



Cuprins

9	<i>Cuvânt-înainte</i>
15	<i>Mulțumiri</i>
19	<i>Introducere la noua ediție</i>
23	Capitolul 1. Fascinația psihoterapiei
41	Capitolul 2. Încercarea de a stăpâni propriile conflicte
63	Capitolul 3. Satisfacții și beneficii psihice obținute din practicarea psihoterapiei
76	Capitolul 4. Motive legate de scopurile pulsionale
136	Capitolul 5. Motivații legate de narcisism și de dezvoltarea sinelui
177	Capitolul 6. Motivații care presupun relații de obiect
231	Capitolul 7. Profile de terapeuți
307	Capitolul 8. Concluzii și reflecții suplimentare
335	<i>Cuvânt de încheiere</i>
343	<i>Anexă. Întrebările interviului</i>
347	<i>Bibliografie</i>

fundamentale. Cu toate acestea, din ce în ce mai multe dovezi din domeniile etologiei, cercetării copiilor mici și psihologiei experimentale susțin existența unui potențial înnăscut, preformat pentru comportament altruist, care este motivat independent și are natură nedefensivă (Shapiro și Gabbard, 1994).

Însă este naiv să presupunem că dorința de a vindeca este uni-dimensională. Deși altruismul se poate afla la baza funcționării umane mai mult decât se presupusese anterior, la fel se întâmplă și cu o altă trăsătură umană: autoamăgirea. Biologii evoluționiști au emis ipoteza că autoamăgirea este profund înrădăcinată în natura umană și este adaptativă din punctul de vedere al evoluției (Trivers, 1991). Intrapsihic, promovează echilibrul psihic prin liniștirea gândurilor încărcate de anxietate. Și interpersonal, autoamăgirea face să fie mai ușor să îi înșeli și să-i manipulezi pe ceilalți, pentru că este mai puțin probabil să ne trădăm atunci când nu suntem conștienți de adevăratele noastre intenții (Smith, 2004).

Prin urmare, deși este important să nu patologizăm excesiv dorința de a vindeca, trebuie să fim atenți la tendința noastră de a ne înșela pe noi înșine — de a ne concentra asupra intențiilor noastre bune și de a ne nega propriile părți întunecate. Dacă există o lecție irefutabilă a secolului XX, aceasta este că specia noastră are o capacitate impresionantă de distructivitate. În calitate de clinicieni, îi supunem pe clienții noștri unui risc considerabil pretinzând că noi — ca „persoane care ajută” — suntem cumva imuni la această tendință.

Adevărul simplu este că fiecare practician posedă o constelație unică de motive pentru ceea ce face — unele altruiste, altele bazate pe propriul interes. Shapiro și Gabbard (1994) au subliniat că excesul fie al gratificării narcisice, fie al devotamentului dezinteresat poate avea efecte negative asupra rezultatelor

tratamentului. Prin urmare, adaugă ei, este timpul să depășim concepția moralistă despre altruism ca inerent „bun” și despre interesul propriu ca „rău”. Doar echilibrul optim între cele două poate oferi un fundament adecvat pentru psihoterapia eficientă.

Cu mult timp în urmă, Thomas Szasz (1956) se referea la perspectiva conform căreia pacientul/copilul primește diferite gratificări, în timp ce terapeutul/părintele se autosacrifică deplin ca fiind „cea mai mare supra-simplificare”. Cincizeci de ani mai târziu s-a păstrat oarecum controversa cu privire la faptul că terapeutul poate obține gratificări legitime în procesul de tratament. În formularea lui Karen Maroda (2005), unul dintre puținii autori suficient de direcți pentru a aduce în discuție acest subiect, „... dacă relația analitică facilitează autodescoperirea și transformarea terapeutică a pacientului, oferind, în același timp, un nivel susținut al afirmării, siguranței și stării de bine, beneficii similare vor apărea și pentru analist” (p. 371).

Este posibil ca încercările clienților de a-și vindeca terapeuții să fie, de fapt, deosebit de importante pentru propriul lor progres în tratament (Searles, 1975). Searles afirmă că pacienții ale căror încercări din copilărie de a acționa terapeutic față de părinții lor tulburați au fost zădărnice, vor rejuca acest scenariu în terapie. În alte situații, dorința clientului de a-și ajuta terapeutul izvorăște mult mai simplu din sentimentele de iubire și din altruismul sănătos (Bader, 1996). În fiecare situație, cu excepția cazului în care terapeutul este dispus să fie ajutat, ameliorat sau mișcat profund într-o anumită manieră, dezvoltarea clientului poate fi împiedicată.¹

Această idee de reciprocitate este complet în acord cu tendințele recente din teoria clinică. Fie că noua abordare este numită relațională, social-constructivistă sau intersubiectivă, aproape oricine își imaginează acum procesul terapeutic ca o buclă de

22 feedback continuu, care implică influența mutuală dintre terapeut și client. Fiind văzut ca un coparticipant și nu ca un observator detașat, importanța crucială a subiectivității terapeutului — inclusiv presupunerile, preconcepțiile, preocupările, motivațiile și conflictele emoționale — este general recunoscută. Mai mult, a devenit clar faptul că relația terapeut-client constituie cel mai puternic agent curativ. Anonimitatea și abținerea terapeutului sunt văzute, în prezent, în mare măsură drept contraproductive, accentul punându-se pe autenticitate, spontaneitate, deschidere emoțională și implicare intimă. Conceptul de „inconștient relațional” (Zeddies, 2000) câștigă teren, terapeutul fiind reprezentat ca un co-modelator și co-deținător al proceselor inconștiente din perechea terapeutică (Bollas, 1990). Așa cum notează Greenberg (2001): „Contratransferul este aerul pe care pacienții noștri îl respiră” (p. 363).

Aceste schimbări echivalează cu o profundă modificare de paradigmă, una care doar amplifică importanța explorării motivațiilor noastre ascunse pentru practicarea psihoterapiei. Nu ne mai putem permite să scăpăm de acest subiect, considerându-l obscur sau să evităm discuțiile deschise din teama de expunerea publică. Ca terapeuți, cu cât înțelegem mai mult ce așteptăm de la clienții noștri — și de la rolul de vindecător — cu atât e mai probabil să ne putem împlini chemarea și să fim, cu adevărat, de ajutor.

Note

1. Bader observă: „Impresia mea este că dispozițiile de personalitate care subliniază un altruism strict din partea analistului pot descuraja acceptarea completă și confortabilă a altruismului pacientului” (1996, p. 762). În mod ironic, insistând pe cât de lipsiți de egoism suntem, trecem cu vederea nevoia clientului de a ne ajuta.

Fascinația psihoterapiei

Calea de a deveni psihoterapeut profesionist este, de obicei, lungă și anevoioasă. Ajungând acolo, cel care practică psihoterapia este deseori solicitat emoțional; procesul este deseori caracterizat de multă anxietate, ambiguitate și numeroase îndoieli. În plus, rezultatul terapiei este întotdeauna nesigur, și atunci când se realizează un progres, frecvent acesta se manifestă dureros de lent. Dat fiind acest scenariu interdictiv, pare remarcabil faptul că cineva, vreodată, a intrat în ceea ce Freud (1937) considera a fi una dintre „profesiunile «imposibile» în care putem fi siguri de la început de neajunsurile rezultatelor noastre” (p. 356). Cu toate acestea, odată cu fiecare generație, apar noi întăriri, indivizi care sunt dispuși și dornici să urmeze această chemare curioasă. Ne-am putea întreba care sunt motivațiile subiacente care oferă impulsul pentru o astfel de întreprindere? Aceasta este o întrebare complexă și interesantă căreia i se dedică această carte.

Tabloul pe care tocmai l-am schițat este intenționat unilateral, trecând cu vederea numeroasele satisfacții pe care această activitate le poate antrena. Mai mult, studenții pot avea la început o perspectivă limitată despre ceea ce îi așteaptă dacă decid să devină terapeuți. Cu toate acestea, se poate concluziona că,

pentru anumiți oameni, practicarea psihoterapiei prezintă o fascinație și o atractivitate care rămân cumva dificil de schițat.

O temă neglijată

Într-un articol din 1929 intitulat „The Psychology of the Psychotherapist”, Edward Glover comentează astfel:

O privire fugară peste programa oricărui grup reprezentativ de psihologi este suficientă pentru a ne reaminti că rareori psihoterapeuții aplică asupra lor disciplina auto-examinării. Articolele despre tema investigării clinice sunt la fel de numeroase ca afinele, însă doar din când în când instrumentul investigației, însuși psihoterapeutul, este supus unei examinări intenționate [p. 1].

Astăzi, după mai mult de șaiszeci de ani, nu se poate afirma că această situație a fost complet remediată. Influența personalității și motivațiilor terapeutului asupra procesului terapeutic rămâne o arie de cercetare relativ neglijată.

Poate că piatra de temelie cea mai importantă a abordării psihanalitice a personalității este că motivațiile inconștiente joacă un rol major în funcționarea umană și sunt în mare măsură responsabile pentru suferința care aduce mulți indivizi în tratamentul psihoterapeutic. Din perspectivă psihanalitică, orice abordare terapeutică ce neglijează astfel de tendințe ascunse e obligată să rămână relativ superficială și să se concentreze pe eliberarea de simptome și nu pe schimbarea fundamentală a

caracterului. Dat fiind accentul pus pe importanța motivațiilor inconștiente în înțelegerea comportamentului uman, atenția acordată motivațiilor inconștiente ale analistului în lucrările psihanalitice pare mai mult firavă.

Este dificil să atribuim această stare de lucruri eșecurilor fondatorului psihanalizei. Odată cu publicarea *Interpretării viselor*, Freud (1900) a dat un exemplu la înălțimea căruia puțini s-au ridicat. Freud s-a supus pe sine unei autoexaminări intense, dezvăluind curajos funcționarea propriilor sale procese de gândire inconștiente, precum și tendințele sale patologice. Refuzând să se situeze deasupra indivizilor suferinzi care îi cereau ajutorul, Freud a aplicat modelul nevrozei în studierea propriului psihic, așa cum a făcut și cu cel al pacienților săi.

Autoevaluarea onestă a lui Freud i-a permis să echilibreze concepția sa despre transfer cu noțiunea complementară de contratransfer. Deși a introdus termenul încă din 1910, conceptul de contratransfer a fost relativ neglijat până în ultima parte a secolului. Într-adevăr, Racker (1953a) a mers atât de departe încât asemena statutul acestui concept cu cel al „unui copil cu care părinților le este rușine” (p. 314).

Pe la mijlocul anilor '80, în domeniu a apărut o creștere rapidă a interesului pentru viețile personale ale psihoterapeuților (Goldberg, 1986; Guy, 1987; Kottler, 1986). Deși astfel de studii nu sunt foarte numeroase, pare a exista o recunoaștere din ce în ce mai mare a importanței experienței subiective a terapeutului. Acest curent poate fi legat de faptul că lucrările din cercetare nu au găsit încă o susținere puternică pentru eficiența diferită a școlilor sau tehnicilor de psihoterapie specifice (Dryden și Spurling, 1989).

De ce să ne pese?

Poate că motivațiile terapeuților au fost neglijate din motive bune. Contează într-adevăr? De exemplu, s-ar putea susține că mecanicii auto nu trebuie să știe de ce au ales să repare mașini pentru a-și câștiga existența ca să lucreze în mod adecvat. De ce ar fi altfel în cazul terapeuților? E bine, mai întâi oamenii sunt mult mai complecși decât mașinile, iar interacțiunile umane pot fi excesiv de complicate și multifacțate. În al doilea rând, este improbabil ca introspecția să ofere mecanicilor o înțelegere mai mare a vehiculelor motorizate, dar ea ar putea ajuta mult clinicienii în înțelegerea semenilor lor. A treia distincție este că, în general, terapeuții nu utilizează nici instrumente mecanice, nici tehnologie. *Persoana* terapeutului constituie instrumentul principal. Prin urmare, alcătuirea psihică a psihoterapeutului trebuie să determine, într-o mare măsură, eficiența tratamentului.

În ciuda accentului pe care îl pune pe insight-ul intelectual, Freud (1905b) credea că personalitatea terapeutului este un factor deosebit de important al procesului terapeutic. El scria: „Nu este ceva modern; medicii din Antichitate au spus că nu medicamentul este cel care vindecă, ci medicul, adică personalitatea acestuia, în măsura în care el își poate exercita influența prin ea” (p. 48). Jung (1934) scria că „personalitatea și atitudinea medicului au o importanță supremă” (p. 160). Pe baza rezultatelor cercetărilor sale, Strupp (1958, 1959) a concluzionat că influența personală a terapeutului depășește efectele tehnicilor specifice asupra rezultatelor tratamentului. El a adus dovezi în sprijinul ideii că atitudinile inconștiente ale terapeuților influențează subtil, într-o anumită direcție, abordările „tehnice” ale cazurilor lor

de terapie, inclusiv formulările de diagnostic, estimarea prognosticului, planurile și obiectivele de tratament și natura intervențiilor lor. Strupp (1959) a ajuns la concluzia că „în absența unei matrice emoționale favorabile, nici cel mai înalt grad de tehnică nu poate schimba echilibrul psihodinamic în direcția dezvoltării în terapie” (p. 349).

Istoricul și experiențele terapeuților pot modela, de asemenea, teoriile lor despre personalitate, perspectivele asupra psihopatologiei și interesul pentru populații specifice de pacienți. Utilizând un model psihobiografic, Stolorow și Atwood (1979) descriu influențele experiențelor de viață asupra teoriilor lui Freud, Jung, Reich și Rank. De exemplu, ei arată că preocupările personale ale lui Jung pentru sentimentele de izolare și dizolvare a sinelui au condus la concepția lui despre inconștientul colectiv. Adler, care a crescut în umbra unui frate mai mare, a construit o teorie a personalității în jurul conceptelor de rivalitate fraternă și complex de inferioritate. Alte exemple sunt citate de Kottler (1986), cum ar fi terapeutul care, în copilărie, și-a pierdut mama bolnavă de cancer și a ajuns să vadă întreaga psihopatologie în termenii privării de mamă sau asistentul social care avea dificultăți în relaționarea cu figurile autorității și era atras să lucreze cu adolescenți rebeli.

Către sfârșitul vieții sale, Freud s-a adresat aspectelor personalității și psihopatologiei analistului aflate în legătură cu procesul analitic. În „Analiză cu sfârșit și analiză fără final” (1937), el arată faptul că nimeni nu poate susține faptul că un medic cu probleme la plămâni sau inimă este incapabil să trateze bolile interne ale celorlalți. Cu toate acestea, Freud admite faptul că situația nu este în întregime similară tratamentului tulburărilor psihice: „din cauza condițiilor speciale ale muncii analitice, defectele proprii ale

analistului îl tulbură într-adevăr în acțiunea de a percepe corect situația pacientului și de a reacționa eficient la ea" (p. 355). Se poate susține că un astfel de „defect” reprezintă o motivație de a intra în această profesie, de care practicianul nu este conștient.

Chiar dacă importanța temei este recunoscută, se poate afirma că este cel mai bine ca aceste aspecte să rămână neexaminat. Se poate argumenta astfel: nu este suficient că există indivizi dispuși să învețe și să practice o astfel de profesie dificilă și solicitantă, fără a fi nevoiți să se întrebe cu privire la cele mai profunde și întunecate motive? Și dacă pot apărea tot felul de dinamici dezagreabile, asta nu ar putea produce dezvrăjire, dezamăgire și chiar cinism?

Dar cum pot terapeuții să-și propună să destrame iluziile clienților lor, dacă și le protejează și le mențin pe ale lor? Mai mult, credința terapeutului în procesul terapeutic și angajamentul pe care acesta îl face nu trebuie să se bazeze pe idealism naiv, ci pe evaluare realistă. Psihanaliza a avut multe de spus despre întrebarea generală cu privire la rolul factorilor inconștienți în alegerea profesiei. Fie că sculptura este văzută ca sublimare a dorinței de a se juca cu fecalele, sau chirurgia ca o canalizare constructivă a impulsurilor sadice, în general, se presupune că până și cele mai intelectuale și sublime activități sunt alimentate, cel puțin în parte, de tendințe primitive instinctuale. Activitatea terapeutului sau a analistului¹ face excepție de la această regulă? Ar trebui să acceptăm valoarea de fațadă a afirmației că ei sunt motivați doar de dorința altruistă de a-i înțelege și ajuta pe ceilalți? Examinarea pe care o fac pornește de la presupunerea că o astfel de poziție este, în cele din urmă, antiterapeutică și că numai atunci când motivațiile inconștiente ale practicianului sunt descoperite și înțelese, potențialul lor distructiv poate fi ținut în frâu.

O notă finală este oferită de un analist jungian, Guggenbuhl-Craig (1971), care comentează faptul că nicio persoană nu acționează exclusiv din motive „pure”:

Chiar și cele mai nobile datorii se bazează pe motivații pure și impure, luminoase și întunecate. Din această cauză, numeroase persoane și actele lor sunt ridiculizate sau compromise pe nedrept. Un filantrop generos este aproape întotdeauna motivat, printre altele, de dorința de a fi respectat și onorat pentru generozitatea sa. Din acest motiv, filantropia sa nu este în niciun caz mai puțin valoroasă. În mod similar, un asistent social împins de motive puternice poate, fără îndoială, să ia decizii care să-l ajute pe clientul său. Dar există pericolul ca, pe măsură ce asistentul social pretinde că acționează numai din motive altruiste, să fie influențat mai mult de Umbra puterii sale, până când, în cele din urmă, aceasta îl trădează și îl face să ia unele decizii îndoielnice. [pp. 10-11]

Transferul și contratransferul

Confruntat cu o succesiune de paciente în psihanaliză care s-au îndrăgostit de el, Freud a refuzat să creadă că acest tipar era o reflecție a farmecului său personal. În cele din urmă, a fost capabil să descopere fenomenul de transfer, care a devenit în scurt timp un stâlp central al teoriei psihanalitice și al practicii clinice. Freud (1905a) scria:

Ce sunt transferurile? Sunt reeditări, reproduceri ale tendințelor și fantasmelor care trebuie deșteptate și conștientizate

prin progresul analizei; ele au ca trăsătură caracteristică înlocuirea unei persoane mai vechi prin persoana medicului. Altfel spus: un întreg șir de stări psihice anterioare reînvie nu ca stări trecute, ci ca relație actuală cu persoana medicului. [p. 210]

Astfel, transferul se referă la tendința pacientului de a deplasa sentimente și atitudini din copilărie asupra relației prezente cu analistul.

Spre deosebire de conceptul de transfer, nu există un consens cu privire la semnificația termenului *contratransfer*. Definiția clasică este foarte limitată, referindu-se doar la transferurile analistului asupra pacientului. Aceste răspunsuri sunt neconștientizate și reprezintă distorsiuni care derivă din propriile conflicte și atitudini inconștiente ale analistului. Heimann (1950) a introdus o abordare *totalistă*, o concepție mai largă despre contratransfer care constă din răspunsurile emoționale ale analistului la pacient, atât conștiente, cât și inconștiente. Alți autori au făcut distincția între reacțiile contratransferențiale subiective și obiective. Primele se referă la reacțiile atipice la pacient, care pot fi atribuite propriilor idiosincrazii ale analistului și conflictelor nerezolvate. Dimpotrivă, ultimele se referă la sentimente care sunt induse în mod realist de personalitatea, comportamentul și atitudinile transferențiale ale pacientului. Se consideră că toate răspunsurile cuprind un amestec de elemente subiective și obiective. Unii teoreticieni insistă asupra faptului că răspunsurile adecvate și realiste la pacient ar trebui numite reacții *necontratransferențiale*.

Există, de asemenea, opinii divergente cu privire la valoarea clinică a contratransferului. Abordarea clasică vede contratransferul ca o piedică în calea tratamentului; este înrădăcinat

în conflictele nevrotice ale analistului și interferează cu desfășurarea transferului pacientului. Ca și în cazul transferului, manifestările contratransferențiale sunt privite ca o indicație că este necesară mai multă analiză — pentru analist. Abordările contemporane privesc contratransferul ca un produs inevitabil al interacțiunii terapeutice, care poate oferi un mijloc important de înțelegere a pacientului. Câțiva scriitori, cum ar fi Maroda (1991), pledează pentru utilizarea judicioasă a dezvoltării contratransferului, mai ales în timpul unui impas în tratament.

Psihologia relației a două persoane

Situația terapeutică presupune o interacțiune între doi indivizi complecși și multideterminați. Cu toate acestea, investigarea și discuțiile s-au concentrat, în cea mai mare măsură, asupra dinamicii și motivațiilor unuia dintre colaboratorii la procesul terapeutic, pacientul. Dacă terapeutul este văzut doar ca un observator — om de știință detașat, atunci importanța personalității sale și a motivelor sale par să fie minimizezate — deși, chiar și așa, se poate descoperi că ele influențează aspecte ale materialului pacientului care sunt aduse în discuție și cărora li se răspunde. Cu toate acestea, în măsura în care terapeutul este privit ca un participant într-un câmp de comunicare, implicat într-o relație afectivă cu pacientul — în această măsură trăsăturile și tendințele terapeutului pot fi considerate a fi deosebit de importante.

Puțini analiști din prezent susțin gradul de anonimitate și de rezervă presupus de analogia lui Freud despre funcționarea analistului ca o oglindă sau ca un ecran alb, care primește și reflectă înapoi proiecțiile pacientului. (Și, după toate indiciile, chiar și

Freud se îndepărta considerabil de acest ideal în practica sa curentă). În ultimele decenii a existat un curent clar în lucrările psihanalitice care se îndepărtează de concentrarea pe pacient și se orientează către a vedea situația analitică, din ce în ce mai mult, ca pe o situație *bi-personală*, care presupune contribuții semnificative din partea ambilor participanți (McLaughlin, 1981; Stone, 1961; Wolstein, 1959). Focalizarea din ce în ce mai mare asupra aspectelor interpersonale și a naturii bilaterale a procesului analitic este reflectată în atenția acordată conceptelor de *alianță terapeutică* (Zetzel, 1956), *alianță de lucru* (Greenson, 1967), în accentul din ce în ce mai mare pus pe interpretările de transfer (Gill, 1982) și pe importanța contratransferurilor analistului.

În această abordare intersubiectivă, analistul nu mai este observator detașat, ci un coparticipant ale cărui comportament și personalitate modelează paradigma transferențială. De fapt, transferul și contratransferul sunt văzute ca generându-se și interpenetrându-se reciproc (Greenberg și Mitchell, 1983). O astfel de perspectivă pune în evidență în mod clar impactul motivațiilor terapeutului asupra procesului tratamentului. O interacțiune între doi indivizi poate să fie înțeleasă doar în contextul scopurilor și intențiilor ambilor participanți. Pacientul intră în cadrul clinic pentru a fi eliberat de simptome și pentru rezolvarea diferitelor probleme pe care le prezintă. Contextul complementar pentru terapeut poate fi conceput ca fiind dat de motivele sale pentru a intra în profesie (Sussman, 1987). Acestea sunt cele care l-au adus pe terapeut în relația cu pacientul și, inevitabil, ele vor modela toate intervențiile sale ulterioare.

Această abordare contemporană a procesului terapeutic este în acord mult mai mare cu conceptele științifice ale secolului XX, cum sunt teoria relativității și principiul nedeterminării. Strupp

(1959) se referă la o realizare din ce în ce mai mare a faptului că, în psihoterapie, poate mai mult decât în cele mai multe arii ale investigației științifice, observatorul participant devine subiect al principiului nedeterminării, deoarece este imposibil să observi câmpul interpersonal fără să modifici acel câmp în moduri posibil importante. În măsura în care terapeutul este conștient în mod clar de modificările pe care le introduce, el își poate ajusta și corecta tendințele; în măsura în care nu este conștient de modurile în care influențează procesul interpersonal, el se află la mila forțelor necunoscute și poate doar să observe și să înregistreze evenimente pe care tocmai propria funcționare le-a adus la suprafață (p. 350).

Selecția terapeutilor în formare

Într-o prezentare a selecției candidaților în psihanaliză, Nannum (1980) arată că problema motivațiilor celor care vor să intre în domeniu complică foarte mult procesul de selecție și constituie cel mai vital aspect care trebuie luat în considerare în evaluarea acestora. În mod similar, Greenson (1962) vede abilitățile, trăsăturile de personalitate și motivațiile individului pentru a intra în profesie drept cei trei factori cruciali în determinarea modului în care analistul lucrează cu pacienții.

De exemplu, să luăm în considerare actul interpretării. Centrală pentru tehnica psihanalitică, interpretarea reprezintă mijlocul prin care analistul încearcă să aducă la lumină semnificația inconștientă a asociațiilor pacientului, să înlăture rezistențele și să favorizeze insightul și luarea în stăpânire a propriei persoane. Deși acesta este efectul intenționat, este clar că analistul poate folosi fără să știe actul interpretării în propriile scopuri inconștiente. O

interpretare poate satisface scopuri sadice atunci când este oferită prematur sau când este exprimată într-un mod care provoacă pacientului durere care nu e necesară (Horney, citată în Azorin, 1957). Poate servi, de asemenea, unor scopuri narcisice, îndeplinind nevoia analistului de a părea înțelept și omniscient (Marks, 1978). Pe de altă parte, poate fi utilizată pentru a crea o distanță mai mare între pacient și analist, funcționând pentru ultimul ca o apărare împotriva intimității. Există nenumărate alte posibilități prin care actul interpretării poate servi pentru a proiecta propria psihopatologie a analistului asupra pacientului (Searles, 1959). Cu siguranță, orice interpretare, indiferent cu cât tact este formulată, poate fi resimțită de pacient ca o amenințare prin faptul că presupune posibilitatea de a fi obligat să se schimbe. Dar dacă o interpretare este, în cele din urmă, utilă sau vătămătoare pentru pacient va depinde într-o anumită măsură de intențiile, conștiințele sau inconștiințele, ale individului care face interpretarea.

Pericolele întâlnite atunci când terapeuții sunt insuficient de conștienți de motivațiile lor sunt mult prea reale și au fost demonstrate de numeroși autori. De exemplu, în articolul lor intitulat „The Psychiatrist as Wounded Physician“, [Psihiatrul ca medic rănit] Groesbeck și Taylor (1977) scriu:

Doar într-o abordare a practicii psihiatriei care include ecuația personală a bolilor, rănilor potențiale sau actuale sau a vulnerabilităților vindecătorului, există speranța să faci față în mod adecvat pericolelor acestei vocații — pericole care țin atât de pacienți, cât și de medicul psihiatru. Adică, dacă această ecuație personală nu este explicată, șansele ca pacientul să nu poată fi vindecat sau ca psihiatrul „să ia boala” sau, cel puțin, să i se agraveze rănilor sunt mult mai mari. [p. 131]

În mod similar, Lindner (1978) subliniază importanța psihoterapiei personale a terapeutului pentru „a reduce pericolul ca motivațiile inconștiente nerezolvate să poată copleși terapeutul și să-l împingă către alegeri [ale orientării și tehnicii terapeutice] ce sunt mai puțin în interesul pacientului său!” (p. 407). De asemenea, English (1977) ne avertizează că un rezultat tragic pentru un singur pacient oferă doar eliberare temporară terapeutului cu tendințe inconștiente sadice sau masochiste, și că, dacă rămân neexamine, nevoia compulsivă de a le pune în act cu un alt pacient apare după un scurt răstimp.

Pentru a cita un alt exemplu, Hammer (1972) prezintă importanța încrederii și siguranței în relația terapeutică. El afirmă că pacienții pot să-și permită să fie vulnerabili doar dacă simt că terapeutul lor nu prezintă o psihopatologie majoră și nu are nevoie de a-și folosi pacienții ca obiecte pentru dobândirea propriei satisfacții sau pentru ridicarea stimei de sine. Hammer continuă:

Destul de des studenții aleg cariera de psihoterapeut tocmai din aceste motive. Pentru ca studentul să fie cu adevărat un terapeut eficient ar putea fi bine pentru el să-și exploreze onest motivațiile fundamentale pentru a deveni terapeut și, ca urmare, să fie în poziția să împiedice ca nevoile sale neadecvate să aibă un efect dăunător asupra terapiei [p. 21].

Motivațiile conștiente

În paginile care urmează se va acorda puțină atenție motivelor conștiente ale psihoterapeuților de a urma această profesie. Cu siguranță și acesta este un subiect care merită investigat. Este