismul infantil și sentimentele sexuale adulte. Mann (1997) este de acord că, *de vreme ce impulsurile de dragoste erotică pot fi suprimate în cursul terapiei, iubirea transferențială poate fi folosită în serviciul curei și al insight-ului*. Suntem de acord cu Mann că eroticul este inevitabil prezent în relația terapeutică și chiar dacă terapeutul recunoaște sau nu, el participă la aceasta, așa că este esențial să-și dezvolte sensibilitatea față de acest domeniu al terapiei și să folosească aceste sentimente în interesul creșterii și al schimbării (Gilbert și Orlans, 2011).

Messler Davies (2003) scoate în evidență că în cele mai optime condiții de dezvoltare, *bătălia Oedipiană este "atât câștigată cât și pierdută"*. Ea adaugă că "cu toții trebuie să integrăm aspectele idealizate și de-idealizate atât ale angajamentelor incestuoase heterosexuale cât și homosexuale". În această perspectivă, *relația terapeutică oferă oportunitatea de a re-lucra la aceste tensiuni în siguranța unei relații în care manifestarea sexuală este interzisă și unde putem simboliza aceste experiențe în limbaj și metaforă, astfel încât să putem asimila trecutul*. Terapeutul are rolul "iubitului dezamăgitor și dezamăgit" și are nevoie să se confrunte cu dezamăgirea sa de a nu fi obiectul primar al iubirii. *Ceea ce este crucial în confruntarea cu **transferul și contra-transferul erotic**, este un spațiu sigur de supervizare unde aceste sentimente pot fi recunoscute și explorate cu sinceritate*. Recomandăm prudență în asumarea conducerii de către terapeut în orice dezvaluire a sentimentelor erotice, deoarece acest lucru ridică probleme de putere în relație și pot lăsa clientul simțindu-se dezavantajat și la mila sentimentelor terapeutului. Astfel de dezvăluiri sunt rar folositoare sau necesare (Gilbert și Orlans, 2011).

Mult prea adesea terapeuților în formare li se pare mai ușor să ignore elementele erotice din relația terapeutică în detrimentul progresului terapiei. Credem ca *este vital ca terapeuții să fie confortabili cu propria lor sexualitate, astfel încât să poată fi deschiși și să nu intre în defensivă atunci când clienții aduc sentimente erotice în terapie*. În concluzie, atragem atenția cititorului asupra declarației lui Mann, "că *pacientul stabilește o legătură cu terapeutul precum stabilește o legătură și cu partenerul sexual*" (Mann,

1997); că *maniera clientului de a organiza legătura cu terapeutul aduce un insight valoros în tiparul de întâlnire sexuală cu un partener al clientului*. Aceste idei pot suna descurajant pentru începătorii în profesie, dar în experiența noastră ele adaugă insight-uri valoroase și cu potențial vindecător, demne de luat în seamă în procesul psihoterapeutic (Gilbert și Orlans, 2011).

Bibliografie:

- Badragan, A. (2011). *Transferul psihologic în viața de zi cu zi*. Găsit la adresa: <http://www.cenusadetrandafir.ro/transferul-psihologic-in-viata-de-zi-cu-zi> la 11 Ianuarie, 2011;
- Chartier, J.P. (1993). *Introducere în psihanaliza lui Sigmund Freud*. București: Editura Iri;
- Enăchescu, C. (2003). *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. Iași: Editura Polirom;
- Holdevici, I., Neacșu, V. (2008). *Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică*. București: Editura Kullusys;
- Dafinoiu, I., Vargha, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte*. Iași: Editura Polirom;
- Gilbert, M., Orlans, V. (2011). *Integrative therapy. 100 Key points and techniques*. London and New York: Routledge;

Despre autor:

Carmen-Lucia Stînean este psihoterapeut în formare în cadrul Asociației de Cercetare, Consiliere și Psihoterapie Integrativă, psiholog, absolventă a Universității de Vest din Timișoara, Facultatea de Sociologie și Psihologie, specializarea Psihologie (promoția 2007) și a masterului intitulat Psihologie Comunitară realizat tot în cadrul Universității de Vest din Timișoara (promoția 2009)