

THE ROLE OF INTIMACY IN THE CONSTRUCTION OF IDENTITY

Gabriel Balaci

Lecturer, PhD, "Vasile Goldiș" Western University of Arad

Abstract: Intimacy is that personal space, physical and psychological, that person clearly separated from the others. It is an area whose boundaries are described by the body and its representation psychically, bashfulness, shame, invisible, secrets, inaccessible to other. In this space, the subject builds self-image, personal innermost desires, ideals, beliefs that are difficult to express public. Privacy is building space personality, identity based, and later on remain the meeting place with himself. It is the space in which we are the most authentic, most daring and most distinguished of the world. Here we experience self-image, relationship with himself and authentic desires. All these make up what we call identity. Identity is the product of a series of identification and misidentification with people, rules, traditions, socio-political contexts.

In this article, I emphasized the importance of personal space and intimate, personal development and to define their identity. I will try, by reference to cases encountered in my clinical experience, to show some consequences that may breach the privacy of a person on the sense of self-identity and the integrity of an individual's personality structure. For further clarification of the relationship between privacy and identity I will appeal to psychoanalysis, because I felt that this view of the psyche allow a deep knowledge of human personality, both in terms of conscious and especially unconscious.

Keywords: intimacy, body image, self-image, identification, identity

Problema identității este tot mai des adusă în discuție, atât la nivelul individului, cât și la nivel mondial. Atunci când vorbim de popoare, noțiunea de identitate ne trimite la ideea de națiune. Procesul globalizării repune în discuție problema identității, în special pe cea a identității naționale, care poate părea un obstacol, un blocaj în calea acestei transformări sociale, politice, dar mai ales economice.

Climatul familial reprezintă matricea în care începe procesul de construire a identității. Identitatea nu este un dat fix, transmis genetic, ci presupune un proces dinamic, pe parcursul căruia pot apărea diferite obstacole, mai mult sau mai puțin surmontabile. Construirea identității pornește de la locul pe care îl ocupă copilul în câmpul dorințelor părinților, în reprezentările acestora despre copilul la care visează și pe care îl investesc fantasmatic, ca pe o prelungire narcisică a lor, continuându-se pe tot parcursul dezvoltării personalității.

În acest articol voi încerca să surprind importanța recunoașterii unei identități proprii, încă de la vârste fragede, în procesul de construire a personalității, dar și al intimității care odată perturbată, determină tulburări în dezvoltarea personalității. Acest lucru va fi pus în evidență în prezentarea cazului din a doua parte a acestui articol. Identitatea este rezultatul unor procese de

dezvoltare și maturizare, la nivel fizic și psihosocial. Spațiul în care începe construirea identității este spațiul intimității ce se creează în cadrul relației mamă-copil. Mai târziu, pe parcursul dezvoltării psiho-fizice a individului, intimitate devine spațiul întâlnirii cu sine, al autenticității, al reveriei și al rugăciunii, atât ca relație cu Dumnezeu, cât și ca dezvoltare de sine în fața reprezentării divinității.

În dicționarul explicativ¹ găsim următoarele explicații cu privire la *intimitate*.

INTIMITĂȚE, (3) *intimități*, s. f. **1.** Calitatea a ceea ce este intim; prietenie bazată pe legături strânse. ◇ Expr. *A trăi (sau a fi) în intimitatea cuiva* = a avea legături strânse (de prietenie) cu cineva, a face parte dintre cunoștințele apropiate ale cuiva. ♦ Profunzime, adâncime (a unui sentiment, a unui gând etc.). **2.** Cadru limitat, cerc restrâns, familial. **3.** (La pl.) Lucruri, chestiuni personale. – Din fr. **intimité**.

Etimologic *Intimus* înseamnă în fond, la interior, iar verbul *intimo* înseamnă a conduce în interior, a penetra. Termenul *Intimus* descrie în același timp o interioritate și în același timp o mișcare de penetrare. Intimitatea este excitantă și tentantă pentru că este ascunsă, protejată, iar această mișcare de protecție și de disimulare suscită structural, profanarea ei, penetrarea ei.

Un aspect important al psihicului fiecărui individ este constituit și construit/modelat de modelele de identificare și de persoanele care au reprezentat obiecte libidinale (de iubire). Este dificil de identificat un gest sau un comportament care să nu fie influențat de identificări a căror semnificație poate varia foarte mult. Semnificațiile lor inconștiente, ascunse în spatele unor comportamente sau atitudini ale pacientului sunt reflectate în relația transferențială.

Identitatea implică în construcția ei, pornind de la un fond pulsional inconștient, procese de identificare, introiecție, incorporare și influențare intersubiectivă. Este dificil pentru un subiect să conștientizeze în ce măsură este dirijat de modelele sale inconștiente, de identificare. În prima întâlnire pe care am avut-o cu pacientul, care conține în formă concentrată întregul proces analitic, acesta a povestit starea actuală, pe care de altfel și-o păstra și în ședință, că se simte absorbit de orice spațiu sau grup în care se află. Întotdeauna ajunge să nu se mai poată diferenția de mediu. Prima separare sau primul obstacol în calea unei relații fuzionale cu persoana de îngrijire, este impusă prin interdicția incestului. Raportul intimitate-identitate este pus în evidență chiar în cadrul relației dintre analist și analizand/pacient. Spre deosebire de alte tipuri de psihoterapie, în terapia analitică și în psihanaliză, psihianalistul se folosește pe sine ca parte integrantă a procesului analitic, ca instrument de lucru în cadrul relației analitice, ajungând să construiască în relație cu pacientul, o intimitate delimitată de confidențialitate și de neutralitatea binevoitoare. Această intimitate nu anulează identitățile celor doi protagoniști ai relației transferențiale, ci dimpotrivă, într-o manieră neintruzivă, în cadrul acestei intimități co-create, analistul susține pacientul să-și construiască sau reconstruiască propria identitate.

Conceptul de „identitate” este considerată de unii psihologi ca fiind inconsistent, iar de către alți psihologi de diverse orientări este complet ignorată. Psihanaliza, chiar dacă nu a făcut din acest concept un concept fundamental, totuși, prin punerea accentului pe rolul inconștientului în dezvoltarea psihică a persoanei, repune în discuție ideea de unitate a individului și de construcție a acestei unități. Identitatea unui individ trebuie înțeleasă din perspectivă topică și dinamică, a unui psihism compus din trei instanțe: Eu, Se și Supraeu, și supus unor exigențe interne, de natură pulsională, dar și externe, stabilite de contextul social, cultural și politic, în

¹ <https://dexonline.ro/>

care se dezvoltă individul. Exigențele interne, cerințele pulsionale care își caută satisfacerea la nivelul obiectului, împing individul spre exterior, spre lume, însă nu anulează eul în favoarea obiectului. Primele tipuri de interacțiune dinspre individ spre obiect sunt identificările.

O perioadă cheie în construirea identității bazată pe spațiul intim al individului, cu respectarea limitelor acestei intimități, este perioada numită de Freud complexul Oedip.

Freud atribuie complexului lui Oedip 3 funcții fundamentale:

a) alegerea obiectului iubirii, prin aceea că după pubertate, rămâne marcat în același timp prin investiri obiectului și identificările inerente complexului Oedip, precum și prin interdicția de a realiza incestul;

b) accesarea la genitalitate, prin aceea că nu este asigurată doar prin simpla maturizare biologică. Organizarea genitală presupune instaurarea primatului falusului, pe care nu o putem considera realizată înainte de rezolvarea crizei oedipiene prin intermediul identificării;

c) efectele asupra structurării personalității, asupra constituirii diferitelor instanțe, în special a Eului și ale idealului Eului.

Corelativul dinamic și corectiv permanent al complexului Oedip este complexul de castrare, ca pedeapsă pentru incest. Acesta este centrat pe fantasma castrării, care oferă un răspuns problemei puse copilului de diferența anatomică dintre sexe (prezența sau absența falusului): această diferență este atribuită tăierii penisului la fetiță. Structura și efectele complexului castrării sunt diferite la băiat și la fată. Băiatul se teme de castrare ca de realizarea unei amenințări paterne ca răspuns la activitățile sale sexuale; de aici rezultă pentru băiat o intensă teamă (angoasă) de castrare. La fată, absența penisului este resimțită ca un prejudiciu pe care ea încearcă să-l nege, compenseze sau repare.

Trecerea prin complexul Oedip duce la poziția heterosexuală și la formarea Supraeului, în care Freud vede sursa moralei și a religiei. Un impact major asupra dezvoltării individului îl are modul în care, în această perioadă, este instaurată interdicția incestului, care permite separarea copilului de părintele de sex opus și deschiderea sa spre lume. Atunci când instaurarea acestei interdicții nu are loc, așa cum vom vedea în cazul prezentat mai jos, individul este afectat semnificativ în construirea și asumarea unei identități. Așa cum arată Nasio în lucrarea sa *Conceptele fundamentale ale psihanalizei*, „... experiența inconștientă a castrării este fără încetare actualizată de-a lungul întregii existențe și în mod deosebit repusă în joc în cura psihanalitică a pacientului adult.¹”

Studiu de caz

Cazul pe care urmează să-l prezint este cazul unui pacient cu care am început să lucrez în septembrie 2013. Pacientul este un tânăr de 32 de ani, iar la data începerii terapiei având vârsta de 28 de ani. Este de profesie profesor de desen, iar în timpul liber se ocupă de pictură. Cu puțin timp înainte de a solicita o psihoterapie, s-a mutat la prietena lui și locuiește cu aceasta și familia ei, într-un alt cartier al orașului natal. Mama pacientului este de profesie profesor de limba română și a publicat mai multe volume de proză scurtă și poezie, iar tatăl care a murit când pacientul avea 27 de ani, era de profesie inginer constructor, însă cu înclinații artistice remarcabile, după spusele pacientului. Acesta picta icoane și peisaje în care strecura câte un copil gol, « care se integra foarte bine în peisaj », după spusele pacientului.

Condițiile preliminare ale consultației

¹ J.D. Nasio, *Conceptele fundamentale ale psihanalizei*, București, Editura IRI, 1999, p. 17

Am fost contactat telefonic, de către iubita pacientului care a dorit o programare pentru acesta. Discuția a durat aproximativ cinci minute, în care mi-a spus că ar dori să facă o programare pentru iubitul ei care e foarte sensibil, plânge ușor și în urmă cu vreo 4-5 ani a avut mai multe tentative de suicid. Cu câteva zile înainte să ajungă la mine, pacientul m-a contactat telefonic pentru a afla adresa cabinetului și pentru a stabili ora primei întâlniri. În această convorbire telefonică am stabilit prima întâlnire față-n față. Faptul că nu m-a contactat direct, iar până la prima întâlnire a recurs la două contacte indirecte, arată teama pacientului de a stabili o relație, dificultatea de a intra în contact cu o altă persoană.

1. Interviuul inițial.

Pentru interviul inițial aloc, de cele mai multe ori, trei ședințe, uneori patru, pe care le programez pe parcursul unei singure săptămâni. În cazul acestui pacient am stabilit trei ședințe, deoarece urma să plece din localitate.

La data și ora întâlnirii pacienta s-a prezentat la cabinet. Când l-am văzut în fața ușii, am avut impresia că e speriat. Am salutat și l-am poftit înăuntru. Cu pași ezitanți a intrat și s-a scuzat că e dezorientat, iar oboseala după o zi de curs își spune cuvântul. L-am invitat să ia loc și să se așeze cât mai comod. Se așezase pe marginea fotoliului, parcă atent să nu deranjeze ceva. Era foarte încordat, crispat și nervos. A început să vorbească fără să mă privească, mecanic, parcă dorind să plece, să fugă. Intimitatea cabinetului părea să-l streseze. Îi era greu să vorbească despre el, despre relațiile lui, ca și când își era complet străin lui însuși.

Pacient: - Știu că trebuie să vorbesc despre copilăria mea, despre viața mea sexuală și despre tentativele de suicid. (după o scurtă pauză) Aaa, și poate de prietena mea și despre pasiunile mele.

Eu: - De unde știți asta? Există un ghid cu toate astea? (am zâmbit și am încercat să o ajut să se relaxeze). Am făcut câteva remarci cu privire la modul în care îl percep și am pus câteva întrebări prin care încercam să-i reduc anxietatea arătându-i că sunt preocupat de starea lui. În această ședință am reușit să discutăm despre cum a decis să vină la terapie, despre modul în care lucrez și am stabilit o nouă întâlnire a doua zi. Am avut impresia că nu a ajuns nimic la el din ce am discutat.

Motivul pentru care a solicitat psihoterapie a fost că vrea să-și păstreze relația actuală și să nu mai treacă prin refuzuri și respingeri. Un alt motiv menționat de pacient, a fost faptul că atunci când se simte respins, starea lui devine foarte rea și are halucinații vizuale (mobila are gură, devine ca o față care vrea să o muște. În timpul halucinațiilor, pacientul spune că este conștient că nu sunt reale, însă nu le poate controla.) Acest lucru (faptul că e conștient că nu e real ce vede și că-și amintește tot ce se întâmplă) m-a făcut să cred că nu este psihotic. Relația lui cu realitatea nefiind una complet anulată.

A doua zi mă sunase să îmi amintesc ora întâlnirii pentru că nu o reținuse. În următoarele două întâlniri am încercat să aflu cât mai multe informații despre el și despre modul în care își percepe propria istorie de viață. Pacientul mi-a povestit că a fost crescut de bunica paternă de la 3-4 luni, până la 7 ani, perioadă în care își vedea părinții foarte rar, iar timpul petrecut cu ambii părinți era aproape inexistent. Nu își putea aminti niciun astfel de moment. Bunica era o femeie exigentă care nu îi oferea prea multă afecțiune, pe motiv că este băiat.

Un alt moment considerat important de către pacient și relatat în ședință, dar pe care îl plasa destul de incert în timp, „în clasele 5-8 sau chiar prin clasa a patra sau a treia”, a fost cel în care le-a spus părinților că vrea să-și schimbe școala pentru că se poartă urât colegii cu el. Părinții au refuzat să îl transfere și chiar să-i asculte motivele. Mediul familial descris de pacient, pare un mediu rece, fără prea multă disponibilitate față de nevoile sale afective. Având în vedere

modul său de relaționare și disconfortul pe care îl simțea în cabinet, m-a făcut să consider că descrierea sa este o descriere bazată pe experiența sa trăită. Într-un astfel de mediu nu pare să fi existat un spațiu intim, momente de intimitate emoțională între el și părinții săi. Toate aceste relatări începeau cu o ezitare și treptat părea că este tot mai prezent în ședință, apoi se retrăgea. Tot în aceste ședințe preliminare, mi-a povestit că a avut timp de aproape trei ani, o relație incestuoasă cu verișoara sa primară, care venea des în apartamentul familiei lui. Această relație a început când el avea 16 ani, iar verișoara 23. Era verișoara din partea tatălui. Un alt episod de care își amintește cu rușine și dezgust, dar care la momentul în care s-a întâmplat, a fost la vârsta de 13 ani, când unchiul său, fratele tatălui său, care era tatăl verișoarei, l-a învățat să se masturbeze, punându-l să-l imite. După această relatare a tăcut. La nivelul mimicii nu părea că trăiește vreo emoție sau că a discutat despre vreun eveniment important pentru el, dar totuși un eveniment la care a luat parte. Nu am considerat că este vorba despre un clivaj, ci mai degrabă o disociere. După câteva momente de liniște l-am întrebat dacă l-a afectat în vreun fel această relație. Mi-a răspuns că pentru el a fost o relație frumoasă și nu simte că a fost incest pentru că nu au făcut copii și că în acea perioadă își imagina că nu e face parte din familia sa. Mi-a spus apoi, că a avut 6 tentative de suicid, între 23 de ani și 27, iar pentru 4 dintre ele a ajuns la psihiatrie. Când el avea 23 de ani, verișoara sa s-a căsătorit, iar la 27 de ani a murit tatăl său. Mi-am formulat în minte ipoteza că pacientul avea sentimente de vinovăție și rușine față de tatăl său, iar moartea tatălui i-a permis să se elibereze de acestea. Impresia pe care mi-a lasat-o a fost că este o persoană extrem de fragilă, dependentă și cu o identitate difuză.

La sfârșitul interviului am simțit că are insuficientă încredere în mine, dar își dorește să urmeze o terapie. I-am spus că vom continua, dacă dorește acest lucru, de săptămâna următoare și că eu consider că ar avea nevoie de două ședințe pe săptămână.

În urma interviului, am putut constata că din punct de vedere intelectual nu prezintă probleme, însă raportul lui cu realitatea este foarte instabil, iar sentimentul propriei identități este difuz. La nivel non-verbal, prin postura corpului, mimică, gesturi, pacientul părea mai degrabă, că nu-și dorește să fie în fața mea. De asemenea, rigiditatea corporală trăda o teamă, neîncrederea că va primi un ajutor. Pe măsură ce încercam să îl ajut să își depășească temerile, corpul său se relaxa și părea că prinde viață, apoi brusc redevenea încordat. Atunci când vorbea despre nemulțumirile lui legate de tatăl său sau despre bunica, fața i se crispa și își fixa privirea într-un punct fix. În ceea ce privește ținuta, de fiecare dată era foarte îngrijită, culorile erau asortate într-un mod plăcut.

Suferințele și dificultățile pacientului

Suferințele pacientului și motivul pentru care a solicitat ajutor terapeutic erau teama că nu are o raportare normală la realitate, interesul său pentru lucruri ne semnificative fiind considerat ciudat sau neacceptat de celelalte persoane. Această particularitate a sa îi alimenta teama că va înnebuni, că va fi respins, abandonat și că nu va găsi pe nimeni care să-l suporte toată viața. O altă teamă exprimată de pacient, este teama de a-i reveni tendințele de suicid. Această teamă de autodistrugere era amplificată de starea cu care se confrunta uneori, și anume, senzația că nu există, că e complet nedefinit.

Biografia

Provine dintr-o familie unită, fiind unicul copil. Relațiile cu familiile farților părinților erau foarte strânse, încât uneori, nici nu mai știa care este casa lor și câți membri are familia lui. Mult timp, pacientul dormea în același pat cu verișoara sa.

Perspectiva pacientului asupra dezvoltării sale

Despre copilăria și adolescența sa am discutat spre finalul celei de-a doua ședințe și în ultima ședință preliminară, apoi, pe parcursul procesului terapeutic, pacientul revenea deseori asupra acestor perioade din viața sa.

În perioada copilăriei, pacientul a fost crescut de bunica paternă, (de la câteva luni, până la 7 ani), o femeie văduvă de mulți ani și care era extrem de rece și exigentă cu el. Pacientul își amintește că pe la vârsta de 4 ani era așa de speriat de bunica, încât atunci când nu-i plăcea mâncarea, făcea pipi în pantaloni, temându-se de reacția bunicii. Atunci când refuza să mănânce, bunica îi pune un clește de rufe pe nas pentru ca el să deschidă gura să-i poată îndesa mâncarea. Își mai amintește că întotdeauna era trimis singur la culcare și bunica nu venea niciodată să îl pupe sau să-i spună „Noapte bună!”. Chiar și după revenirea în familie, pacientul era speriat să nu îl retrimită părinții la bunica.

Relația cu mama a fost descrisă de pacient ca fiind una extrem de rece, fără tandrețe, iar în adolescență o percepea pe mamă ca fiind rece și extrem de critică cu el. Nu-și amintește de niciun moment de tandrețe între el și mama lui. Nu au fost niciodată apropiați, iar relația dintre mamă și tatăl pacientului, i se parea acestuia, o relație concurențială, o relație în care tatăl era apreciat doar dacă reușea să aibă venituri importante. Chiar și în prezent, pacientul își percepe mama ca fiind o ființă avară și egoistă.

La grădiniță a mers sporadic și nu-și amintește decât o secvență în care educatoarea îl luase în brațe și a simțit multă căldură. Școala primară a reprezentat pentru el, o sursă majoră de experiențe traumatiche. Nu a mers niciodată cu plăcere acolo și nu a reușit să se integreze. În afara de momentul când învățătoarea i-a apreciat desenele, nu au existat alte momente în care el să aibă vreun motiv de bucurie sau mândrie. Destul de repede a devenit ținta glumelor și jignirilor colegilor, iar el a cerut părinților să fie mutat la altă școală. Acest lucru s-a întâmplat abia la liceu.

În noua școală a intrat într-un grup de adolescenți nonconformiști, preocupați de mersul cu bicicleta, dar și de alcool și droguri ușoare și muzică rock.

Vorbește cu încântare de experiențele lui din acest grup. Și-a însușit porecla din grup, ”Duo”, încercând mereu să fie pe placul prietenilor. ”Încercam să fiu o altă persoană care să nu-mi amintească în niciun fel de cum eram la cealaltă școală sau acasă.” Am întrebat ce însemna Duo și mi-a explicat că a însemnat *dualitate*, pentru că era când exuberant, când foarte trist.

Relația cu tatăl a fost descrisă de pacient ca fiind una extrem de oscilantă, când deschisă, caldă, când rece și frustrantă.

De asemenea, pacientul povestește că de când a venit să locuiască cu părinții, la ei în casă era prezentă mereu familia verișoarei. El spune că mereu auzea glume sexuale între toți adulții prezenți în casă și nu existau prea multe bariere morale. Își amintește ca unchiul său se plimba gol prin casă, chiar dacă mama pacientului era în apropiere, iar tatăl său făcea mereu aluzii sexuale mătușii. Mediul descris de pacient este unul incestual, mediu ce face problematică existența unor bariere între generații, dar și între cuplurile adulte prezente în casă. Un alt lucru prezentat ca important de către pacient, este faptul că la 14 ani s-a gândit să fugă de acasă, eventual chiar să se sinucidă, pentru că ”obosise să caute atenția părinților”. Tot atunci a descoperit că își poate calma durerea psihică provocându-și o durere fizică (arsul cu țigara și tăitul cu lama erau practicile cele mai frecvente. Uneori se mușca de antebraț, până simțea gustul sărat al propriului sânge). A revenit la aceste practici în urma temerilor și a certurilor din relația actuală.

În perioada facultății, pacientul spune că a avut o viață zbuciumată, dezordonată, însă era extrem de pasionat de pictură și film, el reușind chiar să expună câteva tablouri în străinătate. Fuma multă iarbă, avea multiple și variate experiențe sexuale, iar aceste experiențe, spune el, l-au făcut să renunțe la automutilare.

Absența (pasivitatea) tatălui este prezentată drept una din sursele problemelor lui. ”Tatăl a fost mereu absent, ceea ce i-a permis mamei să-și impună ideile ei despre ce aveam nevoie. Pentru asta îl urăsc oarecum, pe tata.” Această pasivitatea a tatălui, ca exponent al masculinității, l-a împiedicat pe pacient să-l ia drept model de identificare.

El își descrie starea psihică actuală ca fiind una depresivă, fără chef de viață și cu un sentiment major de teamă, dat de faptul că trebuie să se angajeze. De asemenea, spune el, are un mod particular de interpretare a realității și uneori are impresia că oamenii din jur îl acuză de ceva rău pentru care nu merită să fie iubit.

Situația actuală

În prezent se află într-o relație, dar din care nu obține prea multă satisfacție, locuind împreună cu iubita sa, în casa părinților acesteia, unde locuiește și sora iubitei lui și unde spune că nu au deloc intimitate. Au decis să locuiască împreună după trei săptămâni de comunicare prin internet, față-n față întâlnindu-se o singură dată, înainte de a comunica prin internet, la o petrecere. După mutarea împreună au decis că au totuși, nevoie de o anumită distanță, însă din cauza condițiilor de locuit, pentru a dormi în camere separate, iubita a fost nevoită să doarmă în cameră cu mama și sora ei, iar el doarme singur. Astfel, atunci când cei doi doresc să-și petreacă noaptea împreună, mama și sora acesteia știu acest lucru, iar dimineața află și tatăl iubitei. Din spusele pacientului, mama iubitei sale i-a sfătuit să facă mai rar sex și să nu se gândească să-i „verse” vreun copil. Putem observa, din analiza contextului familial actual, că mediul incestual a fost recreat de către pacient, însă cu participarea membrilor familiei iubitei.

1. *Relația pacient-terapeut*

- Transferul și contratransferul la începutul și pe parcursul terapiei.

Așa cum am arătat și mai sus, la început pacientul nu mă investea cu încredere și îmi testa confidențialitatea. Relația terapeutică, la început, se desfășura atât față-n față, cât și pe skype (video), în ultima vreme sesiunile de pe skype au fost doar audio. El era ezitant și nu se investea în relația terapeutică, iar eu eram ambivalent, îmi trezea agresivitate când simțeam că se îndoiește de mine, iar când îmi vorbea despre experiențele sale în care s-a simțit refuzat sau respins, simțeam milă și încercam să înțeleg cum a trăit el respingerea. Pe parcursul terapiei, am înțeles că atunci când simt să îl resping sau să fiu agresiv cu el, sunt reacții contratransferențiale ce rezultau din identificarea lui proiectivă. În prezent, pacientul se află într-un transfer patern, în care mă identifică cu partea bună a tatălui său și îmi împărtășește preocupările lui artistice, căutând să-mi stârnească interesul, admirația.

Momentele importante și schimbările din timpul terapiei.

Pe parcursul terapiei, pacientul a avut mai multe schimbări în atitudinea față de terapie și față de mine și ajustări în ceea ce privește istoria sa de viață. Aceste schimbări au necesitat schimbări și din partea mea. El a trecut treptat la încredere și investire. În urma prezentării cazului în cadrul unui curs din cadrul formării, mi-a fost sugerată ideea că aș putea utiliza umorul și să încerc să îl conțin mai mult, fără să îl abordez ca pe o persoană nevrotică.

Schimbarea atitudinii mele, renunțarea la confruntări și reducerea interpretărilor au determinat o investire mai mare a sa în terapie.

- Secvențe concrete de dialog între pacient și terapeut

Următoarele secvențe de dialog sunt redată din notițele pe care mi le-am luat după o ședință față-n față.

Pacient (P): (după una din reîmpăcările cu partenera sa): După ce am revenit, iubita mea a fost foarte bucuroasă și mi-a spus că acum înțelege de ce am nevoie și nu mai vrea să mă facă să sufăr. Sunt atât de fericit că și-a dat seama de cum sunt eu. Mi-a propus să mergem într-o excursie, dacă renunț la terapie, ca să avem bani. Nu mă pot baza pe ea, totuși, nu am încredere că face ce spune, nu cred tot ce spune, dar apreciez că vrea să aiba grijă de mine și că mă iubește așa cum sunt, deși nu pot spune că mă cunoaște.

Terapeut (T): Păreți încântat de ideea de a renunța la terapie pentru a merge în vacanță.

P: Daaa, mi-e dor să merg în Germania cu cineva care mă iubește. Cu ea, adică. Vreau să renunț de luna viitoare pentru că este o expoziție la Berlin, de pictură. Vreau să expun și eu. Dacă ajungem în Germania, nu ne mai întoarcem. Acolo salariul este de 3-4000 de euro. Ne-am făcut un calcul și cu 8000 de euro putem să ne închiriem o casă cu grădină, să ne amenajăm un atelier de artă, iar în a doua lună vom merge la munte să stăm vreo lună și să facem picturi. Dacă vindem vreo 4 tablouri pe lună, măcar cu 1000 de euro bucata, înseamnă încă 4000 de euro. Cu 12000 de euro trăim regește.

P: Nu-mi place deloc apartamentul meu, mă disperă, e mic, murdar și aud tot ce mișcă la vecini. E mai bine aici, la prietena mea. Cred că mă atrage sora iubitei. Am văzut-o cum se uită la mine. Odată a lasat ușa la baie deschisă și aștepta să o văd.

Am încercat să pun în evidență, prin acest fragment de ședință, absența unor limite introiectate, a unor repere interne, absențe ce pot fi cauza unei identități difuze și a pornirilor incestuoase. Pacientul nu e capabil să-și identifice propriile limite, uneori chiar și cu cele corporale are dificultăți. Acest lucru îi dă sentimentul de dizolvare în grupurile de prieteni.

Una dintre ședințele următoare a fost un salt de la o idee la alta, fără legătură între ele și ignorând parca, întrebările mele. Încercarea mea a fost să îl ascult și să găsesc ceva comun la toate subiectele abordate. Practic, mi-a arătat cât de disociat e și câtă nevoie de conținere are. La sfârșitul ședinței am încercat să-i ofer următoarea interpretare, dar nu a acceptat-o, de fapt pare că a auzit cu totul altceva :

T: Vă este foarte greu să vă concentrați asupra unui lucru, vă pierdeți în foarte multe subiecte pe care apoi, le abandonați. Îmi este greu să urmăresc un fir central al celor discutate în această ședință, însă am observat că toate subiectele abordate v-au stârnit pasiunea, vorbeați cu interes despre oricare dintre subiecte. Aveți un orizont larg de preocupări.

P: Nu aveți dreptate și nu sunt de acord cu ce spuneți. Nimeni nu poate să-mi spună că nu am dreptate. De când eram copil știam cum să am dreptate. Aici chiar nu ați reușit să mă convingeți că am greșit.

Diagnosticul și considerațiile psihodinamice

Fiind crescut de bunica de la vârsta de câteva luni și până la șapte ani, iar în această perioadă timpul petrecut cu părinții a fost destul de scurt, pacientul nu a reușit să își manifeste atracția față de mamă și rivalitatea față de tată, așa cum se întâmplă în complexul Oedip, într-un parcurs firesc, natural. Privat de această experiență, nici interdicția incestului nu a fost trăită în condiții firești. Lipsă confruntării cu această interdicție a determinat neasumarea unor limite, ceea ce poate constitui o dificultate în asumarea unei identități clar definite, iar incestul nu a fost văzut ca ceva rău, nepotrivit, în ciuda interdicțiilor încălcate. Ulterior, după trăirea unei relații incestuoase, confruntarea cu dezaprobarea părinților pentru orice cerere a sa, l-a făcut să simtă vinovăție, dar și rușine. Cele două sentimente i-au deteriorat și mai mult sentimentul identității de sine.

Având în vedere această evoluție a pacientului, am considerat că prezintă o tulburare a personalității de tip borderline, caracterizată printr-un sentiment de difuzie a identității și o slabă capacitate de testare a realității. Până în momentul de față, conflictul central al pacientului ar fi rivalitatea cu mama, rivalitate ce nu s-a manifestat atunci când pacienta, copil fiind, se afla la vârsta complexului Oedip. În prezent, din cauza absenței tatălui, acest conflict pare fără miză, deci fără final. Trauma în jurul căreia pacientul și-a organizat personalitatea este lipsa afectivității, abuzul fizic și emoțional trăit în relația cu bunica și prelungit, cel puțin în percepția sa, în relația cu mama și relația incestuoasă față de care este ambivalent. Lipsa unui spațiu fizic, personal, intim, a avut ca efect perturbarea limitelor și a unui cadru intern fix, în care să-și poată construi propria identitate. Ca mecanisme de apărare, pacientul folosește denegarea realității, identificarea proiectivă, devalorizarea primitivă. Atunci când este confruntat cu sentimentele de vinovăție sau cu rușinea pe care o trăiește sau încearcă să o evite, pacientul se înfurie, încearcă să încalce limitele cadrului.

Cadrul terapeutic

Am stabilit o frecvență de două întâlniri pe săptămână pentru că era foarte productiv la nivelul discursului și am simțit că are nevoie de un ritm atât în relația cu el, cât și în relația cu mine ca terapeut. Având în vedere perioadele scurte de contact cu sine însuși, m-am gândit că două ședințe pe săptămână în care să-și focalizeze atenția pe sine l-ar putea ajuta să își sondeze mai bine conținuturile inconștiente, amintirile pe care le considera uitate și care l-ar ajuta să-și construiască o identitate. Vacanțele le-am stabilit de comun acord, el fiind fără loc de muncă, a fost foarte flexibil față de program. Unul din scopurile cadrului, prin limitele pe care i le prezintă pacientului, este de a-l ajuta pe acesta să-și stabilească singur propriile limite.

În ceea ce privește rolul meu, consider că este necesar să-i asigur o conținere cât mai bună, care să-i servească drept bază pentru încercarea de a-și construi o identitate proprie și ulterior, o atonomie funcțională.

Concluzii

Complexul Oedip, una din descoperirile de geniu ale lui Freud, este o etapa din istoria de viață a fiecărui individ, are un rol și un loc determinant în construirea unității persoanei. Acest complex nu este cu adevărat depășit niciodată. El este repetat, mai mult sau mai puțin simbolic, în relațiile libidinale ale individului. Cu cât parcurgerea complexului Oedip a fost mai puțin traumatică în copilărie, cu atât tendințele incestuoase vor fi mai refulate. În cazul prezentat, interdicția incestului nu a fost pe deplin instaurată, mediul familial fiind unul incestual și incapabil să traseze limite între membrii săi. Consecințele acestui mediu familial asupra dezvoltării pacientului, sunt evidențiate prin structurarea unei personalități de tip borderline. Mai mult decât atât, putem observa cum pacientul caută relațiile incestuoase ca pe o reproducere a

climatului familial, reproducere determinată de compulsiile la repetiție, ceea ce determină imposibilitatea asumării unei identități care să-i asigure o bună integrare psiho-socială.

BIBLIOGRAPHY

1. Abraham, K. (1924), « Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux », dans *Œuvres complètes*, t. II, 1915 – 1925, Édition Payot, Paris, 1989, trad. Ilse Barande, E. Grin
2. Abraham, K., « Développement de la libido. Formation du caractère », în *Œuvres Complètes*, Tome II (1913-1925), Paris, Édition Payot, Édition Payot, Paris, 1989, trad. Ilse Barande, E. Grin
3. Abraham, N. et Torok, M. (1968), « Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis » în *L'écorce et le noyau*, Paris, Édition Flammarion, 2008
4. Abraham, N. et Torok M. (1972), « Deuil ou mélancolie », dans *L'écorce et le noyau*, Paris, Édition Flammarion, 2008
5. Andre, J., « « Psyché est corporelle, n'en sait rien » », în *Revue française de psychanalyse*, 2010/5 Vol. 74, p. 1475-1479
6. Andre, J., « Corps d'angoisse », în *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2010/1N° 21, p. 125-127
7. Bergeret, J. *La pathologie narcissique*, Paris, Édition Dunod, 1996
8. Bion, W.R., (1967), *Réflexion faite*, Paris, Édition P.U.F., 2007, trad. F. Robert
9. Chabert, C. « Regardez-moi ! », *Revue française de psychanalyse* 2003/3 (Vol. 67), p. 911-923.
10. Freud, S. (1914), « Pour introduire le narcissisme », în *La vie sexuelle*, Paris, Édition P.U.F., 1986. trad. D. Berger, J. Laplanche et col
11. Freud, S., (1932), *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Édition P.U.F., 2010, trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy
12. Gibeault, A. (2010), *Chemins de la symbolisation*, Paris, P.U.F., Paris, 2010
13. Green, A. (1979), « L'angoisse et le narcissisme », dans *Revue française de psychanalyse*, tome 43, nr.1, 1979, Paris, Édition P.U.F., 1979, p. 45-87
14. Horn, A., « « Le corps en séance » », dans *Revue française de psychanalyse*, 2010/5 Vol. 74, Édition P.U.F., p. 1559-1563
15. Lacan, J., (1963), *Des noms-du-père*, Editions du Seuil, Paris, 2005
16. Laufer, L., *L'énigme du deuil*, Paris, Édition P.U.F., 2008
17. Nasio, J.D., *Conceptele fundamentale ale psihanalizei*, București, Editura IRI, 1999, p. 17
18. Roussillon, R., (2007) *Manual de psihologie și psihopatologie clinică generală*, București, Édition Fundatiei Generatia, 2010
19. Roussillon, R. *Le processus de symbolisation et ses étapes. Nécessité de symbolisation*, <http://elendil.univ-lyon2.fr/psycho2/IMG/pdf/doc-226.pdf>
20. Sandor, V., *Colocvii de psihanaliza*, București, Édition Fundatiei Generatia, 2010

21.Segal, H. (1981), *Psychanalyse clinique*, Paris, Édition P.U.F., 2004, trad. M.L. Léandri

22.Toma, H., Kachele, H. (1996), *Tratat de psihanaliza contemporana, Fundamente*, vol.I, II, III, Bucuresti, Édition Trei, 2000, trad. C. Erena

23.Widlöcher, D., « Le langage de l'angoisse », în *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2010/1no 21, p. 17-33