

## **THE INFLUENCE OF PATIENT DISCOURSE ON THE PSYCHOTHERAPEUTICAL**

**Gabriel Cosmin Balaci**

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

*Abstract: When talking about a therapeutic relationship, we must consider the particularity of this type of interpersonal interaction, but also the context in which such interaction is possible. In this article, I will consider the therapeutic relationship from psychodynamic therapies, being therapies in which the patient is seen in the fullness of his psychism, meaning, both from the perspective of the consciousness and the unconscious. The therapeutic relationship, from this perspective, takes place largely at an unconscious level. The relationship between the two unconscious is expressed at the level of transfer and counter-transfer of both participants to the therapeutic act.*

*An aspect that arises in the counter-transfer of the analyst, but which has not been very often taken into account, although it can cause the analyst's block and, implicitly, the therapeutic process, is the seduction ability of the patient's speech. This seduction manages to escape the rules that establish the therapeutic framework and has direct impact on the representation and interpretation of the analyst. This is what I will try to highlight through examples from both my clinical experience and the experience of other colleagues who have been open to seeking explanations for some of the impasse they have faced in their work.*

*Keywords: therapeutic relationship, analytical framework, transfer, countertransference, seduction.*

Atunci când vorbim de o relație terapeutică trebuie să avem în vedere particularitatea acestui tip de interacțiune interpersonală, dar și contextul în care o astfel de interacțiune este posibilă. În acest articol, voi lua în considerare relația terapeutică din terapiile psihodinamice, fiind terapiile în cadrul cărora pacientul este privit în integralitatea psihismului său, adică, atât din perspectiva conștientului, cât și a inconștientului. Relația terapeutică, din această perspectivă, se desfășoară, în mare parte, la nivel inconștient. Relația dintre inconștientele celor doi este exprimată la nivelul transferului și contratransferului ambilor participanți la actul terapeutic.

Un aspect care apare în contratransferul analistului, dar care nu a fost foarte des luat în considerare, deși poate determina blocajul analistului și, implicit, al procesului terapeutic, este capacitatea de seducție a discursului pacientului. Această seducție reușește să scape regulilor care stabilesc cadrul terapeutic și are impact direct asupra capacității de reprezentare și interpretare a analistului. De multe ori am auzit de la colegi psihoterapeuți, care erau deja obișnuiți cu analiza propriului contratransfer, că s-au lăsat atrași în povestea pacientului, în logica discursului acestuia și nu au mai reușit să își păstreze neutralitatea necesară și obligatorie pentru continuarea travaliului analitic împreună cu pacientul respectiv. Pacientul nu-și propune conștient această seducere a analistului, însă inconștient sunt activate rezistențe în fața schimbării la care se ajunge prin conștientizarea conținuturilor inconștiente. Psihoterapia este o formă de tratament care se bazează pe cuvânt, pe discurs. Lacan spunea că psihanaliza este o chestiune de discurs. Dimensiunea simbolică a limbajului și capacitatea de simbolizare a pacientului influențează demersul analitic. Acest lucru voi încerca să-l evidențiez prin exemple atât din experiența mea clinică, cât și din experiența altor colegi care au fost deschiși în a căuta explicații pentru unele impasuri cu care s-au confruntat în activitatea lor.

În relația terapeutică legătura dintre analist și pacient este realizată prin cuvânt. Pacientul, prin intermediul limbajului își exprimă problema și încearcă să ajungă la cauzele ei cu ajutorul

analistului. El își formează anumite reprezentări cu privire la terapeut, la psihoterapie, la ce trebuie sau nu trebuie să spună, la cum trebuie să spună și ce va crede terapeutul despre el. La rândul său, psihoterapeutul, în ciuda neutrității pe care este antrenant să o păstreze, își va forma anumite reprezentări despre pacient, chiar de la primul contact telefonic sau prima întrevvedere. Toate aceste reprezentări sunt transpuse în relația dintre cei doi, prin intermediul discursului fiecăruia. Discursul pacientului, modul în care acesta își organizează discursul poartă amprenta istoriei sale de viață. Experiența sa de a accede la limbaj, maniera sa de a pune în cuvinte ceea ce simte, ceea ce dorește, ceea ce îl îngoasează, atunci când copilul, prin achiziționarea limbajului, învață să comunice cu persoanele din jurul său, este marcată și modelată de modelul cultural și educațional al familiei sau mediului în care se dezvoltă. Astfel, discursul său este modelat de interdicții și de încurajări, de reguli și de modele de comunicare. Toată această experiență îi va modela întregul mod de organizare a discursului. Nu doar mediul familial își pune amprenta pe discursul pacientului, ci și societatea, atunci când pe parcursul dezvoltării sale, copilul depășește în interacțiunile sale, mediul familial. Michel Foucault spunea în „Ordinea discursului” : „Presupun că în orice societate, producerea discursului este deopotrivă controlată, selecționată, organizată și redistribuită prin intermediul unui anumit număr de proceduri care au rolul de a-i conjura puterile și pericolele, de a-i stăpâni evenimentul aleator, de a evita copleșitoarea, redutabila ei materialitate.”<sup>1</sup>

Relația terapeutică nu este însă, o relație lineară, de egalitate, cu dimensiune doar conștientă. Dimpotrivă, este o relație asimetrică, în care terapeutul este cel investit cu calitatea de cunoscător, iar pacientul, cel puțin la nivel conștient, îl investește pe acesta cu rolul de „vindecător”. Nu același lucru se întâmplă și la nivel inconștient. Aici pacientul poate avea atitudini diametral opuse față de atitudinea declarată și manifestată la începutul terapiei. Schimbarea necesară și favorizată de intervenția psihoterapeutului poate declanșa perturbări semnificative în viața pacientului. Astfel, disponibilitatea pacientului de a scăpa de problema pentru care solicita terapie, pare a fi anulată, iar demersul psihoterapeutic, și mă refer aici, în special la psihoterapiile psihanalitice, deoarece acestea iau în considerare aceste obstacole, este înfrânat, confruntat cu diferite obstacole numite rezistențe, care apar la nivelul pacientului. Aceste rezistențe pot lua diverse forme și unele sunt greu de identificat și acceptat ca fiind apărări ale sale, de către pacient. Chiar și atunci când analistul, prin interpretările sale, vizează aceste rezistențe, încercând să le înlăture, pacientul se opune sau încearcă să activeze alte rezistențe care să împiedice schimbarea sa. Aceste rezistențe nu sunt conștiente, iar pacientul nu le simte ca fiind refuzuri ale inconștientului său față de schimbare.

Astfel, relația terapeutică din cadrul psihoterapiilor psihanalitice, devine un „câmp de luptă” dintre cei doi protagoniști, fiecare folosindu-și propriile „arme” la nivelul discursului. Vom detalia mai jos, elementele centrale ale relației terapeutice și vom încerca să vedem cum discursul pacientului înglobează aceste rezistențe.

## **Transferul**

### **Conceptul de transfer - repere teoretice**

În clinica psihoterapiei psihanalitice, elementul principal al relației terapeutice este transferul.

O explorare succintă a originilor etimologice ale termenului *transfer* (Übertragung) în limba germană aduce în discuție două sensuri principale: un prim înțeles al termenului care denumește mutarea, deplasarea unui lucru dintr-o parte în alta și un al doilea sens care denotă transpunerea a ceva dintr-o limbă străină în altă limbă străină, un sens apropiat termenului de traducere

---

<sup>1</sup> Foucault, M (1971), *Ordinea discursului*, București, Editura Eurosong&Books, 1998

(Übersetzung). Transferul acoperă în mod tradițional primul dintre cele două sensuri menționate. Conform primelor asimilări ale fenomenului în psihanaliză, transferul se definește ca o actualizare a sentimentelor, conflictelor inconștiente și atitudinilor de apărare ale pacientului, desemnând transpunerea unor relații de obiect din trecut în relația din prezent pe care acesta o are cu analistul său. Atunci când vorbim despre transfer, înțelegem că pacientul transferă conținuturi din lumea sa internă în relația sa cu analistul.

Freud consideră inițial transferul ca un obstacol în cura psihanalitică, potențial periculos. Ulterior însă, îi atribuie semnificația de rezistență la travaliul analitic, valorizându-l astfel ca o sursă importantă de informație privind inconștientul reprimat al pacientului. Freud explică totodată o altă relație importantă, între fenomenul de transfer și compulsia la repetiție. Transferul este responsabil de substituția nevrozei normale cu o nevroză de transfer, o reproducere în cadrul curei analitice a problematicii specifice a pacientului care, prin travaliul analitic poate fi revăzută, interpretată, vizualizată, înțeleasă și elaborată în semnificațiile și sensurile cele mai profunde. Transferul trebuie înțeles în dialectica sa inerentă, pe de o parte ca formă de rezistență la tratamentul analitic și pe de altă parte ca o condiție necesară a emergenței conflictului intrapsihic.

În “Studii asupra isteriei”, Freud definește transferul ca o reacție umană specifică, care se instaurează între medic și pacient pe baza unei false legături. Etchegoyen (1986) observă că Freud introduce în teoriile sale, într-un mod implicit, ideea unei realități interne, realitatea simțită de pacient, un pas important pentru viitoarele direcții și dezvoltări ale teoriei transferului. Transferul este, deci, procesul prin care se atribuie analistului reprezentări care emerg în timpul curei și care se referă la obiectele originare ale pacientului. Totodată, Freud folosește același termen în “Interpretarea viselor” pentru a explica travaliul oniric: dorința inconștientă, investind un conținut diurn preconștient, trece de cenzură și ajunge în câmpul conștiinței. Etchegoyen (1986) subliniază faptul că Freud nu stabilește o egalitate teoretică între cele două fenomene, totuși, modalitatea de investire energetică se poate raporta la fenomenul similar al transferului.

Pornind de la primatul acordat relației cu mama în evoluția subiectului, D.W. Winnicott dezvoltă o concepție a transferului ca repetare a legăturii materne. Winnicott înțelege relația prezentă a clientului cu terapeutul ca fiind trăită, ca și cum s-a întâmplat deja. De aici abandonarea strictei neutralități, acest mod de abordare a terapiei fiind deosebit de eficace în cazurile pacienților fragili la care subiectivitatea se manifestă printr-un self fals.

Perspectiva contemporană asupra relației psihanalitice afirmă o înțelegere interacțională și constructivistă a fenomenului, care cuprinde în principiu, definiția inițială, de reactivare a unor conflicte inconștiente, dar și reacțiile, validate de o realitate obiectivă, ale pacientului la personalitatea, intervențiile și contratransferul analistului (Gill, 1982). Astfel, se conturează o perspectivă intersubiectivă asupra transferului, care include ca element decisiv interacțiunea reciprocă a părților de personalitate conștiente și inconștiente ale celor doi participanți, analizandul și analistul. Autori precum Gill sau Sandler au adus în prim plan contribuția personală a analistului în fiecare moment al interacțiunii, prin atitudinile, pozițiile și exprimările sale, care sunt specifice, caracteristice, în funcție de sentimentele, sensibilitățile și conflictele analistului. Cei doi participanți la procesul analitic, nu numai pacientul, sunt supuși presiunilor lumii exterioare, angoaselor, apărărilor patologice, imaginilor parentale, factori care influențează procesul comunicării și reacțiile punctuale la anumite evenimente în cadrul analitic.

Prin interpretarea transferului, analistul încearcă să-i facă accesibile pacientului, conținuturi inconștiente care fiindu-i acestuia necunoscute, nu pot fi gestionate astfel încât starea sa de bine să nu fie afectată. Transferul pacientului este exprimat, în cea mai mare parte, la nivelul discursului

pacientului. Tot la acest nivel se manifestă rezistențele pacientului la schimbare. Modul inconștient în care își structurează acesta discursul, poate îmbrăca diferite forme, printre care și seducția.

### **Tipuri de transfer**

Într-un demers clarificator care simplifică într-o oarecare măsură complexitatea conceptului, dar ajută la o mai bună înțelegere a fenomenului de transfer, în psihanaliza contemporană transferul este clasificat în trei tipuri, transferul legat de afect, transferul legat de o relație din trecut și transferul deplasat (Cabaniss, Cherry, Douglas & Schwartz, 2011).

Pe baza afectului asociat, există transfer pozitiv, vector al sentimentelor de de iubire și tandrețe și transfer negativ, ce include sentimente ostile și agresive. Orice transfer însă, precum orice relație conține însă atât sentimente de iubire cât și sentimente ostile, care pot masca sentimente polarizate opus.

Transferul pozitiv acoperă funcția de susținere a tratamentului, pe baza lui se construiește alianța terapeutică, fiind ingredientul care ajută pacientul și terapeutul să lucreze împreună. Transferul pozitiv, spre deosebire de cel negativ, care poate include sentimente de ură, invidie, dispreț și care este mult mai des luat în considerare, nu se interpretează decât în anumite situații, când sunt identificate sentimente de supraidealizare sau erotizate care împiedică tratamentul psihanalitic.

Transferul pozitiv poate fi clasificat în trei subtipuri: transferul tip idealizare, situație în care atributele terapeutului sunt hiperbolizate, transferul erotic, care se referă la sentimentele de dragoste sau sexuale dezvoltate de pacient față de terapeut și transferul erotizat, adică anumite tipuri de sentimente sexuale față de terapeut, atât agresive, cât și sexuale (Cabaniss et al, 2011).

Tratamentul psihanalitic reproduce relația de obiect din triada oedipiană, marcând ca inevitabilă și firească apariția transferului erotic. Precum oricare alt fenomen psihic, transferul este determinat de principiul funcției multiple.

Se poate spune că uneori pacienții care au un transfer erotic sabotează capacitatea analistului de a-i ajuta, unul dintre motivele iubirii față de terapeut fiind dorința pacientului de a ataca statutul terapeutului și de a-l transforma în amant. Există forme variate ale transferului erotic, într-un continuum al cărui poli extremi sunt, pe de o parte polul sănătos al conflictului, neurotic, și în cealaltă parte cel psihotic. Person vorbește pertinent despre spectrul extins al transferului erotic în termeni contradictorii, afirmând că poate fi “o mină de aur, dar și un câmp minat”. Este relevantă astfel importanța și utilitatea transferului, în funcția sa de reconstruire în cadrul analitic a unei relații similare din afara situației terapeutice, dar și posibilitatea unor acting-out-uri de contratransfer devastatoare.

În ceea ce privește transferul legat de o relație din trecut, acesta se explică prin sentimentele reminiscente ale relațiilor din copilărie, cu origine în diferite faze ale dezvoltării, putând fi clasificate, după originea sentimentelor, în maternale, sentimente care deseori exprimă dorința de îngrijire, holding și conținere, paternale, legate de rolurile tatălui sau fraternale, deseori legate de competiție.

Transferul deplasat se referă la sentimente transferențiale care, fiind prea actuale sau prea intense, nu sunt conștientizate, fiind percepute de pacient ca fiind legate de altcineva, nu de analist. Inevitabil, însă în analiză apar indicii ale transferului deplasat. Apar așa numitele aluzii de transfer în comportamentul verbal și non-verbal al pacientului, iar abordarea consecventă a acestora este considerată principalul mijloc de stimulare și intensificare a reacțiilor transferențiale și a nevrozei de transfer. Aluziile de transfer sunt prezente aproape la toți pacienții, în fiecare ședință de analiză. Mertens (2005) identifică două forme ale apariției aluziilor relaționale, deplasarea și identificarea.

Astfel, descrierea unei relații dificile a pacientului cu un superior încăpățânat poate fi văzută ca o aluzie la relația cu analistul, aluzia de transfer apărând sub forma deplasării. Identificarea, cu comportamentul sau trăirile terapeutului, este o altă formă a aluziilor de transfer, însă, fiind mult mai dificil de descoperit, este de multe ori neglijată. Gill recomandă în acest caz apelul la pacient, pentru găsirea legăturilor între ceea ce spune pacientul și ceea ce se întâmplă în momentul respectiv în analiză, adică cercetarea relației de aici și acum, precizând faptul că interpretările genetice se generează într-un mod firesc ulterior. Rezistențele față de conștientizarea relației transferențiale trebuie analizate strat cu strat, aducând în discuție sentimente precum rușine, vinovăție și angoasă prezente în inconștientul pacientului.

### **Analiza și interpretarea transferului**

Analiza transferului se face printr-o elaborare sistematică, mai exact sunt interpretate toate conținuturile apărute în transfer, în secvența naturală a apariției lor în situația analitică. Psihanalistul este atent simultan la ceea ce spune pacientul, la modul în care spune ceea ce spune și la răspunsul său afectiv la pacient, toate aceste elemente constituindu-se în materialul care îi va permite analistului să clarifice natura relației de obiect care apare în transfer.

În practică, interpretările transferului pozitiv sau puternic negativ pot solicita un stil diferit de abordare, în funcție de contextul individualizant.

Practica analizei și interpretării transferului presupune urmarea unor etape inerente, precum ascultarea, reflectarea și interpretarea.

Ascultarea se supune observării și atenției de care terapeutul se folosește pentru a identifica transferul. Astfel, anumite afirmații inofensive și oarecum neașteptate, indiciile ale transferului în afara cadrului formal al ședinței, transferul deplasat, aluziile de transfer, indiciile legate de pattern-urile de relaționare cu alte persoane, dar și sentimentele contratransferențiale sunt instrumente valoroase care ajută la identificarea reacțiilor transferențiale.

Reflecția este următoarea fază logică în practica interpretării transferului. Terapeutul, în acest moment, trebuie să aprecieze dacă îi comunică sau nu pacientului ceea ce a observat cu privire la relația transferențială.

Există un set de aspecte pe care analistul trebuie să nu le scape din vedere. Abordarea transferului într-un moment inadecvat poate inhiba dezvoltarea și astfel împiedica manifestarea transferului. Un alt aspect al procesului de analiză și interpretare a transferului are în vedere ceea ce este prioritar, din punct de vedere al afectului, în cadrul ședinței terapeutice. Chiar dacă transferul este operațional mereu, atenția pacientului se poate canaliza pe un alt subiect, mai important pentru el în acel moment. Unii autori (Cabaniss et al, 2011) susțin că una dintre ideile greșite despre psihoterapia psihanalitică este că transferul trebuie să aibă întodeauna întâietate. Momentul în care se face interpretarea transferului este și el extrem de important, și, de obicei, se recomandă ca transferul să fie lăsat să se întâmple pentru o perioadă pentru a putea fi înțeles mai bine. Totodată, transferul trebuie să fie foarte aproape de suprafață pentru a putea fi acceptat și înțeles atunci când este adus în atenția pacientului. Gill nu recomandă o analiză insistentă și agresivă a transferului, fiind de părere că abordarea acestui mod, fără a ține cont de consecințele analizei transferului asupra relației de transfer nu poate avea ca efect decât o deteriorare a principiilor bunelor practici ale travaliului analitic.

Transferul se poate dezvolta doar dacă este elaborat consecvent și această condiție include nu numai urmărirea indicilor acestuia, observarea de către terapeut a propriilor influențe asupra temelor pacientului, dar și empatia arătată față de pacient, asigurarea continuă pe care analistul i-o

oferă pacientului că înțelege și tolerează impulsurile și fantezmele care se orientează în relația de transfer mai ales asupra persoanei analistului. Tabloul transferențial este completat de relația de contratransfer.

În practica analizei transferului, pot fi teoretizate (Cabaniss et al., 2011) trei tipuri de intervenții: intervențiile de bază, care se referă la educația psihică a pacientului privind ceea ce înseamnă transferul, intervențiile suportive, invocate atunci când pacientul este caracterizat de o funcționare mai slabă a eului și intervențiile de conștientizare, intervenții de elecție în cazul în care analistul dorește explorarea transferului pentru a descoperi gânduri și sentimente inconștiente. Reducerea transferului negativ și repararea rupturilor în relația terapeutică sunt esențiale și se pot constitui ca prioritate în cadrul analizei. În unele cazuri, este necesar ca terapeutul să apeleze la funcția de holding a psihoterapiei, adică să arate pacientului său că poate tolera sentimentele lui puternice fără a-l judeca, fără a se supăra și fără a întrerupe tratamentul.

### Rezistența

Pe parcursul tratamentului psihanalitic denumim rezistență tot ceea ce în acțiunile și cuvintele celui analizat se opune accesului acestuia în inconștientul său. Prin extensie, Freud a vorbit de rezistență la psihanaliză pentru a desemna o atitudine de opoziție față de descoperirile sale, în timp ce ele revelau dorințe inconștiente și impuneau omului o "rană psihologică".

Conceptul de rezistență a fost introdus devreme de către Freud, exercitând un rol decisiv în apariția psihanalizei. De fapt, Freud a renunțat la hipnoză și la sugestie îndeosebi pentru că rezistența masivă pe care o opuneau anumiți pacienți îi părea pe de o parte legitimă, iar pe de altă parte neputând fi nici depășită și nici interpretată, ceea ce metoda psihanalitică face de altfel posibil în măsura în care ea permite actualizarea progresivă a rezistențelor care se vor traduce tocmai prin diferitele maniere prin care pacientul nu respectă regula fundamentală; regăsim în *Studii despre isterie* (Freud, 1895) o primă enumerare a fenomenelor clinice, evidente sau discrete, de rezistență.

Rezistența a fost descoperită ca obstacol în elucidarea simptomelor și în progresul tratamentului. "rezistența constituie, în concluzie, ceea ce împiedică tratamentul" (Freud, 1895). Freud va cauta să învingă acest obstacol prin insistența – în sensul de opus rezistenței – și prin convingere, înainte de a recunoaște că este o cale de acces către refulat și către secretul nevrozei; în fapt, acestea sunt chiar forțele pe care le vedem *la treabă* în rezistență și în refulare. În acest sens, cum Freud insistă în scrierile sale tehnice, tot progresul tehnicii analitice a constatat într-o apreciere mai corectă a rezistenței, în a ști despre aceasta informație clinică că nu era suficient să comunici pacienților sensul simptomelor lor astfel încât refularea să fie eliminată. Se știe că Freud nu a încetat să considere că interpretarea rezistenței și a transferului ca fiind trăsăturile specifice ale tehnicii sale.

În privința explicației fenomenului rezistenței, vederile lui Freud sunt mai dificil de extras. În *Studii despre isterie*, el formulează următoarea ipoteză : putem să considerăm că amintirile sunt grupate după gradul lor de rezistență, în straturi concentrice în jurul unui nucleu central patogen; pe parcursul tratamentului, fiecare trecere de la un cerc la altul mai apropiat de nucleu va antrena deci cu atât mai mult rezistența. Încă din acea perioadă, Freud face din rezistență o manifestare proprie tratamentului și rememorării pe care el o cere, cu aceeași forță exercitată de Eu contra reprezentărilor posibile. Se pare totuși că vede originea ultimă a rezistenței într-o repulsie care vine de la refulat. Găsim deci aici două elemente ale explicației : rezistența este reglată de distanța sa în raport cu refulatul ; pe de altă parte ea corespunde unei funcții defensive. Scrierile tehnice mențin aceasta ambiguitate.

Dar, începând cu a doua topică, accentul este pus pe aspectul defensiv : apărarea exercitată de către Sine. "Refulatul" nu opune eforturilor vindecării nici un fel de rezistență; de fapt, el nu tinde către nimic altceva decât la a învinge presiunea care îl apasă, pentru a-și croi drum spre conștiință sau spre descărcarea prin acțiune reală. Rezistența în vindecare provine din aceleași straturi și sisteme superioare ale vieții psihice care produsese rărefularea la timpul său".

Rezistența evidentă a eului nu e suficientă pentru a ne da seama de dificultățile întâlnite în progresia și încheierea muncii analitice ; analistul, în experienta sa, întâlnește rezistențe pe care nu le poate lega de alterații ale eului.

La sfârșitul cărții *Inhibiții, simptome și angoase*, (1926) , Freud distinge cinci forme de rezistență; trei sunt legate de eu: refularea, rezistența (în) transfer(ului) și beneficiul secundar al bolii "care se fondează pe integrarea simptomului în eu".

Tentativa de clasificare are cel puțin meritul de a sublinia că Freud și-a refuzat mereu asimilarea fenomenului inter- și intra-personal al rezistenței la mecanismele de apărare inerente structurii eului. Întrebarea : cine rezistă ? rămâne pentru el deschisă și problematică. Dincolo de eul "care se agață de contra-investițiile sale", trebuie să recunoaștem, ca ultim obstacol în munca analitică o rezistență radicală, asupra naturii căreia ipotezele freudiene au variat, dar în orice caz, conceptul de rezistență a fost considerat ca fiind ireductibil la operațiile defensive (a se vedea : Compulsia repetitiei).

Rezistența posedă sensuri multiple, dar în psihanaliză ea are o semnificație foarte aparte și foarte importantă.

În planul istoriei psihanalizei, Jean Laplanche și Jean Bertrand Pontalis reamintesc că conceptul de rezistență a fost introdus devreme de către Sigmund Freud și că putem spune că a exercitat un rol hotărâtor în viitorul psihanalizei.

În *Studii despre isterie* (1895) găsim o primă enumerare a diverselor fenomene clinice, evidente sau discrete, ale rezistenței.

Rezistența a fost descoperită ca obstacol în elucidarea simptomelor și a progresării curei. « Rezistența, scrie Freud, constituie, până la urmă ceea ce împiedică munca (terapeutică) ». Acest obstacol, Freud încearcă mai întâi să îl învingă prin insistența – cu sens contrar rezistenței – și prin convingere, înainte de a-l recunoaște ca mijloc de acces la refulat și la secretul nevrozei; în fapt, sunt aceleași forțe pe care le vedem la lucru în rezistență și în refulare.

Freud arată în scrierile sale tehnice, că tot progresul tehnicii analitice a constat într-o apreciere corectă a rezistenței, cunoscând că nu era suficient să comunici pacienților sensul simptomelor lor pentru ca refularea să fie recunoscută. Se știe că Freud nu a încetat să considere interpretarea rezistenței și cea a transferului ca fiind trăsăturile specifice ale tehnicii sale; mai mult, transferul trebuie să fie luat mai ales ca o rezistență.

Jean Laplanche și Jean Bertrand Pontalis recomandă să ne raportăm la opera lui E. Glover, *Tehnica psihanalizei*.

După ce a făcut un relevu metodic al rezistențelor ca manifestări, evocate de către analiză ca apărări permanente ale aparatului mental, el recunoaște existența unui reziduu : « epuizând lista rezistențelor care ar putea proveni din Eu și Supraeu, rămânem cu acest fapt clar, că ni se arată o repetiție neîntreruptă a aceluiași ansamblu de reprezentări (...). Sperăm că îndepărtând rezistențele eului și Supraeului, am aduce ceva ca o eliberare automată a presiunii și ca o altă manifestare de apărare s-ar grăbi să lege această energie eliberată, cum se întâmplă în simptomele tranzitorii. » Aceași prezentare din partea lui Michele Pollak Cornillot : "Freud a considerat întotdeauna că munca pacientului asupra propriilor sale rezistențe era esențială pentru succesul curei, considerând

chiar în ultimele sale texte că numai această muncă poartă în sine posibilitatea unei veritabile și durabile schimbări ale eului”

Psihanaliștii de după Freud au elaborat relativ puțin manifestările rezistenței în cură. Totuși, Melanie Klein, considerând rezistența îndeosebi ca o manifestare a transferului negativ, a deschis calea unui anumit număr de alte lucrări, cum sunt cele ale lui Bion care a descris rezistența psihotică ca « atacul legăturilor ».

Rezistența intră într-o manieră relativ importantă (dar fără a face din asta un obiect principal de investigație) în elaborările teoretice ale lui Karl Jung. În calitate de concept propriu psihologiei analitice (jungiene), rezistența desemnează faptul de a nu fi deschis către sine, realității sale și realității exterioare ei, în final de a rămâne în lupta împotriva sinelui propriu dar, de asemenea, împotriva restului lumii. Este vorba, pentru subiect, despre a rămâne într-o formă de alienare, chiar ușoară, la exemplul nevrozei.

Rezistențele în psihanaliză privesc mai ales lipsa *de a fi* (a *ființei*) și imposibilitatea de a vedea în viață un sens pozitiv care se demarhează de suferință, de dependență, de fuziune și de asteptarea de a se identifica cu o imagine prefabricată, « idealizată », care neagă viața reală.

Atunci când Freud enunța al său « Wo Es war, soll ich werden » (Nouvelles Conférences d'introduction a la psychanalyse, 1932), el susține că psihismul este animat de aspecte și curente economice, topice și dinamice.

Individul este deci un subiect în devenire. Eul său rezultă de-a lungul timpului, și cum susține mai tarziu Lacan, el devine conștient de Eul său în relație cu Celălalt, primul Celălalt fiind mama.

Cu siguranță, de asemenea, pentru că corpul nostru el însuși evoluează, se schimbă, se transformă, psihismul nostru traiește transformări permanente, trecând prin capitole simbolice importante.

Corpul și psihismul nu sunt dissociabile. Orice suferință psihică (care) se exprimă printr-o durere manifestă sau profundă, difuză, în corp, nu ar fi altceva decât teama.

Orice fixație la un stadiu anterior celui pe care l-am atins se cere a fi interogată în timpul curei analitice. Dar orice rezistență care se manifestă în sesiune, care este ieșită din această fixație, din schema nevrotică sau traumatică, poate să se exprime de-a lungul relației analist-analizant.

Abordând rezistențele la schimbare, înseamnă să lucrezi rezistențele cu scop terapeutic pe de o parte și cu scop analitic pe de altă parte.

Freud vorbește de asemenea, în cartea sa, *Psihopatologia vieții cotidiene*, despre o rezistență de ordin social. Nimic nu a fost pregătit la origine pentru a primi discursul psihanalitic; acesta a surprins societatea culturală, cu atât mai mult cu cât a pus în discuție fundamentele anumitor valori și a transgresat anumite tabuuri care, până în prezent, au rămas interzise oricarei forme de gândire. Scandalul de la începutul psihanalizei a fost provocat de această latură de « flagrant delict », prin ceea ce psihanaliza a surprins societatea prin revelația inconștientului ca gândire care stă la originea oricărui discurs cultural, manifest sau conștient. Altfel spus, dacă există un scandal public de la intrarea în joc a psihanalizei în cultură, este revelarea de către Freud a diviziunii subiectului care vorbește, fiecare discurs este determinat de către o împărțire între subiectul enunțatului și subiectul enunțării, fiind în același timp solidar. « Autorul evocă această reinnoire religioasă, mai ales în fostele țări din est, care se opun elementelor psihanalizei, promisiunile religioase regăsindu-se foarte adesea în dezechilibru în raport cu descoperirile psihanalizei, care ea însăși își permite să discute despre religii și resorturile lor. Nu e ne semnificativ faptul că în rezonanță mediatică integritățile religioase, acționează ca mari rezistențe ale psihanalizei, adevărul neputându-se găsi în afară Cartilor Sfinte. « În stadiul actual în care discursul religios, scrie el, este dominant,



confruntarea este pierdută în avans, pentru că nimic din psihanaliză nu se poate substitui promisiunilor religioase ».

### **Transfer și rezistență**

M. Gill a identificat două modele teoretice ale lui Freud privind tehnica tratamentului psihanalitic. În primul model, transferul este considerat rezistență împotriva reamintirii, în cel de-al doilea model transferul rezultă în principal din efortul pacientului de a-și realiza dorințele. Dacă în primul caz, câștigul terapeutic constă tocmai în reamintirea experiențelor din trecut, în cel de-al doilea caz câștigul terapeutic este în principal retrăirea dorințelor în transfer (Mertens, 2005).

Conflictul din trecut este reactivat nu sub forma mnezică, ci sub forma repetiției, ceea ce aduce informații despre trecut și, în același timp, se constituie ca o rezistență a analizandului care repetă în loc să își amintească. Freud subliniază că însuși transferul poate deveni cea mai puternică rezistență în calea reamintirii. Ferenczi aduce în discuție ideea că un transfer pozitiv puternic la începutul analizei poate fi o expresie a rezistenței. Gill și Muslin (1976) atrag atenția că, chiar și atunci când un pacient asociază liber, poate fi prezentă o rezistență de transfer.

În literatura psihanalitică de specialitate apar mai multe sintagme precum “rezistența la transfer”, “transferul apărare”, “transferul apărării” și “apărarea față de transfer”. M. Gill propune ca ultimele trei expresii să fie desemnate ca rezistență față de conștientizarea transferului, iar vechea denumire de rezistență la transfer să se schimbe în rezistență față de rezolvarea transferului. Astfel, Gill trasează o linie mai clară de plecare, fiind de părere că orice formă de rezistență, cu excepția celei care caracterizează pacienții care se luptă să nu se implice într-un transfer) nu se poate exprima decât în transfer, respectiv față de conștientizarea transferului și față de rezolvarea transferului.

### **Contratransferul**

Atunci când printr-o formă sau alta a rezistenței pacientului, terapeutul este sedus, capacitatea sa de interpretare și simbolizare sunt blocate. Un rol important în evitarea absorbirii capacității de simbolizare și interpretare a psihoterapeutului, îl are capacitatea sa de identificare și analizare a propriului contratransfer. Contratransferul desemnează sentimentul inconștient care îl trezește în psihicul analistului, sentimentele inconștiente pe care le resimte pacientul pe parcursul travaliului terapeutic. Aceste sentimente inconștiente ale analistului îi servesc acestuia înțelegerea naturii conflictului intrapsihic trăit de pacient în timpul curei, sub influența interpretărilor dinamice ce au ca scop schimbarea necesară pacientului. La începuturile psihanalizei, la fel ca transferul, contratransferul a fost perceput ca obstacol în calea terapiei. Ulterior s-a dovedit a fi un instrument important deoarece, pornind de la aceste conținuturi afective pe care pacientul le trezește în inconștientul analistului, analistul ce rol simbolic îi atribuie pacientul în transfer, iar analiza transferului este punctul central al curei.

### **Rezistență și discurs**

Astfel, putem spune că terenul pe care se manifestă rezistențele este discursul. Asociațiile libere pe care le face pacientul în timpul curei, pot deveni ele însele rezistențe, așa cum a atras atenția Sandor Ferenczi. Discursul pacientului, chiar și al pacientului psihotic sau cu patologii limită, poate fi extrem de coerent și argumentat, încât terapeutul poate fi atras subtil în acest discurs. Astfel, el preia firul logic al discursului, trezindu-se prins într-un labirint fără ieșire. Nu puțini psihoterapeuți sau aflat în blocaj realizând ulterior că nu sunt capabili să facă o interpretare pertinentă sau să-și pastreze neutralitatea. Se întâmpla foarte des, mai ales psihoterapeuților debutanți. În relatările colegilor am auzit spunându-se: „M-a sedus cu coerența discursului său !”, „M-am trezit fascinat de discursul său delirant !” „Avea o logică imbatabilă în tot ce spunea.”

Atracția spre discursul celuilalt poate fi o reminiscență din perioada în care copilul are acces la limbaj, la acest cod simbolic prin care își lărgeste sfera de interacțiune cu adulții/părinții. Prin accesul la limbaj, copilul dobândește accesul la cultură, ceea ce îi facilitează integrarea lui socio-culturală. Capacitatea de a rosti cuvinte implică un anumit grad de maturizare psihică și biologică. Accesul la limbaj nu este brusc, el se desfășoară treptat, iar copilul, în încercarea de a reproduce sunetele auzite la părinți, simte o plăcere, o excitație a cavității bucale, ceea ce îl face să se joace cu limba, cu saliva. Astfel putem constata că accesul la limbaj este asociat cu plăcerea.

Termenul de seducție include în înțelesul său, atât ideea de plăcut, atrăgător, șarmant, cât și ideea de manipulare, inducere în eroare. Seducția comportă un grad important de ambiguitate, atât la nivelul limbajului curent, cât și la nivelul limbajului psihanalitic. Deși seducția vizează plăcerea, ea și-a păstrat mereu sensul peiorativ.

**SEDUCȚIE**, *seducții*, s. f. Faptul de a *seduce*; atracție deosebită exercitată asupra cuiva; captivare.

◆ Corupție. ◆ (Jur.) Infracțiune constând în fapta unui bărbat care determină o minoră să aibă raporturi sexuale cu el. – Din fr. *séduction*, lat. *seductio*, **-onis**.<sup>2</sup>

Din perspectiva psihanalizei și a subiectului acestui articol, avem în vedere seducția isterică și seducția narcisică<sup>3</sup>.

Seducția isterică se leagă de începuturile psihanalizei și este descrisă de Freud în prezentare primelor sale cazuri. În 1897 el renunță la teoria sa privind seducția ca reminiscență a unor evenimente reale și ia în considerare fantasma seducției ca una dintre fantezmele originare. În raport cu această fantasmă, Freud elaborează conceptul de neutralitate care se referă la poziția analistului în cadrul curei și care este necesară în situațiile de transfer și interpretare a acestuia. Această poziție presupune abținerea analistului și evitarea de către acesta, a seducției pacientului.

Dorința de a seduce este adânc ancorată în construirea subiectivității individului uman. În cazul seducției narcisice, care este confruntată cu angoasa legată de consecințele seducției, de riscul seducției reciproce, persoana se resimte teama de a fi sedus. Racamier, psihanalist francez, identifică încă o ambiguitate a seducției, și anume relația narcisică de seducție mutuală, care își are originea în relația mamă-copil, relație încărcată de această seducție reciprocă dintre mamă și copil. În același timp, nu trebuie să ignorăm rolul seducției în procesul de identificare, proces ce se află la baza construcției personalității copilului.

Una dintre regulile din cadrul curei analitice este aceea care solicită pacientului să spună tot ce-i vine în minte, fără a cenzura niciun gând, fără a evalua importanța acestora. Altfel spus, pacientul este invitat să își pună în inimă într-un discurs pe care îl expune terapeutului. Totuși, acest lucru nu este chiar atât de ușor de realizat. Abolirea oricărei forme de cenzură asupra discursului este într-o anumită măsură, o utopie. Pacientul este mai degrabă atent la ce spune sau cum spune.

Riscul seducției nu vine, poate doar în situațiile în care pacientul are o structură perversă, din organizarea conștientă a discursului unui pacient, ci din ceea ce e refulat în inconștientul pacientului și care reușește să exercite o anumită influență asupra discursului.

## BIBLIOGRAPHY

1. Abraham Karl, *Oeuvres complètes*, 2 vol., Editura Payot, Paris, 1977
2. Bergeret Jean, *La dépression et les états limites*, Editura Payot, Paris, 1974
3. Donnet Jean.-Luc., *Le divan bien tempéré*, Paris, Editura PUF, 1995.

---

<sup>2</sup> <https://dexonline.ro/>

<sup>3</sup> Wainrib, S. « Les ambiguïtés de la séduction », *Dialogue* 2004/2 (no 164), p. 13-18, DOI 10.3917/dia.164.0013

4. Foucault, Michel. L'usage des plaisirs. Paris, Editura Gallimard, 1984.
5. Foucault, Michel, Le souci de soi. Paris, Editura Gallimard, 1984.
6. Foucault, Michel, Le retour de la morale (1984). Dits et Écrits. Vol. IV. Op. cit, 1994
7. Foucault Michel, Ordinea discursului, București, Editura Eurosong&Books, 1998
8. Freud Sigmund, Interpretarea viselor, Editura Stiintifica, București, 1993
9. Freud Sigmund, Moise si monoteismul, Editura Stiintifica, București, 1991
10. Freud Sigmund, Deuil et mélancolie, în Oeuvres complètes Editura PUF, Paris 1988,
11. Freud Sigmund, Trei eseuri despre teoria sexualitatii, Editura Centrum, București, 1991
12. Freud Sigmund, Dincolo de principiul placerii, Editura Jurnalul literar, București, 1991
13. Freud Sigmund, Introducere in psihanaliza. Prelegeri de psihanaliza. Psihopatologia vietii cotidiene, Editura Didactica si pedagogica, București, 1991
14. Freud Sigmund, Inhibition, symptôme, angoisse, Editura PUF, Paris, 2005
15. Freud Sigmund, Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort in Essais de psychanalyse, Editura Payot et Rivages, Paris, 2001
16. Freud Sigmund *Sexualitatea în etiologia nevrozelor*. în Studii despre sexualitati. Editura Trei. București 2001
17. Freud Sigmund, *Disconfort în cultura*. în Studii despre societate și religie. Editura Trei. 2000
18. Freud Sigmund, *Negarea*, în Psihologici inconstientului. Editura Trei. 2000
19. Freud Sigmund, *Pentru a introduce narcisismul*. în Psihologia inconstientului. Editura Trei. 2000
20. Freud Sigmund, *Problema economica a masochismului*. în Psihologia inconstientului. Editura Trei. 2000
21. Horney Karen, Conflictele noastre interioare, Editura. IRI, București, 1998
22. Horney Karen, Directii noi in psihanaliza, Editura Univers Enciclopedic, București, 1995
23. Klein Melanie, Deuil et dépression, Editura Payot et Rivage, Paris, 2004
24. Klein Melanie, Analiza copilului mic, Editura Trei, București, 1995
25. Lacan, Jacques, Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse (1953). Écrits. Paris, Seuil, 1966
26. Lacan, Jacques, La science et la vérité. Écrits. Op. cit, 1966
27. Laplanche J., Pontalis J-B – Vocabulaire de la psychanalyse, Ed. PUF, Paris, 1967
28. Perciun Vasile, Psihologie medicala, Editura Eorustampa, Timisoara, 2000,
29. Perciun Vasile, Psihanaliza clinica, Editura Eorustampa, Timisoara, 1998,
30. Perciun Vasile, Dimensiunea proiectiva a relatiilor interpersonale, Ed. Eorustampa, Timisoara, 1998
31. Perciun Vasile, Psihologie clinica, vol.I, Editura Eorustampa, Timisoara, 2001,
32. Roussillon René, Agonie, clivage et symbolisation, Editura PUF, Paris 1999
33. Roussillon René Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Editura PUF, Paris 2005
34. Segal Hanna, Psychanalyse clinique, Editura PUF, Paris, 2004
35. Segal Hanna, Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein, Paris, Editura PUF, 1969
36. Thoma H., Kachele H., Tratat de psihanaliza contemporana, vol.I, II, Editura Trei, București, 1997
37. Winnicott D.W. Procesul de maturizare la copii, Editura Trei, București 2004
38. Winnicott D.W. De la pediatrie la psihanaliza, Editura Trei, București 2004
39. Winnicott D.W. Joc si realitate, Editura Trei, București 2004
40. Winnicott D.W. Consultatia terapeutica la copii, Editura Romania de maine, București 2003

Dictionnaires :

- Chemama Roland, Dictionnaire de la psychanalyse, Paris, 1993  
Saint Girons Baldine, Dictionnaire de la psychanalyse, Encyclopædia Universalis - Albin Michel, 1997  
Roudinesco Elisabeth – Dictionnaire de la psychanalyse, Editura Fayard 1997  
Sillamy Norbert, Dictionar de psihologie, Editura Univers enciclopedic, București, 1999  
Doron R., Praot F., Dictionar de psihologie, Editura Humanitas, București, 1999

Article :

- Simonelli Thierry, Winnicott : Jeu et observation , [www.psychanalyse.lu/articles.php](http://www.psychanalyse.lu/articles.php)  
Simonelli Thierry, Pensée mythique et processus primaires [www.psychanalyse.lu/articles.php](http://www.psychanalyse.lu/articles.php)  
L. E. Prado de Oliveira, Sublimation et symbolisation [www.psychanalyse.lu/articles.php](http://www.psychanalyse.lu/articles.php)  
Wainrib, S. « Les ambiguïtés de la séduction », Dialogue 2004/2 (no 164), p. 13-18, DOI 10.3917/dia.164.0013