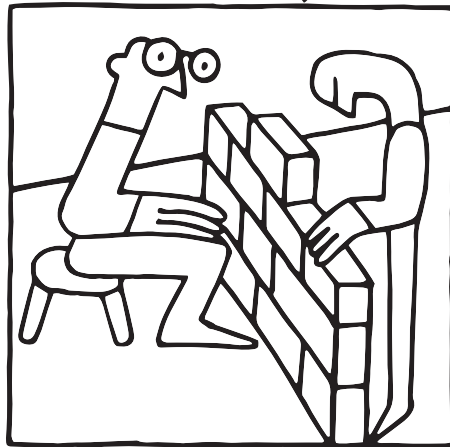


Analiza rezistențelor

PSIHANALIZĂ
CONTEMPORANĂ



TREI

MARTHA STARK, M.D.

Traducere din
limba engleză de
Daniela Andronache

Cuprins

9	Prefață
13	Cuvânt-înainte
17	Introducere
21	1. Conceptul de conflict
41	2. Intervenții clinice
89	3. A înțelege și a fi înțeles
125	4. Conținerea conflictului intern
146	5. Ce spune Freud despre rezistență
164	6. Rezistența ca eșec al doliului
195	7. Doliu și internalizare
217	8. Dezvoltarea patologiei
247	9. Apărarea prin respingerea conectării afective
300	10. Transferul pozitiv
333	11. Transferul negativ
379	12. Apărarea prin permanenta îndreptățire
408	13. Atingerea speranței mature
417	Mulțumiri
421	Referințe

Prefață

Subiectul acestei cărți este rezistența pacientului și refuzul lui de a face doliu. Pornind de la concepte din psihanaliza clasică — teoria relațiilor de obiect și psihologia sinelui —, prezint un model al minții care analizează relația dintre pierderile neplânse și felul în care sunt înregistrate intern aceste pierderi, atât ca absență a ceva bun (deficit structural), cât și ca prezență a ceva rău (conflict structural). Aceste înregistrări interne ale dezamăgirilor traumatice suferite timpuriu dau naștere unor forțe care interferează cu progresul pacientului către sănătate, forțe care constituie deci rezistențe.

În pacient există o tensiune între ceea ce ar trebui să-și dea voie să facă sau să simtă și ceea ce face sau simte de fapt. Pacientul și terapeutul, ca parte a travaliului lor, vor trebui să poată să înțeleagă și să numească, într-o manieră profund respectuoasă, ambele categorii de forțe: atât pe cele sănătoase — care îl împing pe pacient în direcția progresului —, cât și pe cele nesănătoase, rezistente, care împiedică progresul. Ca parte a travaliului pe care trebuie să-l parcurgă, pacientul va trebui în cele din urmă să ajungă să aprecieze investiția pe care o face în apărările sale, cum îl ajută acestea și ce preț plătește pentru a și le menține.

Interesul meu este concentrat pe interfața dintre teorie și practică, pe modul în care constructele teoretice pot fi traduse în situația clinică. În acest scop, sugerez intervenții specifice, prototipice, pentru fiecare pas al procesului de perlaborare.

Ipoteza mea este că pacientul rezistent este în esență o persoană care încă nu a făcut un doliu, încă nu s-a confruntat cu anumite realități intolerabile de dureroase despre obiectele sale trecute și prezente. În schimb, el se protejează de durerea de a cunoaște adevărul cu privire la obiectele sale, agățându-se de percepțiile eronate cu privire la ele. Agățarea de nevoia defensivă de a nu ști îi permite să nu simtă durerea pierderii.

Proportional cu această apărare, pacientul va rezista la travaliul pe care trebuie să-l facă în cele din urmă — travaliul doliului, care îi va permite să se desprindă de trecut, să renunțe la urmărirea neobosită a gratificării infantile și să renunțe la repetițiile sale compulsive. Doar suferind, făcând acum ceea ce nu a putut face atunci când era copil, va putea să îi fie mai bine.

Consider că sănătatea mentală are de-a face cu capacitatea de a experimenta obiectele așa cum sunt, necontaminate de nevoia ca ele să fie altfel. Ca urmare, unul dintre scopurile tratamentului este transformarea nevoii pacientului ca obiectele să fie altele decât sunt, în capacitatea de a le accepta așa cum sunt.

Nevoia pacientului ca obiectele sale să fie altfel decât sunt alimentează transferul. În esență, transferul are legătură cu perceperea distorsionată a terapeutului, atât ca părinte bun, acela pe care nu l-a avut niciodată (iluzie), cât și ca părinte rău, acela pe care l-a avut (distorsiune). Ca urmare, există o tensiune în pacient între abilitatea lui sănătoasă de a experimenta obiectele așa cum sunt ele cu adevărat și nevoia lui transferențială de a le percepe așa cum nu sunt — cu alte cuvinte, o tensiune între realitate și transfer.

Pentru a facilita perlaborarea atât a transferului pozitiv (perturbat), cât și a transferului negativ, sunt propuse intervenții specifice — interpretări ale conflictului care pun în lumină conflictul din pacient între cunoașterea realității (influențată de prezent) și trăirea realității (influențată de trecut). Tensiunea internă creată prin conștientizarea de către pacient a acestei discrepanțe este cea care îi va oferi în cele din urmă imboldul către schimbare.

Pe măsură ce pacientul devine tot mai conștient de discrepanța dintre realitatea obiectivă și felul în care o trăiește el, funcția de sinteză a Eului pacientului devine tot mai activă în efortul de a reconcilia cele două elemente aflate în conflict, iar balanța se înclină în favoarea realității. Această funcție de sinteză a Eului este cea care face necesară desprinderea de trecut, renunțarea la atașamentele infantile și la iluziile și distorsiunile de care pacientul s-a agățat încă din cea mai timpurie copilărie pentru a nu simți durerea.

Prin procesul de perlaborare, nevoia de a trăi realitatea în moduri determinate de trecut este transformată în capacitatea sănătoasă de a cunoaște și accepta realitatea așa cum este, fără nevoia ca ea să fie una diferită. Transformarea energiei în structură, a nevoii în capacitate reprezintă ceea ce-i permite pacientului să se desprindă de nevoia lui defensivă de a nu ști. Când, în sfârșit, se confruntă cu realitatea limitelor parentale, el renunță la apărările în jurul cărora s-a organizat rezistența. Pe măsură ce renunță gradual la apărări și își depășește rezistența, el devine mai liber să trăiască realitatea așa cum este ea, necontaminat de dorințe și frici infantile. Este mai trist poate, dar și mai înțelept.

În capitolele care urmează, îmi prezint ideile cu privire la modul în care eșecul pacientului de a simți durerea doliului alimentează rezistența și interferează cu procesul de vindecare.

- 12 În contextul siguranței oferite de relația cu terapeutul său, pacientului i se oferă oportunitatea de a achiziționa, chiar și cu întârziere, o abilitate, i se permite, în sfârșit, să simtă durerea contra căreia s-a apărat întreaga sa viață. Transformarea speranței infantile în speranță matură rezultă din faptul că pacientul supraviețuiește acestei dureri; având experiența pierderii și descoperind că poate triumfa asupra ei, pacientul își găsește calea către speranța realistă și sănătatea mentală.

Nota autoarei: În interesul simplității și uniformității textului, am decis să evit exprimarea ciudată și producătoare de confuzii „el și ea”, „lui și ei”. Ca urmare, în această carte toate persoanele sunt indicate cu pronumele „el”.

Cuvânt-înainte

Pionierii psihoterapiei au aflat încă de timpuriu că împotriva dorinței conștiente a pacientului de a se vindeca lucrează o forță psihologică inconștientă. Acest impediment în calea schimbării a fost descris prin termenul de *rezistență*. Atunci, ca și acum, fiecare nou înțeles dat rezistenței deschide instantaneu ușa către noi provocări clinice.

Multă vreme, Freud a considerat că transferul este o formă problematică a rezistenței la nou descoperita cură prin vorbire. Spre surprinderea sa, dedicația lui pentru îngrijirea pacienților săi stimula la aceștia dezvoltarea față de el a unor sentimente care le umbreau rațiunea și care se opuneau curei prin insight cathartic. Pentru a depăși aceste rezistențe conștiente, el a încercat diferite tehnici, cum ar fi așezarea mâinilor pe pacient și hipnoza. Eforturile lui i-au dezvăluit informații importante despre inconștient, dar pasiunile perturbatoare ale pacienților săi continuau neabătute. Una dintre cele mai inteligente realizări clinice ale lui Freud a fost să renunțe la urmărirea unilaterală a amintirii inconștiente, atunci când a realizat că transferul nu este doar un tip special de rezistență, ci și un instrument tehnic prețios pentru tratament. În loc să ascundă trecutul patologic, el a constatat

14 că transferul îi dădea viață acestuia cu o vivacitate emoțională palpabilă și foarte actuală. Mai mult, focalizarea pe consecințele prezente ale istoriei trecute era practică și apropiată de preocupările pacientului aflat în suferință. Poate cel mai important lucru descoperit de el a fost că tratamentul se poticnea dacă nu acorda atenție acumulării durerii pacientului în relația medic-pacient. Făcând loc transferului în arena terapeutică însă, Freud a descoperit și apărările complexe ale adaptării umane. Acum, rezistența avea multe chipuri.

Pe parcursul a peste un secol de cercetare psihologică au fost conceptualizate și acceptate, în general, multiple fațete ale rezistenței, precum, de pildă, mecanismele de apărare ale Eului. Unele concepte au trecut chiar în domeniul public, în argoul cotidian. A devenit ceva obișnuit să auzim cum este acuzat cineva de *proiecție* sau că este prea *intelectualizat*. Prin sofisticări suplimentare, originile apărărilor au fost găsite în chiar structura de bază a personalității, cum se vede în cazul caracterului obsesiv-compulsiv. Melanjul misterios de biologie, trecut, prezent și cultură din care este compus omul este scufundat în apărări. Nu mai gândim apărările ca pe niște rezistențe de tipul evitărilor pure și total iluzorii ale neplăcerii, ci mai degrabă ca pe niște activități care vizează simultan și adaptarea constructivă la realitate. Patologia este echilibrul relativ între evitarea iluzorie și adaptarea realistă. Pentru terapeut însă, această cunoaștere iluminantă oferă noi enigme clinice care așteaptă a fi dezlegate.

Dacă, în calitate de clinicieni, suntem atenți la fuziunea dintre evitare și măiestrie în cazul apărărilor, cum ne putem feri de pericolul de a arunca și copilul odată cu apa din copăie? Cum evităm traumatizarea abominabilă a pacientului prin punerea sub semnul întrebării a unei modalități prețioase pentru el, care face

ordine în viața sa? Stilurile defensive, înrădăcinate atât de ferm în biologie și în experiență, au o tenacitate și o duritate care produc ciocniri într-o discuție rațională. Cum evaluăm potențialul de schimbare? Dar influențele etiologice? După care cadru teoretic ne orientăm în momentele de confuzie clinică? În ciuda enormei lor empatii pline de tact și a rezervorului imens de răbdare marcată de compasiune, cei mai mulți terapeuți suferă contratransferuri iraționale în timpul luptei intense cu rezistențele. Cum putem converti insighturile din contratransfer în instrumente tehnice utile? Nu este surprinzător faptul că termenul simplu de *rezistență* a rămas în vocabularul nostru clinic. Rezistența rezistă.

Dr. Martha Stark s-a încumetat să pătrundă în această pădure de hățișuri și frumuseți a psihicului, aducând o claritate mentală și o persistență ce oglindesc tehnica clinică recomandată pentru a lucra cu rezistența. Cu mare răbdare, fiecare subiect, clinic sau teoretic, este tratat cu seriozitate, simplitate și reluat din mai multe unghiuri. Unele teme-cheie și exemple clinice sunt recapitulate pe parcursul cărții oferind integrare, ca într-o veritabilă perlaborare literară. Pierderea, doliul nerezolvat și alte afecte insuportabile cu influență asupra cursului vieții oamenilor sunt puse în lumină ca niște dinamuri care dau forță rezistenței și explică eșecul vindecării. Succesul în perlaborarea rezistenței retrezește posibilitatea latentă a acelei calități fragile, dar intens umane: alegerea. În exemplele clinice regăsim adesea liste lungi de abordări posibile ale problemei clinice discutate, însoțite de descrieri la fel de lungi ale rezultatelor posibile. Această dilemă obsesivă le este familiară celor mai mulți dintre clinicieni. Parafrazând zicala despre numeroasele drumuri care duc la Roma, ne sunt oferite multe căi de vindecare drept debușee. Oamenii sunt diferiți, la fel trebuie să fie și tehnicile folosite.

16 Așa cum a descoperit Freud, pentru a susține sufletul pacientului în timp ce intervenim asupra intrucațiilor minții sale, este necesar un transfer pozitiv. La fel și această dezvăluire convingător de onestă a minții și inimii Marthei Stark, dăruită cu o scriere atât de lucidă, îi oferă cititorului o șansă empatică ieșită din comun de a proba pantofii atrăgători ai altui clinician și de a învăța de la acesta.

Dr. Sheldon Roth
Profesor clinician asistent de psihiatrie
Harvard Medical School

Introducere

Autobiografie în cinci capitole scurte
de Portia Nelson

Capitolul 1

Merg pe stradă.

În trotuar e o groapă adâncă.

Eu cad în ea.

Mă simt pierdută... mă simt neputincioasă.

Nu e vina mea.

Îmi ia o veșnicie să găsesc o ieșire.

Capitolul 2

Merg pe aceeași stradă.

În trotuar e o groapă adâncă.

Mă fac că n-o văd.

Cad iarăși în ea.

Nu-mi vine să cred, sunt iar în acel loc.

Dar nu e vina mea.

Îmi ia iarăși o veșnicie până să ies.

Capitolul 3

Merg pe aceeași stradă.

În trotuar e o groapă adâncă.

O văd.

Tot cad în ea... e un obicei.

Am ochii deschiși.

Știu unde sunt.

Este vina *mea*.

Ies imediat afară.

Capitolul 4

Merg pe aceeași stradă.

În trotuar e o groapă adâncă.

O ocolesc.

Capitolul 5

Merg pe altă stradă.

De ce oare continuă oamenii să meargă pe aceleași drumuri desfundate chiar și atunci când știu că sunt pline de gropi? De ce fac oamenii lucrurile în același fel, iar și iar, chiar și atunci când știu că felul în care le fac îi determină să se simtă tot mai rău? De ce nu fac acele lucruri despre care știu că le-ar da o stare mai bună?

De curând am primit în consultație un tânăr deprimat care, în fiecare zi după serviciu, stă în întuneric în sufrageria lui ore în șir, fără să facă nimic, cu mintea goală. Are lângă el casetofonul și o colecție magnifică de înregistrări cu muzica clasică favorită. O apăsare de buton și s-ar simți mai bine și totuși, seară de seară, copleșit de disperare, nici nu atinge acel buton.

Era o satiră la *Saturday Night Live* în care doi tipi stau de vorbă și unul îi zice celuilalt: „Știi cum e când bagi un vâtrai în foc și îl lași acolo mult timp și se încinge foarte-foarte tare? Și ți-l înfigi apoi în ochi și te doare foarte-foarte tare? Detest când mi se întâmplă asta! Pur și simplu, detest când mi se întâmplă!”

În această carte vom încerca să înțelegem de ce se simt oamenii forțați să repete, cum spune Paul Russell (1980), ceea ce mai degrabă ar trebui să evite, de ce se trezesc făcând chiar acele lucruri pe care știu că nu ar trebui să le facă, de ce sunt incapabili să facă lucrurile pe care știu că ar trebui să le facă. Dintr-o grămadă de motive pe care le vom explora în profunzime, oamenii se căznesc să mențină starea de fapt. Agățându-se de vechi, ei conservă lucrurile așa cum sunt. Se zice că recreăm permanent trecutul în prezent, pentru că nu știm altfel — că visăm la simfonii, dar ne limităm la acordurile simple pe care le-am cântat toată viața. Cum îi ajutam pe pacienții noștri să înțeleagă că pot să aleagă cum merg pe stradă, pe care stradă să meargă, în care gropi să cadă?

Repetițiile compulsive ale oamenilor, recreările trecutului în prezent constituie rezistența. În viața lor, în relațiile lor, în munca lor și, deloc surprinzător, chiar și în situația terapeutică, oamenii rezistă la schimbare. Marca travaliului psihanalitic este atenția acordată rezistenței.

Încercând să înțelegem de ce rezistă pacienții noștri la schimbarea în bine, în mod indirect vom aborda și problema schimbării terapeutice — cu alte cuvinte, ce anume din procesul psihoterapeutic îi face pe pacienți să se simtă mai bine? Ce anume interferează cu vindecarea și care parte din psihoterapie promovează vindecarea?

Descriind demersul psihanalitic, Freud afirma că, la fel ca la șah, putem învăța mutările de deschidere și unele situații tipice

20 de închidere, dar nu și ce se întâmplă între ele — munca psihanalitică propriu-zisă. De fapt, Freud are doar un volum de articole despre tehnică și nu se ocupă în niciunul într-o manieră sistematică de modalitățile în care pot fi analizate și elaborate rezistențele pacienților. Această partidă de mijloc, cum a numit-o Freud, foarte dificilă, este tema explorării noastre în această carte.

Conceptul de conflict

Conflictul dintre pulsunile Se-ului și apărarea Eului

Freud este cel care a introdus conceptul de rezistență. Nu este surprinzător deci că și conceptul de rezistență este bazat pe un model conflictual al minții. Freud a conceput conflictul, pe care l-a descris în mod variat, nevrotic, intrapsihic sau structural, ca fiind conflictul dintre pulsunea Se-ului, care presează să primească răspunsul da, și apărarea Eului, care spune nu (cu Supraeul aflat de obicei de partea Eului). Sau, cum spunea Greenson (1967): „Conflictul nevrotic este un conflict inconștient între o pulsune a Se-ului care caută descărcare și o apărare a Eului care împiedică descărcarea directă a pulsunii sau accesul acesteia în conștiință” (p. 17).

Deși Freud a descris în cele din urmă cinci tipuri de rezistență, derivate din trei surse (Eu, Se și Supraeu), inițial el a conceptualizat rezistența ca fiind compusă din acele forțe ale Eului care se opun conștientizării pulsuniilor inconștiente ale Se-ului (și afecțelor derivate). Pacientul rezistent este un pacient conflictual, un pacient defensiv.

Cu toate că pulsuniile erau considerate parte din Se, s-a crezut că afectele (derivate ale pulsuniilor) rezidă în Eu; de fapt, s-a crezut că Eul este sediul tuturor afectelor. Când Freud a scris despre conflictul psihic dintre Se și Eu, s-a înțeles că el s-ar referi uneori la conflictul dintre pulsuniile Se-ului și apărările Eului, iar alteori la conflictul dintre afectul generator de anxietate (aflată în Eu, dar derivând din Se) și apărarea care tinde spre liniștirea anxietății.

Pacientul este trist, dar nu își dă voie să plângă.

Pacientul este furios, dar este hotărât să-și păstreze controlul.

Pacientul este supărat, dar încearcă să nu arate acest lucru.

Pacientul este înspăimântat, dar pretinde că nu este.

Pacientul este dezamăgit, dar insistă că totul este bine.

Pacientul este supărat, furios, nemulțumit sau jignit; pacientul resimte un afect care îl face să se simtă anxios, inconfortabil. Dar nu îi place să se simtă așa și, de aceea, se apără împotriva sentimentului, negându-i existența, susținând că nu se simte așa cum se simte sau insistând că simte cu totul altceva; pacientul se apără în tot felul de moduri de afectul care îi provoacă durere sau anxietate.

În fiecare situație de acest gen, pacientul trăiește un afect pe care Eul îl resimte ca intolerabil. Pentru a se apăra împotriva anxietății generate de acest afect, Eul mobilizează o apărare care se opune afectului respectiv.

Tensiunea dintre da și nu

La un nivel microcosmic deci, conflictul apare între tensiunea Se-ului (sau afectul derivat), care presează să obțină un da, și

apărarea Eului, care contrapune un nu. Aș vrea totuși să formulez ipoteza că, la nivel macrocosmic, există o tensiune în pacient între forțele care presează să obțină răspunsul afirmativ și contraforțele care insistă pe răspunsul negativ, o tensiune între pozitiv și negativ, între sănătos și nesănătos.

Este important pentru pacient să ia notă bună la examen, dar pare că nu reușește să se mobilizeze să învețe.

Pacientul are amintiri vagi despre „o chestie sexuală îngrozitoare“ care s-a întâmplat când era foarte mic, dar este incapabil să-și amintească detaliile.

Pacientul știe că până la urmă trebuie să accepte că se simte atât de furios pe tatăl lui și totuși nu este pregătit să o facă.

La un anumit nivel, pacientul știe că în cele din urmă trebuie să se confrunte cu cât de dezamăgit este de terapeutul lui, dar speră că va fi capabil să se facă bine fără să fie nevoit să aibă această confruntare.

Pacientul vrea să reușească, dar nu este pe de-a-ntregul sigur că merită.

Pacientul știe că terapeutul nu va râde cu adevărat de el, dar totuși își dă seama că îi este teamă că s-ar putea întâmpla acest lucru.

Pacientul știe că terapeutul său nu are chiar toate răspunsurile, dar ar dori ca el să le aibă.

În miezul ființei sale, pacientul știe că mama lui nu l-a iubit niciodată cu adevărat așa cum ar vrea el să fie iubit și totuși continuă să speră că poate într-o zi ea îl va iubi așa.

Există întotdeauna o tensiune în pacient între recunoașterea faptului că depinde de el să-și asume responsabilitatea pentru

24 propria sa viață și convingerea că nu ar trebui să fie responsabilitatea lui; există întotdeauna o tensiune între investiția lui în schimbare și ezitarea de a se desprinde de modalitățile vechi de a face lucrurile, este întotdeauna o tensiune între dorința lui de a se simți mai bine și nevoia lui de a rămâne bolnav.

Menninger (1958) scrie: „Pacientul pare să sufere simultan de tendința de «a se face bine» și de compulsia de a se apăra împotriva oricărei schimbări a adaptărilor lui la viață” (p. 101). Așa cum zice Freud: „Rezistența însoțește tratamentul la fiecare pas; fiecare asociație, fiecare act al celui tratat trebuie să țină seama de rezistență, se prezintă deci ca un compromis între forțele care ținesc vindecarea și cele despre care am vorbit și care li se opun”¹.

În esență, forța de care se apără pacientul este acea forță sănătoasă (dar generatoare de anxietate) din fiecare dintre noi, care ne dă voința de a ne schimba, acea forță care ne dă voința de a ne desprinde de vechi și de a adopta noul, acea forță care ne dă voința de a ne face bine. Contraforța este forța nesănătoasă (dar care ne liniștește anxietățile) care există în fiecare dintre noi, rezistentă la schimbare, acea forță care se agață de trecut, vrând să conserve starea de fapt — cu orice preț. Conflictul este deci un conflict între dorința sănătoasă a pacientului de a se schimba și rezistența lui nesănătoasă la schimbare.

Cu alte cuvinte, pacientul și vrea, și nu vrea să se facă bine. Și vrea, și nu vrea să rămână bolnav. Și vrea, și nu vrea să continue să trăiască. Investește și nu investește în suferința lui. Și vrea, și nu vrea să fie în tratament. Și vrea, și nu vrea să-l oprească. Este într-un adevărat conflict cu privire la toate alegerile cu care se confruntă.

¹ „Despre dinamica transferului”, în Freud, *Opere esențiale*, vol. 11, trad. Roxana Melnicu, București: Trei, 2010, p. 105 (N. r.)

O definiție operațională a rezistenței

25

Rezistența este formată din toate acele forțe rezistente care se opun travaliului tratamentului. Cu alte cuvinte, putem gândi rezistența, așa cum se manifestă în situația de tratament, ca și cum ne-ar vorbi despre toate acele forțe rezistente din pacient care interferează cu procesul analitic, toate acele forțe rezistente care împiedică progresul pacientului în tratament.

Dar ce este, mai precis, travaliul terapeutic?

Trebuie să răspundem la această întrebare deoarece, oricare ar fi travaliul terapeutic, în cele din urmă tot acesta generează și alimentează rezistența.

Deși cei mai mulți dintre noi, terapeuții, probabil că ne-am dori să evităm să facem public ce simțim noi că este cu adevărat travaliul terapeutic, în realitate fiecare dintre noi are o percepție destul de clară a ceea ce credem că presupune, în general, acest travaliu. În mare, credem că pacientul ar trebui:

1. să vină la fiecare ședință
2. să vină la timp
3. să achite ședințele cu consecvență
4. să aibă acces la sentimentele sale
5. să vorbească despre ele
6. să nu uite de la o ședință la alta
7. să încerce să spună orice îi trece prin minte
8. să vorbească despre copilăria lui
9. să retrăiască, cu afect, experiențe timpurii traumatice
10. să fie dispus să vorbească despre sex și agresivitate
11. să fie deschis și onest
12. să aibă capacitate de insight