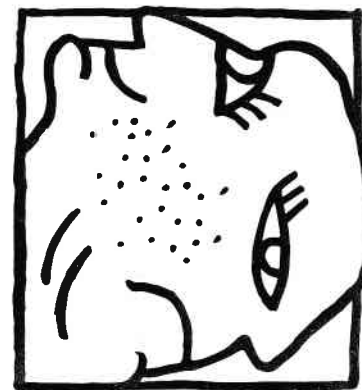


Cum lucrez cu pacienții borderline

PSIHANALIZĂ
CONTEMPORANĂ



TREI

**HAROLD F.
SEARLES**

Traducere din
engleză de
Laura Netea

Cuprins

9 *Prefață*

Partea I. Principii fundamentale

15 Capitolul 1. Tehnici de terapie

39 Capitolul 2. Reacții transferențiale

Partea a II-a. Tulburarea funcționării eului

73 Capitolul 3. Nediferențierea funcționării eului la pacientul
borderline și efectul asupra sentimentului de identitate
personală

97 Capitolul 4. Procese de identitate duală și multiplă
în funcționarea borderline a eului

117 Capitolul 5. Gelozia cu privire la un obiect intern

180 Capitolul 6. Tulburarea de gândire borderline: un studiu de caz

Partea a III-a. Contratransferul

215 Capitolul 7. Contratransferul drept cale înspre înțelegerea
și ajutorarea pacientului

259 Capitolul 8. Experiențe de contratransfer implicând gelozia
cu privire la un obiect intern

- 295 Capitolul 9. Terapia psihanalitică a pacienților borderline:
dezvoltarea de către pacient a unei imagini internalizate a
terapeutului
- 323 Capitolul 10. Unele aspecte cu privire la separare și pierdere în
terapia psihanalitică a pacienților borderline
- 368 Capitolul 11. Separare și pierdere în terapia psihanalitică a
pacienților borderline: remarci concludive
- 403 Capitolul 12. Rolul expresiilor faciale ale analistului în
psihanaliză și în terapia psihanalitică
- 449 *Mulțumiri*
- 450 *Index*

Prefață

De vreme îndelungată, terapia psihanalitică a pacienților borderline a constituit unul dintre principalele mele interese. Cea mai timpurie situație clinică descrisă în această carte a avut loc în 1947, cu aproximativ doi ani înainte de a-mi fi început cei aproape cincisprezece ani de lucru la Chestnut Lodge. Deși cea mai mare parte a muncii mele acolo viza variatele cazuri de pacienți care sufereau de schizofrenie cronică, aceștia reprezentând majoritatea populației de pacienți, unii dintre cei cu care lucram erau borderline; iar de-a lungul anilor am ascultat multe prezentări de caz privindu-i pe aceștia din urmă și am participat la nenumărate discuții, formale și informale, cu colegii de la Lodge care tratau astfel de cazuri.

Mai mult decât atât, practica de la cabinetul personal, începută înainte de a ajunge la Chestnut Lodge, a continuat pe întregul parcurs al lucrului cu „normă întreagă” în cadrul echipei de la Lodge (fapt împărțit de colegii mei de acolo, cu știința și consimțământul angajatorului nostru). Un număr apreciabil dintre pacienții mei de la cabinet, încă de când mi-am început practica privată, în 1948 (anul anterior începerii lucrului la Lodge), au fost pacienți borderline.

Tehnici terapeutice¹

Interpretările analistului sunt mai puțin importante decât participarea sa nonverbală

În vremurile timpurii ale dezvoltării teoriei și practicii psihanalitice, evenimentele traumatice din primii ani de viață ai pacientului erau considerate a deține un rol central în etiologia patologiei emoționale. Odată ce, în deceniile recente, am descoperit mai multe despre psihodinamica vieții de familie, despre comunicarea nonverbală, cât și despre cauzalitatea și tratamentul stărilor psihotice și borderline, care își au originile în mare măsură în stadiile preverbale sau stadiile verbale foarte timpurii ale prunciei și copilăriei, acordăm în general mai puțină semnificație evenimentelor traumatice izolate din anii de dezvoltare a pacientului, cât atitudinilor constante față de pacient ale diverșilor membri ai familiei, pe parcursul copilăriei acestuia, cât și atitudinii acestuia

¹ Acest capitol a fost publicat inițial în 1978 sub forma unei lucrări intitulate „Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique” („Terapia psihanalitică cu adultul borderline: câteva principii referitoare la tehnică”), în cadrul revistei de specialitate *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, pp. 41–65, ed. J.F. Masterson; New York: Brunner/Mazel.

16 față de membrii familiei, precum și atmosferei emoționale prevalente care impregna, zi de zi, casa copilăriei.

În opinia mea, într-un acordaj cu această redirecționare a atenției noastre, accentul principal al tehnicii psihanalitice s-a modificat la rândul-i, astfel că interpretărilor li se conferă acum același nivel de importanță, în cadrul instrumentarului utilizat de-a lungul întregului parcurs al unui tratament psihanalitic, pe care îl au evenimentele traumatice în felul nostru de a înțelege cauzalitatea patologiei pacientului. Firește că interpretările sunt importante; dar o mult mai mare importanță aparține atmosferei sau climatului emoțional al ședințelor, zi după zi și an după an.

În ce privește tratamentul pacientului borderline, orice discuție asupra interpretărilor trebuie asociată cu nivelul predominant de funcționare a eului pacientului, care constituie, la rândul său, în primul rând un factor al evoluției și eventualei soluționări a psihozei borderline de transfer (*transference-borderline-psychosis*) a pacientului. De vreme ce analistul și nu doar pacientul poate parcurge uneori — chiar în mod necesar — o regresie considerabilă, nivelurile variabile ale funcționării eului analistului reprezintă și acestea o variabilă de foarte mare semnificație.

Aspectele pe care le pun aici în discuție sunt în mod integral legate de conținutul pe care l-am prezentat în trei lucrări (Searles, 1970, 1971, 1973), cu privire la autism, simbioză și individuație. Am descris aceste trei moduri de funcționare a eului ca fiind importante nu doar în cazul pacienților care suferă de schizofrenie de varii niveluri de severitate, ci și în al indivizilor nevrotici, ale căror arii subtil prezente de autism sunt aduse la lumină de analizele lor.

În lucrul cu pacientul borderline, analistul descoperă că povara sa contratransferențială constă în principal, poate chiar ani la rând, într-o lipsă a libertății de a face interpretări de transfer

eficiente, într-un contrast marcat cu o etapă ulterioară a relației pacient-analist, una ambivalent-simbiotică, în timpul căreia va putea face astfel de interpretări la un nivel mult mai înalt de libertate și eficiență.

În a doua dintre cele trei lucrări (anume, a doua scrisă, deși prima publicată, în 1970), intitulată „Autism and the Phase of Transition to Therapeutic Symbiosis” („Autismul și stadiul de tranziție la simbioza terapeutică”), am descris, ca reprezentând o caracteristică a acelu stadiu de tranziție, faptul că analistului începe acum să i se pară fezabilă în mod efectiv aducerea de interpretări de transfer. Din punctul de vedere al caracterului oportun al interpretărilor de transfer, acest stadiu de tranziție se află, într-o manieră similară, în contrast cu etapa ulterioară a simbiozei terapeutice, în cadrul căreia astfel de interpretări sunt adecvate într-un mod aproape nelimitat.

Acest capitol este într-o mare măsură dedicat unei discuții cu privire la problemele prezentate de pacientul borderline cu o funcționare a eului de natură predominant autistă. Sper ca, în cadrul unei lucrări viitoare, să mă concentrez asupra acelu tip de pacienți borderline a căror funcționare a eului este mai matură decât aceasta — având o natură predominant ambivalent-simbiotică. Dar cu siguranță că o parte a remarcilor care urmează aici se adresează acestor pacienți din urmă.

Starea de integrare și de diferențiere a eului pacientului

Starea de integrare și de diferențiere a eului pacientului este incompletă, în maniere caracteristice care constituie un deficit în capacitatea sa de a utiliza interpretări verbale. Acesta este incapabil, la nivel inconștient, de a diferenția între fantasmă și

18 realitate ori între verbalizare și activitate fizică (cu rezultatul că agresivitatea verbală a analistului poate avea întru totul impactul unei agresivități fizice). Pacientul nu și-a stabilit încă o imagine internalizată statornică a lui însuși, a analistului sau a amândurora. El nu poate funcționa într-o manieră sigură în termenii deținerii atât de către el însuși, cât și de către analist, a propriei individualități și realități subiective, precum și a unui sentiment de legătură între aceste două persoane și respectivele lor realități. În schimb, pentru el, fie realitatea proprie este singura care există, fie a analistului.

Analistul se simte tentat să-și impună propria realitate asupra pacientului

Una dintre dificultățile tehnice majore în lucrul cu acest tip de pacient este legată de simțul deficitar al realității — nu doar al realității externe, ci și al celei interne, incluzând-o pe cea a propriei identități — și, în consecință, a nevoii sale de a primi ajutor de la analist în soluționarea acestui defect în cadrul experienței realității. Pentru analist, un aspect major al acestei dificultăți este constatarea că se află sub o foarte mare presiune în a-și impune propria realitate asupra pacientului, mai degrabă decât a face eforturi, alături de acesta, în a-l ajuta să atingă un sens al realității valid pentru el însuși. Helene Deutsch (1942), în cadrul lucrării sale clasice cu privire la tipul de emoționalitate „ca și cum” și la relaționarea contrafăcută cu realitatea, atât de des întâlnite în cazul pacienților borderline, ne-a ajutat prin avertizarea cu privire la pericolul ca un astfel de pacient să iasă din analiză numai cu obișnuitul său simț al realității, de o adaptabilitate superficială, reorganizat acum conform tiparului de funcționare a personalității analistului, la

fel cum fusese organizat, înainte de analiză, conform tiparelor unei serii de figuri parentale.

Studiile referitoare la psihoza infantilă întreprinse de Mahler (1968) și de colaboratorii acesteia au o importanță centrală în acest punct. Aceasta afirmă că

Nevoia inconștientă specifică a mamei este cea care, dintre potențialitățile infinite ale bebelușului, le activează pe cele care creează, în mod particular, pentru fiecare mamă, „copilul” care să-i reflecte propriile nevoi *unice* și individuale. [...]

Inducția reciprocă din stadiul simbiotic creează o configurație întipărită pentru totdeauna — acel tipar complex — care devine *leitmotivul pe baza căruia „bebelușul devine copilul mamei sale specifice”* (Lichtenstein, 1961, p. 207)

Ceea ce pare că vedem aici este nașterea copilului ca individ (cf. Lichtenstein, 1964) (pp. 18–19)

Lichtenstein (1961) spune că

În vreme ce mama satisface nevoile bebelușului, ea îi creează de fapt anumite nevoi specifice, pe care îi face plăcere să i le satisfacă, bebelușul transformându-se într-un organ sau un instrument de satisfacere a nevoilor inconștiente ale mamei. [...] *Dintre potențialitățile infinite ale bebelușului uman, combinația specifică de stimuli care emană dinspre mama respectivă „eliberează” un mod concret, și numai unul, de a fi acest organ, acest instrument. Această identitate „eliberată” va fi ireversibilă și, astfel, îi va impune copilului să găsească moduri și mijloace de a realiza această identitate specifică, întipărită în el de către mama sa.* (pp. 207–208)

20 Un număr de autori au descris descoperirile lor cu privire la faptul că experiențele de viață timpurii, slab integrate, ale indivizilor borderline și schizoizi (precum și schizofrenici) pot deveni integrate prin conștientizare, astfel contribuind la un simț al realității și al identității personale mai ferm, prin intermediul transferului parcurs și al interpretării aceluia transfer. Scrierile lui Khan (1974) portretizează, într-o manieră extrem de frumoasă, procesul prin care acele experiențe afective disociative din copilăria timpurie a pacientului, anterior neintegrate, sunt inițial trăite de analist, în cursul terapiei psihanalitice.

Compulsia la repetiție constituie, din punctul meu de vedere, o încercare inconștientă nu doar de a „retrăi” o experiență timpurie, ci și de a o trăi pentru prima oară — anume, a o trăi în contextul unei implicări emoționale totale.

Potențiala putere pe care un asemenea transfer al pacientului i-o oferă analistului, putere care, eronat utilizată, poate să-i impună pacientului încă o pseudorealitate și pseudoidentitate, este, evident, enormă. Într-o lucrare intitulată „Funcția percepțiilor realiste ale pacientului cu privire la analist în cadrul transferului delirant” („The Function of the Patient’s Realistic Perceptions of the Analyst in Delusional Transference” — Searles, 1972), am prezentat o descoperire relevantă din munca mea clinică, care însumase la acel moment mai mult de optsprezece ani, cu o pacientă care suferea de schizofrenie cronică, ce manifestase pentru o foarte lungă perioadă o fragmentare a eului și confuzie identitară înfiorător de severe. Anume, am descris maniera în care am descoperit treptat nivelul semnificativ la care experiențele ei de transfer delirant reprezentau reacții la (și adesea identificări cu) variate atribute, până la acel moment majoritar inconștiente pentru mine, ale propriei mele funcționări a personalității în timpul ședințelor.

21 Nu cred că vreun analist poate ajuta un pacient să realizeze un contact și să integreze experiențele timpurii de viață anterior disociate fără a avea loc o oarecare contaminare din partea propriilor experiențe timpurii disociate ale analistului, pe care analistul reușește (să spunem așa) să le proiecteze și să lase proiectat sinele-copil al pacientului. Dar, cu siguranță, ar trebui să facem tot posibilul să menținem astfel de contaminări la un nivel minim.

Negarea inconștientă ca expresie
a dorinței de autonomie

În ce privește exemplele mai localizate, cu toate acestea masive, ale mecanismului inconștient al negării, de mai bine de două decenii încoace am fost convins că această defensă este atât de impresionantă din motiv că este menținută de puterea reprezentată, în esență, de năzuința individului la autonomie. Volumul lui Spitz (1957), *No and Yes — On the Genesis of Human Communication*, (*Nu și da — despre geneza comunicării umane*) a adus argumente ce-mi susțin impresia creată din lucrul cu pacienți adulți. Spre exemplu, Spitz raporta, de pe urma observațiilor sale asupra sugarului, că „Refuzul [de a fi alăptat] prin evitarea exprimată de întoarcerea capului emerge la stadiul în care tocmai a început să existe cea mai timpurie organizare a eului. Această formă de comportament volitiv de refuz în situația de hrănire continuă pe parcursul dezvoltării progresive a eului, de-a lungul lunilor ulterioare” (p. 94).

Relevanța practică a acestui fapt în cadrul muncii mele cu pacienți borderline ale căror defense includ negarea masivă constă în faptul că, atunci când întâlnesc un exemplu în mod particular frapant de omisiune din partea pacientului a oricărei menționări a unui eveniment recent semnificativ sau a ceea ce eu știu

a constitui un aspect important central al situației sale curente de viață, sunt precaut în a-i semnala această omisiune frapantă. Motivul este că el se va grăbi imediat să apere modul deliberat în care rolul său liber-asociativ se transformă, în schimb, în rolul familiar de a fi obiectul intenției de programare cerebrală a analistului său. Cu alte cuvinte, adesea îmi pare imposibil să-i semnalez că nu a spus nimic despre un anumit subiect, fără a transmite în același timp implicația că el nu a asociat liber „corect” — că ar fi trebuit, de fapt, să aducă în discuție gânduri și sentimente despre acel subiect anume.

Teoretic, această stare de interacțiune pacient–analist ar trebui să fie susceptibilă la oferirea de interpretări pacientului — incluzând interpretarea dorințelor sale majoritar inconștiente de a i se spăla creierul, mai degrabă decât a deveni un partener în toată regula al analistului, în cadrul demersului lor reciproc, un demers care implică atât ambele lor creiere, cât și sinele individual al amândurora. La fel de importantă ar fi orice interpretare a proiecției pacientului asupra analistului, în cazul de față a scopului inconștient propriu pacientului de a-l spăla pe creier pe analist într-o manieră fermă și autoritară. În privința acestui subiect, este relevantă lucrarea lui Stierlin (1959), „The Adaptation to the «Stronger» Person’s Reality — Some Aspects of the Symbiotic Relationship of the Schizophrenic” („Adaptarea la realitatea persoanei mai «puternice» — câteva aspecte cu privire la relația simbiotică a schizofrenului”).

Dar în practica propriu-zisă, mi s-a întâmplat rar, dacă s-a întâmplat, să descopăr că pacienți atât de rezistenți sunt accesibili pentru astfel de interpretări. În consecință, am ajuns din ce în ce mai des, de-a lungul trecerii anilor, să îi las în general pe ei să ajungă la propriile interpretări ale conflictelor și defenselor

caracterologice în fața acestor conflicte. Am ajuns să consider că am parte de o situație rară de satisfacție profesională atunci când observ cum un pacient ajunge încet-încet să descopere, pe cont propriu și cât se poate de nestingherit de mine, vreun aspect important al funcționării eului său, care fusese evident pentru mine și pe care îl resimțisem chinuitor de aproape de a-i da o interpretare, timp de multe luni și, deseori, de mulți ani.

Ca paranteză, dar într-o notă similară, am ajuns foarte departe de sentimentul împovăraător de convingere, pe care îl aveam ca analist începător, cu privire la faptul că, dacă un pacient a reușit să-și amintească un vis în detaliu și, mai mult decât atât, a adus asociații relativ abundente la respectivul vis, este de negândit pentru mine să nu reușesc să ofer o interpretare. Începând din acele vremuri inițiale ale carierei mele analitice, mi-am petrecut o parte considerabilă din timp lucrând cu pacienți borderline ale căror descrieri abundente de vise și asociații libere pe marginea acestora s-au dovedit în mod clar a se afla în serviciul transmisiei inconștiente către mine a unui sentiment de inutilitate, de lipsă de creativitate și de neînsuflețire, care constituise unul dintre cele mai importante aspecte centrale disociate ale eului lor. Mai mult decât atât, am ajuns în urmă cu multă vreme să consider că această stare de lucruri transferențială mai fundamentală nu va fi interpretabilă ca atare, probabil timp de multe luni sau chiar câțiva ani, și am învățat că, cu cât pot să accept mai repede acest nivel de rezistență din partea pacientului, în loc de a lupta împotriva ei prin interpretări, indiferent cât de pertinente și perspicace, cu atât mai repede va veni ziua fericită în care pacientul va începe să relaționeze mai cooperant cu mine. S-ar integra bine aici conceptul de simbioză terapeutică, pe care l-am discutat în câteva lucrări anterioare.