

- asupra formelor și obiectelor sexualității adulte;
- asupra activităților creatoare, artistice, vocaționale sau a altor activități sublimite;
- asupra formării caracterului;
- asupra oricăror simptome nevrotice pe care individul le dezvoltă mai târziu (Brenner, 1973).

În circumstanțe favorabile, copilul părăsește cele mai multe dintre dorințele ostile și nevrotice ale complexului Oedip și efectuează o identificare cu părintele de același sex, în special cu normele sale morale, cu interdicțiile sale. Aceasta este matricea zonei morale a personalității denumită SUPEREGO. Această instanță analizează și îi judecă gândurile și acțiunile în termenii de «bine» și «rău». Ea poate pedepsi, repara sau regreta acțiunile rele sau dimpotrivă, poate recompensa cu creșterea stimei față de propria persoană și acțiune în cazul gândurilor și actelor morale. SUPEREGO-ul — sămînța conștiinței și sursa sentimentului de vinovăție, în anumite condiții SUPEREGO-ul poate fi la fel de impulsiv și vehement ca și orice alt instinct primitiv din ID (SINE). Acest lucru este deosebit de evident în stările depresive.

**Perioada de latență.** O dată cu trecerea complexului Oedip, și paralel cu consolidarea SUPEREGO-ului, începe o perioadă relativ liniștită și anume o perioadă de latență. Acum copilul poate fi socializat, își poate orienta sfera de interese către o lume mai largă, în care procesul de educație devine o experiență de viață formală cu reguli mai stricte. Această stare durează pînă la pubertate și adolescență. Transformările care au loc în această perioadă sînt cruciale pentru stabilirea identității adultului. Ca rezultat al transformărilor fiziologice și psihologice implicate în asumarea rolului de adult, conflictele copilăriei sînt din nou evocate. Numeroasele fantasme, care inițial au servit ca vehicule ale pulsionilor în copilărie, devin acum fenomene conștiente care acompaniază actul masturbator al adolescentului. Sentimentul de vinovăție indus de masturbare derivă, în primul rînd, din dorințele inconștiente care-și găsesc expresia în fantasma masturbării.

În timpul adolescenței se face o a doua încercare de a rezolva conflictele iscate de dorințele copilului (prin rezolvarea cu succes a acestora, individul își consolidează ca adult propria identitate sexuală, rolul său sexual și responsabilitățile sale morale, alegerea unei ocupații sau profesii).

Conflictele care-și au originea într-una din fazele vieții sînt parte din dezvoltarea umană normală. Expresia necon-

trolată a anumitor impulsuri instinctuale poate avea consecințe dezastruoase pentru individ. Libera exprimare a pulsionilor reprezintă o confruntare majoră în moralitatea individului și ar putea, în anumite împrejurări, să provoace un răspuns sever din partea SUPEREGO-ului sub forma vinovăției și autopedepsirii. Ii revine EGO-ului să medieze cerințele și nevoile vieții reale. Întreaga viață psihică reprezintă o balanță în permanentă mișcare, oscilație, un echilibru subtil, fragil între presiunea ID-ului, a SUPRAEGO-ului și realitate. Se pare că cel mai eficace mod de a aborda un conflict este să îndepărtezi mereu din conștiință pulsionile. Cînd se reușește acest lucru, putem vorbi de o represie reușită. Dar în cele mai multe cazuri victoria nu este în mod absolut a unuia dintre combatanți. Prin însăși natura lor, dorințele inconștiente rămîn în mișcare și din timp amenință să învingă mecanismele de reprimare instituite să le restrîngă. Astfel de intruziuni pot precipita atacul de panică sau într-o formă mai ușoară anxietatea. În anumite circumstanțe, EGO-ul întreprinde noi măsuri spre a se debarasa de neplăcutul sentiment de anxietate. Dacă nu poate fi menținută o represiune eficace, numeroase compromisuri trebuie să fie efectuate prin punerea în acțiune a mecanismelor de apărare. Anumite compromisuri realizate prin mijlocirea mecanismelor de apărare pot deveni aspecte permanente ale caracterului unui individ.

Rezolvarea nereușită a conflictelor intrapsihice își găsește expresia în nevroză, în trăirile și trăsăturile nevrotice de caracter, inhibiții, perversiuni sexuale și modele de comportament de natură nevrotică sau de autoapărare. În toate aceste cazuri creșterea și dezvoltarea personalității au fost interferate și s-a soldat cu suferințe, restrîngerii a capacității și libertății individului.

## PSIHOTERAPIA ÎN CONCEPȚIA PSIHANALIZEI

**Suportul teoretic al psihoterapiei.** Principiile și tehnicile psihoterapiei psihanalitice se bazează pe teoria psihanalitică a nevrozei. Prin urmare, modificările acestei teorii au fost inițiate și însoțite de schimbările de tehnică. Inițial, Freud a intuit că simptomele nevrotice erau rezultatul tensiunii emoționale închise, blocate, nedescărcate, generată prin represia amintirii unei psihotraume sexuale în copilărie. La început el a utilizat hipnoza pentru a obține cathar-

sisul emoțional și abreația traumei. Deoarece mulți dintre pacienții săi nu puteau fi hipnotizați, el a părăsit hipnoza în favoarea sugestiei puternice, o tehnică de evocare obținută prin cereri insistente, presante ale terapeutului. Printre altele, această tehnică a produs «artefact» sub forma unor fantezii sexuale despre copilărie, pe care pacientul le oferă terapeutului drept evocări ale unor evenimente reale. Valorificând avantajul noilor sale concepte operaționale (dinamica inconștientului, principiul determinismului psihic absolut), Freud a redus elementul sugestiei la minim printr-un nou procedeu tehnic în care a cerut pacientului să expună liber și fără cenzură critică orice îi trece prin minte. Astfel a apărut tehnica «asociației libere».

În perioade în care modelul topografic al psihicului era predominant în gândirea lui Freud, obiectivul tehnic principal era să aducă în câmpul conștiinței conținutul inconștientului. Spusele pacientului erau interpretate conform principiilor foarte asemănătoare cu cele expuse în «Interpretarea visurilor». Cea mai izbitoare descoperire pe care a făcut-o Freud în această perioadă a fost «fenomenul de transfer» (o atitudine absolut unică, cu mare încărcătură emoțională, pe care pacientul adoptă față de analist și care reprezintă o repetare a dorințelor fantasmatică ale individului referitoare la obiectele din trecut, dar care astăzi sunt proiectate asupra analistului). Descoperirea faptului că forțele antiinstinctuale ale minții, de exemplu mecanismele de apărare, vinovăția și autopedepsirea, ar putea să acționeze și la nivel inconștient, a contribuit la elaborarea teoriei structurale. Aplicată la tehnica psihoterapiei, teoria structurală a subliniat necesitatea de a analiza funcționarea mecanismelor de apărare și a tendințelor de autopedepsire. Elucidarea naturii pericolului inconștient și a calității anxietății însoțitoare asupra apariției sale au devenit din acest moment punctele principale ale tehnicii analitice.

În ultimii ani, încercarea de a aplica terapia psihanalitică la cazuri, înainte refractare la această tehnică, a necesitat colaborarea unor noi metode tehnice. Franz Alexander (1932), a intuit că, deoarece cei mai mulți dintre pacienți au fost traumatizați datorită unor greșeli de educație a părinților, este necesar ca terapeutul să producă «o experiență emoțională corectivă», care să contracareze afectele traumei inițiale. Perfecționări mai recente ale acestor idei au fost propuse de E. R. Zetzel (1970) și Ralph Greensan (1967) care au subliniat măsurile speciale centrale spre a câștiga încrederea pentru a institui o cooperare potrivită

între terapeut și pacient. Greensan, mai ales, a subliniat importanța personalității reale a analistului. Cîțiva ana-  
liști, influențați de ideile lui Melanie Klein, în reacția emo-  
țională a terapeutului văd o oglindă a ceea ce pacientul  
trăiește conștient/inconștient (Weigert, 1970; Rocker, 1953).  
Heinz Kohut (1971) a sugerat cîteva inovații tehnice des-  
tinate să crească stima față de sine a pacienților cu tulbu-  
rări de personalitate de tip narcisiac. Mai mult, combinarea  
psihanalizei cu alte modalități de tratament, cum ar fi far-  
macoterapia, terapia de grup, interacțiunea cu familia, a  
fost propusă ca metodă de lucru.

**Debutul nevrozei.** În apariția tulburărilor nevrotice, con-  
flictele copilăriei sînt de importanță capitală. Ulterior,  
cele mai obișnuite și cele mai semnificative conflicte sînt  
acelea determinate de dorințele fazei oedipiene. Toți copiii  
au conflicte și cei mai mulți dintre ei au, într-o anumită  
formă, o nevroză infantilă. În general, nevroza infantilă  
îmbracă formele: unei neliniști generalizate; coșmaruri; fo-  
bii, ticuri, manierisme; practici rituale. Cele mai multe  
dintre tulburările de comportament primare ale copilăriei  
reprezintă forme deghețate de nevroză, din care elementele  
de frică manifestă au dispărut. Fobia este probabil cel mai  
frecvent simptom al nevrozei infantile. În cele mai multe  
cazuri, o dată cu trecerea fazei oedipiene, tulburările provo-  
cate de conflictele instinctuale sînt suficient ameliorate spre  
a permite o evoluție normală a copilului. În unele cazuri,  
nevroza infantilă continuă cu mici schimbări în viața adul-  
tă.

Nevroza la adult poate reapare cînd balanța dintre pre-  
siunile pulsionale și mecanismele de apărare ale EGO-ului  
este dezechilibrată. Există 3 situații tipice cînd apare acest  
fenomen:

Un individ poate fi incapabil să tolereze încărcătura psi-  
hologică suplimentară pe care dezvoltarea normală o pla-  
sează pe el;

- semnificația inconștientă a devenirii ca adult;
- asumarea responsabilităților căsătoriei, precum și în-  
fruntarea provocărilor agresive;
- competiția din viața adultă se poate dovedi a fi prea  
impovăraătoare pentru EGO.

Dezamăgirea, înfrîngerea, pierderea dragostei, boala ne-  
vrotică sau alte secvențe inevitabile ale condiției umane pot  
determina individul să devieze din realitatea înconjurătoare  
și inconștient să caute mulțumirea în lumea fantasmelor.  
Aceasta, de obicei, implică și o reactivare (represie) a dorin-

țelor fantasmatică din sfera oedipiană. Pe măsură ce aceste dorințe, sînt active regresiv, conflictele și temerile copilăriei sînt readuse la viață și începe procesul de continuare a simptomelor. Dorințele fantastice care sînt reactivate regresiv sînt cele care anterior au fost obiectul fixației.

Printr-o combinație de împrejurări se poate trezi în viața adultă într-o situație care corespunde, în aspectele ei esențiale, unei traume din copilărie sau unei fantasme conflictuale. Realitatea actuală este atunci percepută deformat prin prisma conflictului infantil și individul răspunde așa cum a făcut-o în copilărie, astfel, apărînd simptomele specifice.

**Procesul psihoterapeutic.** Procedeu tehnic standard al psihanalizei utilizat pentru studierea funcționării psihicului este cunoscut sub numele de situație psihanalitică (psyhanalytic situation). Se cere pacientului să se așeze în decubit pe o canapea, fără a privi spre terapeut. Atît cît este posibil s-o facă, se cere pacientului să exprime în cuvinte orice gânduri, imagini, sentimente, cu alte cuvinte, ce îi vine în minte. Se cere să-și exprime aceste gânduri cît se poate de sincer, fără distorsiuni, cenzuri, inhibiții sau prejudecăți referitoare la semnificația sau lipsa semnificației a oricărui element.

Așezat în spatele canapelei, terapeutul ascultă într-o atitudine necritică, într-o atitudine de curiozitate benignă. În termenii unui strict determinism psihic orice element al gândirii sau comportamentului este observat și evaluat în contextul celorlalte producții ale pacientului. Persoana analistului, valorile personale, judecățile sale sînt strict excluse din relaționarea terapeutică.

Din timp în timp analistul întrerupe curgerea liberă a asociațiilor pacientului pentru a face conexiuni între variatele elemente ale gândirii pacientului. Prin acestea el interferă, pe moment, cu rolul pacientului de povestitor pasiv și îl determină pe acesta să facă posibile conexiuni și să reflecteze la semnificația asociațiilor sale. Intervențiile analistului pe moment schimbă rolul pacientului care din povestitor pasiv devine uneori interpret. Principiul liberei asociații se modifică întrucîtva în domeniul interpretării visurilor. În acest caz analistul poate cere pacientului să-i relateze ce-i vine în minte legat de anumite imagini de vis.

Condițiile practice de desfășurare a tratamentului sînt, de asemenea strict definite. De la început se stabilește o schemă fixă a întîlnirilor și a remunerării ședințelor, care va fi respectată pe durata tratamentului. Orice încercare a pacientului de a se abate de la condițiile tehnice,

ale situației psihanalitice, va fi investigată și analizată. Schimbarea condițiilor fundamentale de desfășurare a tratamentului nu este recomandabilă și atunci cînd este necesară, este efectuată prin consimțămînt mutual între analist și pacient și după ce problema a fost analizată.

Principiul tehnic care stă la baza organizării situației psihanalitice urmărește să creeze un set de condiții în care funcționarea minții pacientului, precum și gândurile și imaginile care vin în conștiința pacientului, să fie cît mai mult posibil de origine strict internă (endogenă). Gîndurile și asocierile pacientului vor apare astfel, în primul rînd, din sursa generată de presiunea internă, permanentă, dinamică a pulsionilor, așa cum sînt ele structurate în fantasme inconștiente.

Gîndurile și asociațiile sale nu vor reprezenta răspunsuri la manipulări externe, la rugăminți, stimulări sau la acțiunea factorilor educaționali. Aceasta reprezintă un fapt unic psihanalitic în relația terapeutică. În condițiile situației analitice influența forțelor psihice cele mai intime poate fi mai ușor și mai clar observată decît în alte situații obișnuite. Este posibil ca materialul pînă acum înnăbușit, reprimat, să fie verbalizat și analizat. Aceasta presupune cea mai riguroasă respectare a principiilor profesionale din partea analistului. Tot ceea ce face el trebuie să fie în scopul avansării pacientului în procesul de introspecție prin intermediul psihanalizei. Prin urmare, nu există datorie mai mare decît aceea de a păstra stricta confidențialitate a pacientului. Comunicarea oricărui material obținut prin psihanaliză către oricine este contrară spiritului psihanalizei, chiar dacă pacientul crede că o încălcare a confidențialității este în folosul său. Psihanaliza implică angajamentul de schimbare prin procesul de autoexaminare critică. Pentru a menține continuitatea procesului analitic sînt necesare cel puțin 4 ședințe pe săptămînă; fiecare ședință durează cel puțin 45 min.; întregul tratament durează cîtiva ani. Este clar că începerea unui tratament psihanalitic implică o mare responsabilitate, deoarece angajează un considerabil sacrificiu de timp, efort și bani. Acestea nu sînt condiții la care cineva aderă cu ușurință.

Situația psihanalitică a fost structurată în această manieră pentru a face posibilă atingerea scopului terapiei psihanalitice, altfel spus, să ajute pacientului să obțină rezolvarea conflictelor intrapsihice prin înțelegerea acestor conflicte și prin tratarea lor într-o manieră mai matură, înțeleaptă. Deoarece situația analitică este relativ ferită de

influența relațiilor interpersonale, interacțiunea celor 3 componente psihice: EGO, ID, SUPEREGO, poate fi studiată într-un mod mai obiectiv, făcând posibil să se demonstreze pacientului care parte din psihicul său, din comportamentul său este determinată de dorințe, conflicte și fantasme intime și care parte reprezintă un răspuns matur la lumea obiectivă.

**Mecanismele psihoterapiei în viziunea psihanalitică.** Procesul psihoterapeutic poate fi divizat în 4 faze:

- Faza de deschidere (introdactivă);
- Dezvoltarea transferului;
- Lucrul ca atare (fazele de lucru ca atare);
- Rezoluția (rezolvarea) transferului.

*Faza de deschidere* (introdactivă, de început). Observația psihanalitică începe încă din primul moment al contactului între medic și pacient. Tot ceea ce pacientul spune și face este notat pentru o posibilă semnificație și folosință ulterioară în tratament. Setul inițial de interviuri reprezintă o porțiune din faza de deschidere. În timpul acestor interviuri natura dificultăților pacientului este stabilită cu certitudine și se decide dacă analiza este indicată. Pentru a determina acest lucru, este necesar ca analistul să aștepte mai mult posibil despre pacient, de exemplu: situația sa existentă actuală, greutățile reale, ce a reușit să realizeze, relațiile cu ceilalți, istoricul familiei sale, dezvoltarea, copilăria. Nu trebuie încurajată expunerea istorică formală, după o schemă prestabilită. Prioritatea asupra subiectelor discutate va fi lăsată la latitudinea și intuiția pacientului. Se pot afla multe din modul cum pacientul își expune practic problemele reale analistului, după cum răspunde la rigorele contractului analitic. Înțelegerea situației analitice trebuie foarte clar realizată încă de la început, iar responsabilitățile ambelor părți foarte explicit stabilite.

După câteva interviuri «față în față» începe a II-a parte a primei faze de deschidere, în care pacientul ia loc pe canapea. Nu există doi pacienți care să înceapă odată tratamentul în același fel. Unii găsesc că este dificil să se întindă pe canapea și să spună ce le trece prin minte; alții tratează cu ușurință aceste noi condiții. Tot ceea ce pacientul spune sau face, poziția pe care o adoptă pe canapea, hainele pe care le poartă, propozițiile sale specifice, ceea ce alege spre a prezenta ca declarație de deschidere (de început) a ședinței, dacă este punctual la venire, — toate acestea sînt reținute drept chei pentru descifrarea proceselor psihice inconștiente.

În timpul acestei faze, analistul continuă să observe și să afle mai mult despre istoricul și evoluția pacientului. El ajunge să înțeleagă în linii mari natura conflictelor inconștiente ale pacientului și are posibilitatea să studieze modulele specifice prin care pacientul refuză să se dezvăluie sau să devină conștient de gânduri și sentimente repudiate. Progresiv, analistul devine capabil să detecteze un curent continuu de teme care apar într-un context caracteristic, care au o secvențialitate relativ uniformă și se manifestă repetat într-o mare varietate de configurații semnificative. Aceste producții ale pacientului trebuie înțelese în termenii unei fantezii persistente, inconștiente, reprezentînd dorințe din copilărie, active, dinamice în viața actuală a pacientului sub forme deghizate și distorsionate. În etapele inițiale, analistul lucrează aproape exclusiv cu aspecte superficiale ale producțiilor pacientului. El încearcă să demonstreze pacientului corelații semnificative în materialul prezentat, dar se oprește mai întîi doar asupra acelor elemente care sînt ușor accesibile în câmpul conștiinței și care, prin urmare, nu sînt prea apropiate de conflictele fundamentale ale pacientului. În cazurile obișnuite această fază inițială durează între 3 și 6 luni.

*Dezvoltarea transferului.* Următoarele faze ale tratamentului, transferul și consolidarea (working through), constituie partea majoră a travaliului terapeutic și în realitate se suprapun. La un anumit moment al tratamentului, cînd este evident că pacientul este gata să lege dificultățile actuale de conflictele inconștiente din copilărie, conflicte generate de dorințe îndreptate asupra uneia sau unor persoane importante din viața sa, apare un fenomen nou și interesant. Din punct de vedere emoțional, persoana analistului îmbracă o semnificație realistă a impulsurilor sale, a anxietăților sale și elaborează decizii adecvate, la un nivel matur și realist. În acest mod, analiza ajută pacientul să obțină o refacere majoră a echilibrului dintre impuls și conflict. Aceasta este tipul de reechilibrare care în final conduce la o rezolvare fericită a conflictului patogen de îndată ce pacientul reușește să înțeleagă nu numai natura temerilor sale de autopedeșire. În cea mai mare parte și acestea sînt inconștiente.

*Faza de lucru ca atare* (de continuare și consolidare). Această fază a tratamentului coincide cu transferul și continuă analiza acestui fenomen. Una sau două experimente de introspecție și lămurire, clarificare (insight) a naturii conflictelor nu sînt suficiente pentru a schimba

lucrurile. Analiza transferului trebuie continuată de multe ori și în multe feluri diverse. Introspecția și clarificarea pacientului asupra propriilor probleme prin intermediul transferului sînt permanent adîncite și consolidate prin procesul de «working through», care constă în repetiție, elaborare și amplificare. Acest proces (w. th.) acționează ca un fel de catalizator între analiza transferului și învingerea uitării care se așterne peste experiențele cruciale ale copilăriei (Greenacre, 1956). De obicei, analiza cu succes a fenomenului de transfer este urmată de apariția din memorie a unor evenimente sau fantasme importante din trecutul pacientului. Analiza transferului ușurează evocarea. Această evocare, rechemare, iluminează asupra naturii transferului; această relație reciprocă devine o relație majoră în viața pacientului. Percepția analistului de către pacient, păreri pacientului adresate analistului devin inadecvate, iar răspunsul pacientului către analist se abate de la exigențele realității. Relația pacientului cu analistul se distorsionează pe măsură ce încearcă să introducă considerații personale în locul celor profesionale în relația dintre ea. Înțelegerea transferului a fost una din marile descoperiri ale lui Freud. El a intuit că în transfer pacientul re trăiește o versiune tîrzie a unor amintiri uitate din copilărie și a unor fantasme repetate inconștiente. Transferul, prin urmare, ar putea fi înțeles ca o formă a memoriei în care repetarea activă înlocuiește simpla evocare a evenimentelor. Este vulgarizată interpretarea conceptului de transfer sub forma «pacientul se îndrăgostește de analist». Transferul este un fenomen mult mai precis, cu rădăcini în istoria individului și care ilustrează cum trecutul uitat rămîne activ, dinamic în prezent.

Analiza transferului rămîne una din pietrele de hotar ale tehnicii psihanalitice. Ea ajută pe pacient să distingă realitatea de fantezie, trecutul de prezent și arată pacientului realitatea forței cu care persistă dorințele fantastice ale copilăriei. Analiza transferului ajută pe pacient să înțeleagă într-un mod foarte real cum el percepe, interpretează și răspunde eronat solicitărilor prezentului datorită trecutului său (în termenii proprii trecutului său). În locul modalităților stereotipe, automate, necontrolate, prin care pacientul răspunde inconștient fantasmelor sale inconștiente, acesta este acum capabil să evalueze natura acestora. Înțelegerea transferului și amintirea trecutului consolidează iluminarea pacientului asupra conflictelor sale și întărește convingerea sa asupra reconstrucțiilor interpretative făcute în cursul tratamentului său.

*Rezolvarea transferului.* Rezoluția transferului cuprinde faza terminală a tratamentului, cînd pacientul și analistul sînt de acord cu scopurile majore ale analizei, că acestea au fost atinse și procesul de transfer este bine înțeles; se fixează o dată pentru terminarea tratamentului. Tehnic vorbind, scopul analistului este să rezolve atașamentul nevrotic, inconștient al pacientului față de el. Există un număr de impresionante aspecte tipice pentru această fază. Cea mai caracteristică este o bruscă și intensă agravare a principalelor simptome pentru care pacientul a solicitat tratamentul. Se pare, în acele momente, că toată munca de analiză a fost zadarnică. Conform psihanalizei, această interesantă turnură a evenimentelor poate fi înțeleasă ca un ultim efort disperat al pacientului spre a convinge analistul că nu este încă pregătit să termine transferul și deci să-i permită să continue indefinit relația stabilită. Există multe motive ale acestei atitudini inconștiente. În parte, pacientul nu este doritor să renunțe la o relație atît de satisfăcătoare și utilă pentru el. Pe de altă parte ea continuă o persistență a unei atitudini pasive, dependența din copilărie. Dar în cea mai mare parte, ea reprezintă un efort al ultimei șanse de a determina pe analist să îndeplinească dorințele profund inconștiente, fantastice, infantile, care au fost sursa conflictelor pacientului.

Un alt fenomen interesant care se produce în faze de terminare a tratamentului este apariția în memorie a unor amintiri anterior repetate care confirmă sau elaborează reconstrucțiile sau interpretările făcute în faze mai timpurii ale analizei. Este ca și cum pacientul ar oferi clarificări și explicații analistului, sub forma unui cadou de mulțumire. Inconștient, au adesea semnificația dăruirii unui copil analistului, darul unei noi vieți, ca o formă de mulțumire pentru noua viață pe care analiza a făcut-o posibilă pentru pacient.

În fine, în timpul fazei terminale a tratamentului, pacientul poate revela un set de dorințe pînă acum tînuite, grupe în jurul unei intense dorințe de a fi transformat ca prin minune într-o persoană omnipotentă sau atotștiutoare, o stăruitoare dorință pe care a ținut-o secretă de-a lungul întregii analize, dar pe care speră tot timpul să și-o îndeplinească la sfîrșitul tratamentului. Este foarte important ca în această perioadă să se analizeze toate fantasmele pe care le are pacientul despre «cum vor fi lucrurile după terminarea analizei» (Schimmidenberg, 1938). Dacă nu reușește rezolvarea tuturor acestor probleme expuse mai sus, posibilitatea recăderii este foarte probabilă.

**Probleme privind tratamentul prin psihanaliză.** Din descrierea psihanalizei ca terapie, ar trebui să reiasă cu claritate că orice pacient potențial trebuie să fie capabil să îndeplinească anumite cerințe obiective, cât și personale. În special, el trebuie să fie puternic motivat în a-și depăși dificultățile printr-o autoanaliză onestă. Deoarece este dificil la început să prezici într-un mod cert cât va dura tratamentul, pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a se angaja înainte, că va avea o lungă perioadă de timp la dispoziție pentru a termina cu succes analiza. Mai mult, el trebuie să fie capabil să accepte rigorile impuse de contactul psihanalitic, așa cum au fost arătate anterior.

Dialogul psihanalitic este o formă deosebită de comunicare, necesitând în mod inevitabil frustrarea de dorințele transferului. Un pacient trebuie să fie capabil să accepte astfel de fantezii și să-și exprime gândurile și simțămintele sale mai degrabă în cuvinte decât în acțiuni. Cei impulsivi, ambițioși, egocentriți și cei pronunțat narcisiști s-ar putea să nu fie capabili să se acomodeze cu aceste exigențe. Oamenii care sînt necinstiți, mincinoșii patologici, psihopații, cu siguranță că nu vor subiecte asemănătoare ale procesului de completă și necruțătoare autodesoperire. Deoarece cooperarea pacientului cu analistul în această autoexplorare are un oarecare grad de obiectivitate și capacitate de a discerne corect realitatea, funcțiuni care sînt sever afectate în psihoze, psihanaliza poate fi rar folosită în tratamentul acestor cazuri, cu excepția unor circumstanțe foarte deosebite.

Deoarece psihanaliza este consumatoare de timp, scumpă, dificilă, nu este indicată în cazurile în care dificultățile sînt relativ minore. Suferința și durerea veritabilă sînt cei mai credincioși aliați ai procesului analitic. Prin clarificare, psihanaliza oferă, permite pacientului să-și depășească conflictele intime. Aceasta poate fi util doar în măsura în care astfel de clarificări, iluminări pot modifica constructiv viața individului.

Dacă situația obiectivă a pacientului este atât de gravă încît el nu poate face nimic spre a o schimba, clarificarea adusă de psihanaliză nu va fi de nici un folos. Acest lucru poate fi evident, de exemplu, în acele cazuri în care analistul vede cum povestirea pacientului reflectă lupta de viață împotriva unor impulsuri ucigașe, distructive sau autodistructive, consecința a unor malformații congenitale grave sau a unor invalidități apărute foarte devreme, în copilărie. Nici o clarificare psihologică nu poate compensa nedreptățile destinului.

Deoarece o parte atît de însemnată din tehnica psihanalitică se bazează pe analiza transferului, psihanaliza este deosebit de utilă în acele situații în care atașamentul de transfer tinde să devină foarte puternic. Aceasta este valabil pentru entitățile nevrotice clasice: isterie, isterie anxioasă, nevroză obsesivo-compulsivă, o varietate de stări caracterizate prin anxietate. În practica actuală, psihozele și psihonevrozele tind să se suprapună. Eticheta diagnostică aplicată unei entități particulare de obicei reflectă mecanismul de defensă major utilizat spre a îndepărta anxietatea. În isterie, de exemplu, printr-un proces denumit conversiune, energia unei dorințe sexuale pe care EGO-ul nu a fost capabil să o reprime cu succes, poate fi transformată în alterări ale unor funcții somatice, cum ar fi: paralizia, anestezia, parestezii etc. O fantasmă inconștientă, continuînd în scurgerea unui proces, poate deveni manifestă pe plan conștient sub forma unei senzații de «nod în gît», clasicul «globus histericus». Să reținem că un simptom este rezultatul unui compromis: inconștient, el satisface dorințe, dar reprezintă și nevoia de pedeapsă, în același timp.

Fobiile sînt tipice pentru isteria cu manifestări anxioase. Pacientul fobic își îndepărtează anxietatea prin considerarea unor obiecte sau situații din lumea exterioară ca reprezentări ale unor impulsuri inconștiente. Într-o formă de agorafobie, pacientul devine anxios cînd iese în stradă, reprezentînd locul unde este posibil să îndeplinească dorința inconștientă de a se prostitua. Mecanismul de defensă este dublu. Pericolul intim (sexual) este proiectat asupra unui obiect extern: strada. Prin evitarea obiectului extern, pacientul controlează un pericol intern. Mecanismele de apărare reprezintă o combinație de protecție și evitare.

Psihanaliza este de asemenea aplicabilă pentru diferite tipuri de tulburări de caracter care actualmente reprezintă substitutul simptomelor nevrotice. Anxietatea indusă de conflictele inconștiente poate fi îndepărtată prin intervenția permanentă a mecanismelor de apărare care în ultimă instanță sînt incorporate în structurile de caracter ale personalității. Pentru o persoană condusă de impulsuri inconștiente este foarte ușor să interpreteze greșit dansul ca un libertinaj sexual periculos, este mult mai acceptabil să evite să danseze decât să resimtă roșeața în obraji, palpitații, transpirații, atunci cînd încearcă să danseze.

Mecanismele de inhibiție sînt identice cu cele implicate în apariția febrei. O astfel de persoană poate fi diagnosti-

cată ca suferind de tulburări de personalitate (caracter), de tip falic. Sînt multe feluri de tulburări de personalitate (caracter) de acest tip: isterică, obsesivă, compulsivă etc. Arlow (1972) a demonstrat cum anumite trăsături de caracter care includ «micii mincinoși», cei care înșeală, personalitățile nerealiste, se poate spune că suferă de perverti-rea caracterului.

Dificultățile sexuale, cum ar fi ejacularea prematură, depresiile nevrotice, răspund de obicei la tratamentul psihanalitic. Tulburările de comportament mai extinse care interferează motivațiile pacientului pentru fericire, succes, pot fi originare în conflicte inconștiente și pot fi tratate psihanalitic. Unii bărbați adorează, spre exemplu, și se căsătoresc cu același tip de femeie, deși știu din experiența precedentă că mariajul se va termina dezastruos. Similar, anumite femei par incapabile să-și aleagă bărbați în afară de cei care le rănesc, le maltratează și le umilesc. Alți oameni își ordonează în mod conștiincios viața de așa manieră, încît orice succes, este urmat de un și mai mare insucces. În acest caz, modul lor normal de viață, alegerea obiectului iubirii sau construcția propriului destin este echivalentul unei tulburări nevrotice. Asemenea cazuri pot fi psihanalizate la fel ca și o nevroză.

În ultimii ani, mulți dintre pacienții care solicită tratament psihanalitic par să suferă de tulburări de personalitate de tip masochist sau de nevroze narcisiace. În această ultimă categorie intră cei cu paradoxale combinații de joasă autoapreciere și puternică grandomanie. Oscilațiile timice, depresia, tendința la drogodependență, stăruința compulsivă spre recunoașterea celorlalți, promiscuitatea sexuală sînt fenomene obișnuite. Astfel de pacienți se plîng de senzație de gol interior, lipsa scopurilor, ipohondrie, o incapacitate de a contracta atașamente durabile sau sentimente de iubire. Din cauza noilor metode de abordare a acestor probleme, prognosticul lor sub tratament psihanalitic pare mai bun decît în anii anteriori.

Există un număr de situații clinice care pot fi rezolvate prin psihanaliză, în condiții favorabile. Printre acestea se numără unele cazuri de adicție la droguri, perversiuni, personalități de tip borderline și, în rare cazuri, psihoze.

Lucrări de pionierat în aplicarea principiilor psihanalitice, nu a tehnicii complete în tratamentul psihoticilor, au fost făcute de Paul Federn (1952), Frieda Fromm Reichman (1950), H. F. Searles (1965) și H. Rosenfeld (1954).

**Evaluări ale terapiei psihanalitice.** Din nefericire nu există un studiu adecvat, care să evalueze rezultatele terapiei psihanalitice. În general, acest fapt este valabil pentru aproape toate tipurile de psihoterapie. Există prea multe variabile care trebuie luate în considerație în realizarea unui studiu controlat, valid din punct de vedere statistic, referitor la rezultatele terapeutice. Cîteva încercări au fost făcute în această direcție, începînd cu lucrările lui Otto Fenichel (1930) și apoi Fred Felchman (1968), H. Y. Eysenck (1965), Julian Meltzoff și Alelvin Konreich (1970), R. S. Wolleraein și N. J. Smelner (1960), A. Z. Pfeffer (1963), ca și cîteva studii ale Asociației Americane de Psih-analiză. Nici una din aserțiunile acestor studii nu s-au dovedit definitive și imuabile. În mare parte, numărul de «cure» reușite variază între 30—60%, în funcție de studiu și de criteriile utilizate.

În fiecare caz în parte evaluarea rezultatelor tratamentului trebuie făcută într-o manieră globală. Trebuie făcute comparații între situația existentă în momentul începerii tratamentului și modificările în viața și simptomele pacientului la terminarea «curei». El poate fi vindecat de mai multe perturbări decît acelea de care se plîngea la începutul tratamentului, posibilități de autoîmplinire care înainte de începerea tratamentului nu erau întrevăzute, pot fi realizate în cursul tratamentului. Pe de altă parte, dificultățile care apar și complică evoluția și care nu sînt recunoscute, precum și evenimentele intercurente, pot schimba total configurația vieții pacientului. În fața realității obiective pretențiile psihanalizei trebuie să fie modeste. În cel mai fericit caz, psihanaliza încearcă să ajute pacientul să obțină cea mai bună soluție a dificultăților sale, în circumstanțele date. Ea încearcă să caute cel mai bun echilibru, cel mai stabil, între forțele conflictuale ale psihicului său. Cît de bine va fi menținut acest echilibru depinde de modul în care viața îl va trata pe pacient în timpul și după terminarea tratamentului.

Avînd acest lucru în vedere, nimeni nu poate aproxima cu certitudine rezultatele. Freud însuși a fost modest vis-à-vis de pretențiile psihanalizei. Validitatea faptelor descoperite de psihanaliză, privitoare la natura umană și la funcționarea minții umane nu este în mod necesar legată de eficiența tratamentului psihanalitic. Cu toate acestea, rămîne o realitate faptul că atunci cînd este corect, adecvat aplicată, psihanaliza este cea mai eficace formă de terapie care se poate recomanda.

**Tratamentul terapeutic psihanalitic.** Referitor la conducerea tehnică a psihanalizei, Freud compara încercarea de a scrie despre tratament cu explicarea jocului de șah. Este ușor să formulezi regulile jocului, să descrii fazele de deschidere și să discuți ceea ce trebuie făcut spre a încheia jocul. Ce se întâmplă între aceste două momente extreme este subiectul a o mulțime de variante. Același lucru este valabil și în cazul psihanalizei. Contractul analitic, faza de deschidere și obiectivele finale pot fi bine descrise. Analiza transferului și procesul de «working through» sînt de fapt, o imensă mulțime de fragmente de muncă analitică. Rudolf Loewenstein (1958) a abordat problema prin diferențierea scopurilor tactice de cele strategice în tehnica psihanalitică. Scopurile tactice se referă la analiza materialului imediat prezentat de pacient spre a descoperi un conflict, de obicei implicîndu-l pe analist.

Scopul strategic este să elucidăm natura fantasmelor inconștiente ale copilăriei și să arătăm multiplele căi pe care acestea interferează cu viața actuală a pacientului.

Cum se face aceasta în practica actuală poate fi ilustrat în felul următor. Pacientul este un om de afaceri de vîrstă mijlocie, al cărui mariaj a fost marcat de repetate certuri, conflicte. Potența sa sexuală s-a diminuat. Uneori suferă de ejaculare prematură. La începutul unei ședințe el a început să se plîngă de faptul că a trebuit să se întoarcă la tratament după un lung repaus de vacanță. El spunea: «Nu sînt sigur dacă sînt bucuros să fiu din nou la tratament, deși vizita la părinții mei nu m-a bucurat. Simt nevoia să fiu liber».

Apoi a continuat cu descrierea vizitei sale acasă, care l-a întristat. Mama sa era întotdeauna autoritară, agresivă, dorind să conducă totul. Ii pare rău pentru tatăl său; cel puțin vara, acesta poate să se retragă în grădină și să-și îngrijească florile, dar și aici, maică-sa îl urmărește ca un uliu. Spunea: «Ea are o limbă atît de ascuțită și o gură atît de crudă. De fiecare dată cînd îl văd pe tata, el pare din ce în ce mai mic, în curînd va dispărea fără urmă. Ea poate face asta oamenilor. Adesea simt că ea se ridică asupra mea, gata să se năpustească peste mine. Ea mă intimidă exact ca și nevastă-mea».

Pacientul a continuat: «Am fost furios în dimineața asta. Cînd am venit să-mi iau mașina am descoperit că cineva a parcat astfel încît m-a blocat. Mi-a luat mult timp mi-am dat seama că eram stăpînit de anxietate, transpirația îmi ajungea șiroaie pe spate».

Și continuă: «Mă simt încătușat de oraș; am nevoie de aer proaspăt, de spațiu deschis. Trebuie să-mi întind picioarele; îmi pare rău că am renunțat la casa de la țară. Trebuie să ies din oraș. În realitate nu-mi pot permite să-mi cumpăr o casă la țară acum, dar măcar m-aș simți mai bine, dacă aș căuta vreuna».

Spune în continuare: «Dacă afacerile erau mai bune, aș fi putut manevra mai ușor. Urăsc sentimentul de a fi închis într-un birou de la 9,00 pînă la 17.00. Prietenul meu Bob a avut o idee bună, și-a aranjat pensionarea. Acum e liber să plece și să vină cînd vrea. Călătorește, nu are un șef, nici un consiliu directorial în fața căruia să răspundă. Imi place munca mea, dar impune prea multe restricții asupra mea. Nu pot rezolva această contradicție, sînt ambițios. Ce aș putea să fac?»

În acest moment, terapeutul a atras atenția pacientului asupra faptului că în materialul prezentat, în multe moduri diferite, acesta descria frica sa de a fi închis, de sentimentul de a fi în capcană. Pacientul a răspuns: «Uneori am claustrofobie. Ea este ușoară, doar o simplă anxietate. Încep să transpir pe spate și am o neliniște. Părul pare să se ridice pe spate. Se întâmplă cînd liftul se oprește între etaje sau cînd trenul se oprește între stații. Încep să mă îngrijorez cum voi ieși din această situație».

Faptul că el suferea de claustrofobie era nou pentru psihanalist. Condițiile situației psihanalitice impuse de către analist erau resimțite de pacient ca fiind restrictive. Mai mult, analistul a mai reținut, tot pentru sine, că aceste idei erau asociate cu acelea de amenințare și control din partea mamei. Pacientul a continuat: «Știi că am aceleași senzații cînd trebuie să încep o legătură cu doamna X. Ea doarește aceasta și cred că și eu doresc. Să începem totul este ușor. Ceea ce mă preocupă este ieșirea din această legătură. Cum ieși dintr-o legătură sentimentală, cînd ești implicat în ea?»

În acest exemplu, pacientul asociază faptul de a fi prins într-un spațiu închis cu cel de a fi «prins în psihanaliză» și cu cel de a fi «prins într-o relație cu o femeie». Pacientul a continuat: «Sînt laș. E de mirare cum de am reușit să am o legătură și să mă însor. Nu mă miră că nu am avut relații sexuale pînă la 20 de ani. Maică-mea era întotdeauna cu «gura pe mine»: «Fii atent cu fetele, îți vor numai banii, dacă te culci cu ele, vei lua o boală; fii atent cînd mergi la un WC public, te poți infecta etc.». Ea făcea ca totul să pară periculos, te poți răni cu asta, te poți răni



cu cealaltă. Imi amintesc momentul când am văzut 2 câini în timpul actului sexual. Erau alipiți și nu se puteau separa, masculul bătea și scheuna de durere. Nu mai rețin exact la ce vîrstă am văzut asta, la 5, 6 sau poate 7 ani, dar știu că-eram încă mic și m-a îngrozit teribil».

În acest moment analistul trebuie să spună pacientului că frica sa de a fi «prins» într-un spațiu închis este derivatul conștient al unei fantasmă inconștiente în care el își imaginează că pătrunde într-o femeie cu penisul și că va rămîne blocat astfel, că nu va fi capabil să se separe și că deci ar putea să-și piardă penisul. Criteriile efectuate în interpretarea sa constau în aranjarea secvențială a materialului, în continuitatea temelor relatate, repetarea aceluiași teme sau a unor teme analoage și convergența diferitelor elemente spre o ipoteză comună care cuprinde datele, adică o fantasmă inconștientă a pericolului ca penisul să intre în trupul unei femei. Acesta este scopul tactic care poate fi delimitat pe baza acestui material. În acest caz el constituie un pas important spre atingerea obiectivului strategic care constă în conștientizarea pacientului asupra atracțiilor, străduințelor sale către mamă (în timpul copilăriei), cu caracter sexual, a dorinței de a avea relații cu ea și simultan a unei frici crescînde de personalitatea ei amenințătoare care ar putea să se abată asupra lui ca un vultur și să-l devoreze. Aceste interpretări îi vor clarifica cauzele impotenței sale și a relației sale furtunoase cu femeile, în particular cu soția sa. Materialul demonstrează și faptul că o persoană nevrotică percepe deformat, interpretează eronat și răspunde inadecvat experienței sale, actuale, în termenii fantasiilor sale inconștiente. Pentru acest pacient respectarea unui program riguros de întîlniri cu analistul, găsirea automobilului blocat între două mașini, responsabilitatea în fața autorității, blocarea în lift sau tren—toate erau situații periculoase care deșteptau anxietatea. În mod inconștient el trăia restricțiile prin reguli sau locuri închise în anumite spații din mediul inconjurător, în plan inconștient, el gîndea sub forma reținerii inextricabile a penisului său în trupul unei femei.

Aceasta este esența procesului nevrotic — fantezmele inconștiente persistente ale copilăriei servesc la crearea unui sistem mental de referință în raport cu care individul, într-un mod selectiv și idiosincrazic, interpretează tot ceea ce i se întîmplă. De aceea conflictele nevrotice nu reprezintă conflicte în realitate. Ele sînt conflicte intrapsihice (Arlow, 1963).

Materialul oricărei ședințe analitice nu este întotdeauna atît de dramatic. Deși trebuie să nu avem idei preconceptuate asupra semnificației și a posibilelor ramificații a fiecărui eveniment sau ședință, oricît de triviale ar putea ele să pară la o primă vedere. O aparent insignifiantă interacțiune între pacient și analist poate conduce la foarte importante descoperiri, care să releve originile și natura nevrozei. În cele mai multe cazuri, cea mai mare parte a muncii analitice este orientată către înțelegerea mecanismelor de apărare și spre înfrîngerea opoziției sale. Tipic, mecanismele de apărare sînt repetitive, stereotipe, mijloace automate folosite de EGO spre a se debarasa de anxietate. O opoziție rezistentă este oricare, dintr-un larg spectru de fenomene care distrag pacientul de la îndeplinirea condițiilor impuse de situația analitică.

Poate părea ciudat că un pacient care a făcut o angajare atît de serioasă spre a se înțelege pe sine nu-și asumă toate meandrele tratamentului, care are destinația să-i anihileze simptomele. La o analiză mai atentă, acest fenomen nu este total neașteptat, surprinzător. Deoarece mintea deturneză sau încearcă să înăbușe gîndurile și sentimentele neplăcute și deoarece procesul nevrotic apare cînd aceste încercări nu reușesc cu succes, desigur că nu este surprinzător că strădania contradictorie de a satisface concomitent cu a controla un impuls interzis va continua să se manifeste și în procesul analitic. Herman Nunborg (1926) a arătat cum pacientul, inconștient, oferă spre analiză dorința de a păstra neatîns acele pulsuni infantile care iau produs dificultăți actuale.

Analiza defenselor și rezistențelor este lentă, trebuie făcută treptat. Totuși, din această analiză se poate învăța multe despre cum s-a format caracterul pacientului ca răspuns la evenimentele critice și la relațiile obiectuale ale copilăriei. O rezistență deosebit de dificilă în a o învinge prin tratament provine din așa numitul mecanism de izolare. Aceasta demonstrează tendința pacientului de a-și trata propriile gînduri ca și cum ar fi lipsite de coloratură afectivă sau izolate, fără legătură cu alte idei sau cu comportamentul său. Un pacient poate începe o ședință, de exemplu, prin menționarea a două sau trei propoziții, despre ceea ce a avut loc în drum spre psihanalist. El a depășit un om pe stradă, care dintr-o dată, fără o cauză aparentă sau fără avertizare și-a întins brațul astfel încît aproape l-a lovit. Aceasta i-a reamintit pacientului de un incident de acum cîțiva ani, cînd a văzut cum cineva a fost

lovit într-o manieră similară. Cu această ocazie, ca și în trecut, pacientul, care nu era născut în New York, a trecut ușor peste incident, expediindu-l cu următoarea apreciere liniștitoare: «Asta-i New York-ul pentru tine. Bine că nu a avut un cuțit».

Toate acestea au fost enunțate pe un ton obișnuit, neutru, fără coloratură emoțională. Fără nici o tranziție, brusc, pacientul s-a reîntors către altă problemă mai stringentă pentru el. El a început să descrie detaliat și din nou cu un ton egal, neutru refuzul șefului său, felul cum acesta i-a criticat activitatea în fața colegilor săi. Multe din critici pacientul le consideră nejustificate, dar în mod conștient adoptă o poziție de calm și atitudine respectuoasă. Chiar și când evocă incidentul, în cursul ședinței, el nu arată nici un semn de mînie. Când i s-a atras atenția asupra acestui fapt, pacientul a admis ca într-adevăr a fost supărat, și este surprins că nu a transmis acest sentiment terapeutului. În acest punct, terapeutul face pentru pacient legătura dintre incidentul de pe stradă și cele întîmplătoare cu șeful său. Actualmente, pacientul își spunea: «Există oameni periculoși. Dacă cineva nu este prevăzător, te poate lovi și chiar te poate omorî. Ei au impulsii ucigașe».

Incidentul de pe stradă a servit ca loc convenabil unde pacientul și-a proiectat propriile sale dorințe ucigașe de răzbunare pe șef. El și-a tratat impulsunile într-un mod izolat; a făcut o judecată intelectuală despre motivele altcuiva.

În acest stadiu de tratament pacientul ar putea să conștientizeze numai sub aspect intelectual, prin deducție, intensitatea dorințelor de răzbunare. Multe s-ar putea afla din analiza acestei trăiri existențiale, dincolo de ilustrarea în care pacientul își controlează și înăbușă sentimentele. Acest pacient era deosebit de vulnerabil la orice atentat împotriva mîndriei sale, la orice umilire a narcisismului său, în special dacă se producea în public. Ulterior, pe parcursul analizei, a fost posibil să se demonstreze legătura dintre aceste componente ale caracterului pacientului și sentimentele de înfrîngere, lipsite de importanță cuvenită și umilire pe care el le-a încercat în timpul fazei oedipiene, pe cînd privea la părinții săi angajați într-un contact sexual în dormitorul în care stăteau cu toții.

Ar fi imposibil să catalogăm toate formele pe care le poate îmbrăca fenomenul de rezistență. Cîteva dintre cele mai obișnuite le vom menționa. Cea mai directă și mai neechivocă formă de rezistență apare atunci cînd pacientul

crede că nu are nimic de spus. Pacientul poate rămîne tăcut pe canapea minute în șir. Chiar o latență banală de cîteva minute poate avea un înțeles ascuns. Adesea, un pacient lipsește de la ședințe, poate uita sau se poate trezi prea tîrziu. El poate întîrzia în plata onorariului pentru tratament, găsind explicații foarte realiste spre a-și justifica întîrzierea. Uneori, pacienții vor discuta la nesfîrșit despre banalele evenimente ale vieții cotidiene, relevînd nimic sau prea puțin din ceea ce ar folosi în înțelegerea problemelor lor. Un pacient poate începe ședința cu expunerea unui vis și să nu mai facă nici o referință la el în restul timpului afectat ședinței. Pe de altă parte, pacientul poate umple întreaga ședință cu vise, făcînd imposibil să afli mai mult decît o fațadă constituită din relatarea trăirilor nocturne. Unii pacienți relatează cum au devenit avocați înfocați ai psihanalizei, făcînd prozești printre prieteni și rude, îndemnîndu-i pe toți să intre în tratament, în timp ce fac eforturi mici de a progresa în munca analitică.

Principiul important care guvernează toate manifestările de rezistență este că ele trebuie analizate la fel cum se analizează tot ceea ce se întîmplă în cursul analizei. Ceea ce trebuie înțeles este de ce pacientul se comportă într-un anume fel, într-un moment dat. Care este cauza dorinței sale inconștiente de întrerupere a travaliului analitic? Ce conflict încearcă să ascundă? Rugămintea, sugestia, încurajarea, interdicerea, oricare din procedeele pedagogice obișnuite, care în alte forme de psihotrapie pot fi acum aplicate, trebuie evitate cu scrupulozitate. Nu are importanță cît de provocatoare, frustrantă și iritantă poate fi purtarea pacientului, psihanalistul nu trebuie niciodată să abdice de la datoria și responsabilitatea sa de a-l face pe pacient să-și înțeleagă comportamentul. Atitudinea sa trebuie să rămînă în orice moment analitică.

Activitatea psihanalistului poate e cel mai bine înțeleasă, examinînd trei aspecte ale trăirilor sale în timpul tratării pacientului și anume:

- introspecția
- empatia
- intuiția.

Un analist trebuie să fie în stare de empatie cu pacientul său. Empatia este o formă de cunoaștere emoțională, afectivă, trăirea sentimentului celuilalt. Este un mod special de cunoaștere. Ea presupune o abilitate din partea analistului de a se identifica cu pacientul său, de a împărtăși trăirea pacientului, atît sub aspect afectiv, cît și cognitiv.

Procesul empatic este fundamental în relația psihoterapeutică, după cum este capital și în relațiile interumane. El găsește cea mai înaltă expresie socială în trăirea estetică a artistului și a spectatorilor săi, ca și în religie și în alte fenomene de grup. Empatia se bazează pe afectul dinamic, al fantasmelor inconștiente pe care le avem în comun (Berres și Arlow, 1974). Există două trăsături distincte ale empatiei:

prima se referă la faptul că identitatea, identificarea pacientului este tranzitorie;

a doua, la faptul că psihanalistul rămâne totuși separat de obiect.

Procesul empatic al analistului îi permite acestuia să preia și să înțeleagă atât procesele inconștiente, cât și conștiente care operează în mintea pacientului. Este imprevizibil pentru analist de a păstra în minte, în orice moment, toate datele oferite de pacient. Cum reușește el atunci să-și înțeleagă pacientul? Acest lucru se realizează intuitiv. Miile de date comunicate de pacient sînt organizate în mintea analistului în configurații semnificative și acest proces se face inconștient. Ceea ce analistul percepe conștient, ca un fapt de înțelegere a pacientului, este rezultatul actual al unei serii de operații mintale executate în inconștientul său. El devine conștient de acestea, prin introspecție cînd interpretarea îi vine în minte sub forma unei asociații libere. Nu tot ceea ce îi vine în minte analistului în cursul unei ședințe este o interpretare corectă. Dacă el lucrează corect, de obicei este un comentariu asupra materialului pacientului. După ce introspecția a relevat în conștiința analistului rezultatul muncii sale intuitive, el nu trebuie în mod necesar să împărtășească această informație pacientului, imediat. El își controlează ideea cu ceea ce a aflat de la pacient și îi judecă validitatea în termenii continuității, repetiției, convergenței temei așa cum s-a subliniat mai înainte. Intuiția deschide calea elaborării cognitive. Într-o perioadă lungă de timp validitatea interpretării este confirmată de impactul dinamic pe care-l are asupra producțiilor pacientului, adică de modul cum afectează echilibrul dintre impuls și defensă în mintea pacientului.

**Tehnica tratamentului.** S-a scris mult despre răspunsul emoțional al analistului către pacient. Analistul nu este un automat insensibil, neutru, așa cum este prezentat în caricaturile despre psihanaliză. El răspunde emoțional la interacțiunile terapeutice, dar aceste răspunsuri le păstrează pentru sine, considerîndu-le ca fiind o formă de monitori-

zare afectivă a producțiilor pacientului. Analistul își folosește sentimentele drept cheie în înțelegerea direcției pe care o iau gîndurile pacientului. Dacă el se simte supărat, excitat din punct de vedere sexual, frustrat, trebuie întotdeauna să aibă în vedere posibilitatea că aceasta este starea pe care pacientul vrea să i-o provoace. Atunci îi revine sarcina să descopere motivul pentru care pacientul procedează în acest fel.

Este un mare dezacord în literatura psihanalitică asupra răspunsului emoțional al analistului vis-a-vis de pacient. Uneori, acesta este denumit contratransfer, respectiv opoziția transferului pacientului în cadrul analizei. Aceste probleme au fost reluate de Annie Reich (1960). Strict vorbind, noțiunea de contratransfer va fi rezervată acelor situații în care pacientul și producțiile sale evocă în analist conflicte determinate de fantasme nerezolvate din propria sa copilărie și care cauzează perceperea incorectă, interpretarea eronată și răspunsul incorect către pacient, în termenii propriei dificultăți. Unii analiști văd sentimentele terapeutului drept rezultatul unui mecanism cunoscut sub numele de identificare proiectivă (Little, 1951; Tower, 1956). Ei interpretează sentimentele analistului ca fiind identice cu cele trăite de pacient și le consideră benefice pentru bunul mers al psihanalizei cu condiția ca analistul să discute aceste sentimente cu pacientul. Pentru unii analiști acesta este principalul mod de tratament. Este mai bine să spunem că majoritatea analiștilor din Statele Unite nu sînt de acord cu acest punct de vedere. Ei încearcă să vadă ce simt față de pacient. Ei nu discută acest lucru cu pacientul. Contratransferul nevrotic al analistului către pacient poate constitui o reală problemă. De obicei analistul va încerca să analizeze problema singur. Dacă acest lucru va fi considerat ca inutil, el se va consulta cu un coleg. Dacă problema persistă, se va dovedi dăunătoare, mai bine spus mai cuprinzătoare decît pare la prima vedere și apare și în relația cu alți pacienți, este indicat ca analistul să urmeze el însuși o cură de psihanaliză. Cînd analistul realizează că nu-și poate controla contratransferul, el discută deschis și onest cu pacientul în vederea continuării tratamentului de către un alt analist.