

## **Contratransferul**

*Mita Elisabeta Cristina*

Deși s-a scris foarte mult despre transfer în lucrările de referință din domeniul psihanalizei și psihoterapiei, despre contratransfer nu s-a scris prea mult. Poate acest lucru se datorează nevoii narcisice a lumii psihoterapiei de a se vedea pe sine ca „sănătoasă” și pe pacienți ca „nesănătoși”. Din fericire situația s-a schimbat odată cu numeroasele publicații, seminarii și conferințe contemporane dedicate acum acestui subiect.

Prima generație de psihanalisti considerau contratransferul ca fiind doar o reacție la transfer. Abia cu a doua generație (*Paula Heimann*) a început să se spună despre contratransfer că trebuie să aibă și o reacție emoțională, dar care trebuie să fie stăpânită ca să fie operațională.

Reacțiile afective inconștiente ale terapeutului față de pacient sunt descrise ca reacții contratransferențiale. O atitudine pozitivă a terapeutului față de pacient pare să fie o condiție necesară pentru o cură analitică cu bune rezultate. Totuși, dacă această atitudine depășește un anumit nivel critic, ea poate stimula nevoia pacientului de gratificare și dependență. Astfel, contratransferul poate deveni un obstacol în evoluția terapiei și devine în aceste condiții, pentru terapeut, o provocare personală cu efecte asupra dezvoltării și formării sale profesionale.

Contratransferul exprimă răspunsul inevitabil subiectiv, dar informativ, al terapeutului la pacient.

### **Contratransfer și Contrarezistență**

Terapeuții, la fel ca restul oamenilor, nu fac excepție de la a-și manifesta prin acting out sentimentele de transfer și rezistență. Când acest lucru se întâmplă în clinică îl numim contratransfer și contrarezistență. Problema este că pacienții merg la terapie pentru a fi ajutați să-și rezolve comportamentul de transfer și rezistență și atunci când terapeuții răspund cu propriul lor comportament nerezolvat de transfer și rezistență, capacitatea acestora de a-i ajuta este foarte mult diminuată.

Folosim termenii de contratransfer și contrarezistență pentru a reprezenta toate situațiile în care terapeuții au un acting out al sentimentelor față de pacienți care sunt în conflicte caracterologice sau culturale nerezolvate, sau prejudecăți care le aparțin, induse sau nu de sentimentele similare ale pacienților. Această utilizare a termenilor

este o încercare de depășire a diverselor definiții curente ale contratransferului și contrarezistenței. Există clinicieni care împart contratransferul în două categorii: contratransfer obiectiv, indus de pacient și simțit de terapeut, fără tentația de a avea *acting out*; și contratransfer subiectiv, care reprezintă un răspuns irațional dat pacientului, cu originea în fixațiile terapeutului.

Din nefericire, când apar contratransferul și contrarezistența este puțin probabil ca terapeutul să-și dea seama de ele la început, din moment ce sunt legate de impulsuri inconștiente. Un bun indiciu pentru terapeut ar fi sentimentele destul de intense- fie erotice, fie agresive- care sunt experimentate în astfel de momente. Un terapeut „posedat” de sentimente de contratransfer se poate trezi atras în mod irezistibil de un pacient, poate avea porniri ucigașe față de el sau se poate simți exagerat de protector. Aflat în chinurile contrarezistenței, terapeutii s-ar putea să ezite să discute anumite subiecte sau să nu fie receptivi la anumite tipuri de sentimente exprimate de pacient, cum ar fi sentimentele sexuale, de furie sau de iubire. În contrarezistență, terapeutii pot fi tăcuți, pot încerca să schimbe subiectul sau să încerce să folosească interpretări pentru a contracara o idee sau un sentiment cărui îi opun rezistență. De exemplu, un pacient poate exprima furie față de un terapeut care opune rezistență la furie; un astfel de terapeut se poate pripă să interpreteze că această furie nu-i aparține și că ar trebui atribuită părinților pacientului. Întrerupând pacientul cu această interpretare, terapeutul nu-i oferă acestuia șansa să-și dezbată sentimentele față de el pentru a găsi sursa acestor sentimente și nici nu-i dă șansa să distingă între relația reală cu terapeutul și relația de transfer. Tot acest proces este de obicei inconștient și terapeutul poate recurge la raționalizare pentru a-și justifica comportamentul. Doar atunci când terapeutul acordă multă atenție sentimentelor intense trezite în el de un anumit pacient se poate realiza conștientizarea factorilor de contratransfer și contrarezistență implicați.

Atunci când sunt folosite cum trebuie, sentimentele și impulsurile de contratransfer se pot dovedi o sursă de informații care poate fi valorificată. Terapeutul care poate tolera sentimentele care-i sunt induse de pacient, care le poate identifica clar, le poate analiza și controla, are la dispoziția sa, așa cum afirmă Donald Winnicott, o experiență „practică” a iubirii și urii sale în raport cu personalitatea și comportamentul pacientului, bazată pe observație obiectivă. Când terapeutul deține controlul sentimentelor sale de contratransfer, el conduce terapia și nu se lasă condus

de ea. Se poate folosi de astfel de sentimente pentru a-și planifica în mod creativ relația cu pacientul și pentru a asigura cel mai avantajos rezultat.

### **Contratransferul- apariție și influențe**

Recomandarea inițială a lui Freud a fost aceea că analistul ar trebui să funcționeze ca un ecran alb, o oglindă care reflectă sau ca un chirurg psihic. „Nu pot recomanda suficient de insistent colegilor mei ca în timpul tratamentului psihanalitic să-l ia drept exemplu pe chirurgul care lasă deoparte toate afectele sale și chiar mila sa omenească și fixează forțelor sale psihice un singur scop: a realiza operația cât se poate de corect” (Freud, 1912\2004, p.107). Deși derivă din grijile legitime legate de puterea transferului și contratransferului, recomandarea lui Freud ca analistul să facă să-i dispară propria subiectivitate era nu numai imposibil de implementat, ci și adesea contraterapeutică. Ulterior, într-o scrisoare către Sandor Ferenczi, în 1910, părintele psihanalizei a introdus contratransferul ca un aspect al terapiei.

Teoria intersubiectivității a apărut ca o reacție împotriva psihologiei unipersonale și a recomandării inițiale a lui Freud, redefinind contratransferul, rezistența și neutralitatea în termeni relaționali. Teoria umanizează rolul terapeutului și crește respectul pentru pacient prin modalități care sunt favorabile dezvoltării unei relații de atașament. În noua paradigmă, întotdeauna contribuim la ceea ce se întâmplă în interacțiunea terapeutică, la fel ca pacientul. Intersubiectivitatea a fost definită ca „influența reciprocă a subiectivităților conștiente și inconștiente ale celor doi oameni din relație” (Natterson și Friedman, 1995, p.1).

La rândul său, John Bowlby a insistat pentru recunoașterea influenței asupra dezvoltării copilului a realităților comportamentului părinților, susținătorii „psihologiei bipersonale” considerau acum că gândurile, sentimentele și comportamentul pacientului sunt în mare parte un răspuns la terapeut. Cercetarea atașamentului subliniază și ajută la explicarea influenței reciproce mutuale pe care pacienții și terapeuții o exercită inevitabil unii asupra celorlalți. Bowlby a precizat că în copilărie, precum și după aceasta, în mod inconștient, ne adaptăm la cei de care depindem, chiar dacă aceste figuri de atașament sunt bune pentru noi sau nu. Această adaptare, care uneori este de autoînfrângere, marchează de multe ori atașamentele din perioada adultă. Probabil că pacienții și terapeuții sunt, de asemenea, dependenți unii de ceilalți. Știm cum pacienții depind de terapeuții lor, dar avem tendința să ne gândim mai puțin la propriile noastre nevoi în relația cu pacienții noștri.

Teoriile intersubiectivității și atașamentului converg prin faptul că plasează relațiile apropiate și co-create chiar în centrul dezvoltării. Teoriile au în comun, de asemenea, conceptul că sinele în dezvoltare prinde formă în funcție de gândurile, sentimentele și comportamentul care sunt recunoscute și li se permite să se exprime în cadrul acestor relații. Fie în dezvoltarea timpurie, fie în psihoterapie, o relație mai incluzivă generează o lume internă mai integrată, în timp ce o relație care nu poate conține o gamă întreagă de experiențe promovează la copil și menține la adult o lume internă marcată de disociere.

Printre primii autori care au contribuit la înțelegerea contratransferului s-au numărat Annie Reich, Maxwell Gitelson și Ralph Greenson.

Annie Reich a făcut distincția dintre contratransferul general și contratransferul propriu-zis și a fost printre primii autori care și-au dat seama de problema terapeuților care își transpun în acting out sentimentele față de pacienți.

Maxwell Gitelson a sugerat desființarea termenului de contratransfer și a propus în schimb să fie numit „transferul analistului față de pacient”. După părerea sa nu există nici o diferență între transferul pacientului și pacientul analistului- un punct de vedere destul de răspândit și astăzi.

Ralph Greenson a pus accent pe importanța unei relații reale a terapeutului cu pacientul, prin contrast cu relația de transfer-contratransfer.

Heinrich Racker în „Transfer și contratransfer” a introdus conceptul de nevroză în contratransfer, definind-o drept o entitate independentă, partea patologică a contratransferului și expresia nevrozei. În nevroza de contratransfer (contratransfer subiectiv), sentimentele reprimite anterior sunt descărcate, la fel ca în nevroza de transfer- cu excepția faptului că terapeutul este cel care descarcă sentimente iraționale asupra pacientului. Atât Racker cât și Reich afirmă universalitatea acestui fenomen și evidențiază faptul că dacă doresc să funcționeze la maximum în situația analitică, terapeuții trebuie să fie conștienți de transferurile lor către pacienți și să le neutralizeze; dacă nu sunt conștienți de ele, este foarte probabil să manifeste un acting out, pentru 1) a-și împlini impulsurile inconștiente și adesea infantile ale id-ului; 2) a se apăra de aceste impulsuri ale id-ului și 3) pentru a demonstra că nu s-a deteriorat nimic drept consecință a acestor impulsuri.

Heinrich Racker a fost primul care a analizat amănunțit relația pacient/terapeut ca relație bilaterală, în care atât pacientul, cât și terapeutul trebuie să-și rezolve transferul și să-și depășească rezistențele. Tot Racker a fost printre primii care

au constatat că sentimentele manifestate în contratransfer pot fi folosite de către terapeuți drept barometru care indică ceea ce se întâmplă în inconștientul pacientului. De exemplu, dacă terapeutul ar începe să se simtă plictisit, el ar putea presupune că pacientul evită ceva; dacă s-ar enerva pe pacient, aceasta ar indica de obicei că pacientul și-a dorit să-l enerveze pe terapeut; iar dacă terapeutul ar simți o stare de excitație sexuală, aceasta ar fi atribuită seducției inconștiente a pacientului. Prin urmare, în cadrul tratamentului, contratransferul a fost considerat de Racker la fel de important ca transferul.

După Freud, transferul este terenul unde au loc luptele principale dintre pacient și terapeut, pentru cucerirea rezistențelor pacientului. Racker a considerat contratransferul cealaltă jumătate a terenului, unde se dau luptele principale pentru a se cuceri rezistențele analistului, adică contrarezistențele.

Racker compară principiul de bază al tehnicii analitice cu străvechiul dicton socratic „Cunoaște-te pe tine însuși”. El vede sensul analizei în a-l ajuta pe pacient să dobândească uniunea cu sine însuși, printr-o acceptare afectivă și conștientă deplină a tot ceea ce a fost cândva negat la modul patologic în copilăria timpurie. Tehnica analitică încearcă să recupereze adevăratul sine, pentru a fi reunite cu ceea ce s-a pierdut în drumul către maturitate.

În relația terapeutică, atenția terapeutului se axează pe revenirea tuturor proceselor infantile care au fost reprimare (adică prin manifestarea inconștientului pacientului). În cadrul și prin intermediul acestei reveniri, adică a transferului, terapeutul încearcă să înfrângă metodele distructive de apărare ale pacientului. Făcând legătura între ceea ce se întâmplă în relația pacientului cu lumea externă și ceea ce se întâmplă în relația de transfer cu terapeutul, acesta din urmă poate pune totul cap la cap și, folosindu-se de sentimentele sale de contratransfer, îi poate spune pacientului ceea ce acesta are nevoie să știe, pentru a-și reunifica partea conștientă cu cea inconștientă.

Terapeutul trebuie să rămână ferm și empatic când se confruntă cu transferul de ostilitate al pacienților, cu acting out-ul intențiilor lor sexuale sau cu orice alte situații provocatoare și cu caracter incendiar. A fi terapeut înseamnă să nu-ți iei revanșa, să nu intri în cercul nevrotic vicios, să nu cedezi manevrelor defensive ale pacientului sau să te pierzi în încercările lui de a sabota relația, ci să cauți permanent înțelegerea și să te lupți cu transferul pacientului, precum și cu propriul contratransfer. Pentru a putea ajuta un pacient să fie autentic, terapeutul însuși trebuie să fie autentic.

În fond, terapeutul trebuie să petreacă la fel de mult timp analizându-și propriul transfer pe cât o face analizându-l pe acela al pacientului.

Mai recent, analiști precum Robert Langs, Harold Searles, Hyman Spotnitz și D.W. Winnicott s-au ocupat de felul în care terapeutul trebuie să știe cum să folosească contratransferul. Langs arată cum induc terapeuții transferurile, cel mai adesea fără să-și dea seama, oferind un cadru detaliat pentru controlarea terenului de forță dintre terapeut și pacient. Searles, Spotnitz și Winnicott prezintă modul în care terapeuții își pot exprima sentimentele de contratransfer, pentru a ieși dintr-un impas, pentru a arăta pacientului ce impact are asupra terapeutului sau pentru a-l imuniza la agresiune (fie ea a pacientului sau a terapeutului). Ei susțin că terapeuții care sunt de acord cu ei înșiși nu au nevoie să se ascundă în spatele unei măști inexpressive.

### **Concluzii**

Scopul terapiei este să permită oamenilor să renunțe la rezistențe treptat, de exemplu în relațiile lor cu iubiții sau prietenii sau cu propria lor creativitate. Pentru că experiențele noastre de iubire, de spontaneitate și creativitate ne fac să simțim că merită să trăim. A participa plenar la aceste lucruri este ceea ce dă sens vieții și o face o plăcere, mai degrabă decât o luptă. Terapeuții care nu au ajuns în punctul în care să poată cu adevărat renunța la rezistențe când este cazul fie în viețile lor personale, fie în relațiile terapeutice nu-și îngăduie nici lor, nici pacienților să crească.

În calitate de viitori terapeuți trebuie să luăm poziție și să recunoaștem existența și persistența unei mari cantități de psihopatologie în noi înșine și să renunțăm la atitudinea noastră defensivă. Întrebarea nu se mai pune dacă avem contratransfer și contrarezistență, ci devine „La ce fel de contratransferuri și contrarezistențe sunt predispuși?” Pentru a găsi răspunsul ne uităm la acele părți din mamele, tații, frații și surorile noastre pe care nu le-am agreat sau care ne-au creat probleme. Este important să le putem categoriza astfel încât să fim puși în gardă și să ne cunoaștem sensibilitățile față de anumiți pacienți sau anumite tipuri de conținuturi.

### ***Despre autor***

**Mita Elisabeta Cristina** este psihoterapeut în formare în cadrul Asociației de Cercetare, Consiliere și Psihoterapie Integrativă, absolventă a Facultății de Sociologie și Psihologie, specializarea Psihologie, Universitatea Spiru-Haret București, având funcția de psiholog al departamentului de Adopții și Postadopții din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Caraș-Severin.