

TRANSFER IN KONTRATRANSFER V RAZVOJNI ANALITIČNI PSIHOTERAPIJI

Peter Praper

KLJUČNE BESEDE: Transfer, kontratransfer, transpozicija: koncepti in definicije

KEYWORDS: Transference, Countertransference, Concepts, Definitions.

POVZETEK

Transfer in kontratransfer, veliki odkritji Freudove psihoanalize, sta kot pojava definirana na osnovi klinične psihoanalize nevrotičnih pacientov in to v času, ko je teorija gonov bila pretežno še libido teorija. Po takratni definiciji je transfer prenos konfliktnih vsebin in emocij iz infantilnih razvojnih obdobj in iz odnosov s pomembnimi osebami tistega časa, v kasnejša obdobja in v odnose s kasnejšimi aktualnimi osebami. Kontratransfer naj bi bila v klinični situaciji terapevtova komplementarna infantilna reakcija na pacientovo transferno vsebino.

Kasneje so oba pojma redefinirali. Transfer naj bi zajemal celokupne značilnosti infantilnega objektnega odnosa pacienta v terapevtskem odnosu, kontratransfer pa podobno vsako infantilno akcijo ali reakcijo terapevta.

Prispevek polemizira s takšnimi širitvami definicij pojmov transfer in kontratransfer.

ABSTRACT

Transference and countertransference, the greatest Freud's discoveries, were defined on the basis of clinical Psychoanalysis of neurotic patients during the period when the psychoanalytic theory of the drives was not more than libido theory. According to this background the definition of the transference was limited to the transmission of the conflict contents and emotions from the infantile periods of life and the primary object relations to later periods and subsequent relations in life.

Countertransference, according to the first definition, remains limited to the clinical situation and the therapist's infantile response to the patient's transference contents.

Both, the concept of the transference and countertransference, were redefined during the development of the psychoanalytic theory, following clinical experience deriving from the psychotherapy of the patients with ego deficits. The transference should include all forms of the infantile relation to the therapist and the countertransference should comprehend any form of the infantile interaction of the therapist.

The article represents the discussion about such extensions of the concepts and definitions.

TRANSFER

Transfer je eno največjih odkritij in eno temeljnih v psihoanalizi nasploh. Freudovo opazovanje teh fenomenov sega nazaj v čas opazovanja Breuerjevega dela s pacientko Anno O., vendar je potreboval kar deset let za oblikovanje koncepta transferja. Fenomeni transferja imajo neprecenljivo terapevtsko vrednost (predvsem v psihoanalizi, pa tudi v vseh analitičnih psihoterapijah), hkrati pa pomenijo izjemno nevarnost za terapevtski proces. Kadar terapevt uspe pripraviti pacienta, da eksploriira transferne vsebine, je to

preskok v analizo dinamično nezavednega, ki ima osrednji pomen, sicer pa lahko transfer razburka takšen odpor, da se pojavijo resne prepreke terapevtskemu procesu. Psihoanaliza se od ostalih psihoterapij razlikuje prav po sistematični analizi transfernih vsebin.

Transfer se pojavlja v psihoterapevtskem procesu (ne zgolj analitičnem), pa tudi sicer v življenju, v odnosu s pomembnimi osebami, in to pri dobro strukturiranih, nevrotičnih, mejno organiziranih in psihotičnih osebah.

Transfer je bil definiran hkrati kot prenos infantilnih vsebin iz odnosov, ki so bili pomembni v genezi, v odnose v kasnejših življenjskih obdobjih, in hkrati kot tip objektnega odnosa samega. V bistvu gre za dvojni prenos. Prvi je v času (iz otroštva v odraslost), drugi v odnosih (iz odnosa s primarnimi osebami na kasnejše pomembne druge). Ob impulzih nezavedne, nekoč potlačene težnje se prenaša tudi vse tisto, kar se je oprijelo takratnega doživljanja konfliktnih vsebin: specifični emocionalni odziv, doživljanje lastne pozicije v odnosu in pozicije drugega, tipa obrambno varovalnega funkcioniranja in celo kognitivnega odziva (stališč, kognitivnih setov). Tako je transfer v bistvu "ponovitev, nova izdaja starega objektnega odnosa" (Freud, 1905 po Greenson, 1967, str. 152).

Freud je postavil koncept transferja na osnovi libido teorije in preučevanja ojdipske krize in zato je pojem označeval predvsem prenos dinamično nezavednih erotiziranih vsebin, tipičen za pretežno histerično strukturirane paciente. To, da je Freud opozoril na celovitost objektnega odnosa, predstavlja začetek problemov glede tega, kaj psihoanalitični pojem transfer sploh pomeni. Ko so tisti, ki so razvijali teorijo objektnega odnosa, opozorili na predojdipsko dinamiko in na vprašanja strukturiranja tega v predojdipskih razvojnih fazah, so pričeli v okvir istega koncepta asimilirati vse značilnosti zgodnjih objektnega odnosa in razvojnih korakov strukturiranja tega, na dinamiko impulzov pa so skorajda pozabljali. Nerodno je tudi to, da se izraz transfer uporablja v samostalniški obliki in v ednini, podobno kot odpor in kontratransfer. V prejšnjem podpoglavju sem zato uporabljal izpeljanko "oblika odpora". Podobno je tukaj bolje govoriti o "transfernih reakcijah".

Transferna vsebina je v aktualni situaciji vedno neprimeren tujek (izhaja iz preteklosti in iz odnosov z drugimi ljudmi). To neprimernost večinoma zaznajo tudi pacienti sami. Morda je ravno to tista specifična razlika, ki nam bo omogočila, da v ta okvir ne tlačimo arhaičnih oblik vzpostavljanja odnosov pri pacientih z razvojnimi deficiti tega. Če nekdo na primer nikoli ni presegel nivoja odnosa odvisnosti, potem to v aktualnih odnosih ni tujek, ampak je v

bistvu transpozicija arhaičnega odnosa samega - torej ne gre za transfer. Tukaj pacient tudi ne more zaznati, da je karkoli v tem odnosu narobe. Kadar pacient trči na transferno vsebino in prepozna, da je tujek v terapevtski aliansi, jo lahko dodatno eksplorira kot svojo ponotranjeno psihično vsebino, kar je bistveno za analitično delo na sebi. Naj za ilustracijo navedem primer. Ko je eden od mojih pacientov že večkrat trčil na transferno naravo nekih svojih psihičnih vsebin, je dejal: "Dvomim, da bom na tem področju lahko kaj bistveno spremenil. Tukaj sem ostal otrok." Nato pa se je popravil: "Če sem natančen, moram reči drugače. Tukaj sem ostal otroški ali otročki, kar pomeni, da to ni isto, kot je bilo v otroštvu, ker sem sicer zdaj odrasla oseba z neko nezrelostjo na tem področju."

Za takšnega pacienta je analiza transferja pot do razkrivanja konfliktnih vsebin, ponotranjenih in potlačenih v prvih letih življenja, v situacijah zapletov, večinoma v odnosu s starši in sorojenci.

Freud sam je že v času 1916-17 ločil transfer oziroma transferno nevrozo od narcisistične nevroze (po Greenson, 1967) in opozarjal, da pacienti s slednjo ne zmorejo analizirati transfenih vsebin. Kasneje (Končna in brezkončna analiza, 1937) je še bolj očitno trčil na neobičajne transferne fenomene slabše strukturiranih.

Spitz (1965) je poglobil razumevanje transferja z vidika zgodnejših faz odnosa med materjo in otrokom. Podobno je tudi Winnicott (1956) opozarjal, da je transferne reakcije mogoče analizirati le, če je pacient zmožen razviti transferno nevrozo, kar pomeni, da poseduje intakten ego, zmožen observacije, sicer pa je tehnike ali celo metodo potrebno modificirati. Še prej (1953, po Greenson, 1967) je komentiral Freudovo oznako narcisistične nevroze. Meni, da gre za razvojni prehod od narcisističnega odnosa (v prvih mesecih življenja) do objektnega odnosa, kar se pokaže v uporabi prehodnih objektov. V čem je torej transferna nevroza drugačna? Freud je ta fenomen opazil in ga poimenoval že leta 1914 (po Greenson, 1967). Videl ga je kot artefakt, ki v terapiji nadomesti pacientovo dejansko nevrozo. Po nekaterih virih (Laplanche in Pontalis, 1973) naj bi pojem uvedel Jung za razlikovanje med nevrozo in psihozo, Freud pa ga je prenesel v klasifikacijo tipov nevroz za razlikovanje anksiozne histerije, konverzivne histerije in obsesivne nevroze od narcisistične nevroze. Prve tri oblike naj bi vključevale transferno nevrozo, za katero je značilno premeščanje libida na kasnejše realne ali imaginirane objekte, medtem ko pri narcisistični nevrozi pride do premeščanja libida v ego (danes bi rekli v self). Transferne vsebine se pri transferni nevrozi torej

manifestirajo v obliki, ki je dostopna terapiji, medtem ko se pri narcisistični nevrozi ne razvijejo in ne razpletajo.

Tukaj pridemo do drugega pomena pojma transferna nevroza - danes najbolj sprejetega razumevanja, da gre za umeten razvoj, ki nastaja v psihoanalitičnem tretmaju, pri katerem je vsa nova tvorba pacientovih simptomov reducirana na tiste znotraj odnosa s terapevtom. Tako se stari konflikti pojavijo v novi izdaji (Freud, 1914, po Sue Walrond Skinner, 1986). Za razliko od transfernih reakcij pomeni transferna nevroza oživitve celotnega pacientovega patološkega vedenja, usmerjenega v odnos do terapevta. Jung (1946, po Sue Walrond Skinner, 1986) popravlja Freuda v tem, da transferna nevroza ni nova kreacija, ampak se reaktivira pacientova stara nevroza, takrat pač v terapevtski situaciji, v odnosu s terapevtom.

Omenjena tolmačenja že nakazujejo potrebo po tem, da ločimo transfer od terapevtskega odnosa. Sterba (1929-34, po Greenson, 1967) je opozoril, da je za analizo pomembna pacientova delitev v ego, da observirajoče funkcije ostanejo nedotaknjene in pacient tako opazuje, kaj se mu dogaja v odnosu s terapevtom. To delo je vodilo v preverjanje terapevtskega odnosa in do koncepta terapevtske delovne alianse. Zetzel (1956) je dokončno ločila fenomen transferja od fenomenov terapevtske delovne alianse in tako omogočila revizije koncepta transferja. Kot učenka Melanie Klein se je sama tudi sicer že oddaljila od klasičnega razumevanja transferja.

Šola Melanie Klein je morda najbolj modificirala psihoanalitično teorijo, seveda pa tudi prakso. Transferne reakcije so razumeli kot manifestacijo projekcije ali introjekcije dobrih in slabih objektov (v Kernbergovem jeziku bi rekli self objektov, ker gre za zlite mentalne reprezentacije selfa in objekta, preden je oboje ločeno). Kleinianci teh vsebin niso več analizirali, ampak interpretirali. To žal pomeni, da so zanemarili dinamično komponento transfernih vsebin (prav tisto, na kateri se je koncept transferja sploh razvil). Znano je, da lahko človek s projekcijo, introjekcijo ali projekcijsko identifikacijo premešča dele sebe v drugega ali dele drugega vase. To je najbolj očitno pri osebah s šibko diferenciacijo in šibkimi mejami, pa tudi pri tistih, ki zaradi negotovosti vase postavljajo preveč rigidne meje v kontraodvisnem odnosu. Vprašanje je, če še lahko govorimo o transferju.

Obravnavanje transferja z vidika različnih teorij je sicer obogatilo pomen, vendar tudi zapletlo vpašanja definicije same. Mar lahko poenostavimo in rečemo, da zajema transfer celovitost infantilnega objektnega odnosa, kadar se manifestira v kasnejših razvojnih fazah? Betty Joseph je na mednarodnem

kongresu na Dunaju (1993) svarila pred tem. Da bi se izognili dvoumnosti pojma transfer, ga je dobro omejiti na transferne fenomene pri nevrotičnih in "zdravih" osebah z intaktnim egom, ki so dinamične narave oziroma manifestirajo značilnosti zgodnjih razvojnih faz psihoseksualnega razvoja. Od tega kaže ločiti transpozicijo nezrelega odnosa pri bolj regresivnih, mejno ali psihotično organiziranih. Ti fenomeni so povsem drugačni in niso tuje v aktualnih odnosih, ampak so odraz pacientovega načina vzpostavljanja odnosa nasploh.

Dobro je, da se povrnemo na Greensonovo definicijo transferja kot izkušnje čustev, teženj, stališč, fantazij in obramb proti impulzom do osebe v sedanjosti, ki ne ustrezajo realni osebi, ampak so ponovitev reakcij, ki so izvirale iz odnosov s pomembnimi osebami v zgodnjem otroštvu in so nezavedno premeščene na osebe v sedanjih odnosih (Greenson, 1967, str. 171). Greenson opozarja na štiri temeljne značilnosti:

- transfer je varianta objektnega odnosa,
- je ponovitev preteklih izkušenj z objektom,
- vključuje mehanizem premeščanja,
- je regresiven fenomen.

Vsaka komponenta ima pomembne teoretične in klinične konotacije. Izpolnjene morajo biti vsi štirje vidiki, da lahko govorimo o transferni reakciji. Sem torej ne spadajo karakteristike odnosa, ki jih opažamo v terapevtski delovni aliansi kot tipične pacientove poteze osebnosti - nezaupljivost, kontraodvisnost, zlivanje, slab občutek za realnost itd. Te so v bistvu transpozicija arhaičnih oblik relacije, kar je tipično za slabše strukturirane osebe z ego deficiti in modifikacijami.

Poglavitna značilnost takšnih pacientov je prav izgubljanje zmožnosti diferenciacije med selfom in objektom. Seveda ne gre zanemariti dejstva, da pri mejno ali psihotično organiziranih najdemo tudi nevrotične ali celo »zdrave« komponente osebnosti (tako tudi transferne vsebine) in obratno, pri zdravih ali nevrotičnih naletimo na kakšne borderline ali psihotične fenomene. Razlikovati med tipoma vzpostavljanja odnosa pa je kljub temu klinično zelo pomembno. Tlačiti arhaične fenomene odnosov slabo strukturiranih v koncept transferja bi bilo napačno in klinično nefunkcionalno. Specifične razlike med transfernimi reakcijami in transpozicijo nam več povedo in so nam v pomoč že pri diferencialni diagnozi. Če nevrotični pacient ohranja svoj observirajoči ego in opazuje svoje transferne reakcije, sta za njim vsaj dva razvojna dosežka:

- sposobnost diferenciacije med seboj in objektom in
- zmožnost premeščanja reakcij iz relacije s preteklimi objekti na objekt v sedanosti.

Objekt mora torej že obstajati ločen od koncepta selfa. Slabo strukturirani izgubljajo "notranje objekte" ali pa jih niso formirali, ker nimajo dosežene konstantnosti objekta, zato se napolnjujejo s kreacijo objektnega sveta v aktualnem odnosu, odvisni od aktualnih relacij (mejno organizirani), ali z blodnjami v namišljenih odnosih (psihotični).

Greenson (1967) opozarja na razliko med pozunanjanjem in ponotranjanjem selfobjektov in premeščanjem čustev, fantazij itd. od objekta v preteklosti na objekt v sedanosti. Pri prvem fenomenu gre le za premeščanje selfobjekt fragmentov med zunaj in znotraj, pri čemer ni jasne meje, pri drugem pa za premeščanje dinamičnih vsebin na objekte zunaj, ko je meja med zunaj in znotraj že vzpostavljena, dokaj jasna in obstojna.

Jasen transfer in zmožnost delati analitično na transfernih reakcijah je znak dokaj uspešnega ego razvoja v pogojih dovolj dobrega odnosa med otrokom in materjo. Pri takšnih pacientih je tudi možna dokaj nenevarna regresija v službi ega in terapije, medtem ko lahko regresija pri mejno ali psihotično organiziranih povzroči izgubo avtonomije in realitetne kontrole. Transfer je ne nazadnje poskus vsaj delne zadovoljitve nekoč potlačenih teženj. Impulzi in kontraimpulzi, frustracija in hlastanje po gratifikaciji so osnovni motivacijski elementi transfernih reakcij. Oživljanje takšnih, nekoč izrinjenih vsebin, se pojavi v transfernih reakcijah, ko oseba z zavestnimi in nezavednimi pričakovanji (na podlagi izkušenj z zgodnimi objekti) vstopa v nove pomembne odnose in reagira na star, infantilni način. Zato se transferne reakcije pokažejo večkrat tudi kot acting out in nosijo v sebi funkcije odpora.

KONTRATRANSFER

Pojem kontratransfer je uvedel Freud (1912, po Greenson 1967, po Sue Walrond Skinner pa že 1910), najprej za opis analitikovega nezavednega odgovora na analizandove transferne vsebine. Kontratransfer je Freud torej videl kot rezultat pacientovega vpliva na terapevtovo nezavedno doživljanje - čustvovanje. Hkrati je opazil tudi nevarnost vnašanja kontratransfernih reakcij v terapevtski proces, omejitev analitičnemu procesu, če terapevt vnaša svoj konfliktni ter infantilni odziv. Zato je zadolžil analitike, da kontratransfer prepoznajo in kontrolirajo, in na to navezal idejo, da mora

analitik skrbeti za svoje "očiščenje", od bodočih analitikov pa zahteval osebno analizo. Temu se je kasneje dodala še zahteva po superviziji. Na osnovi zahteve po kontroli nad kontratransfernimi reakcijami je Freud tudi prvič spregovoril o pomembnosti drže terapevta - z zrcalnim nasmehom, vzdrževanjem nevtralnosti - in to idejo do 1915. leta razvil do "pravila abstinence" (Greenson, 1967).

Reich (1951, po Sue Walrond Skinner, 1986) je klasični pomen pojma kotnratransfer razširil na vnašanje vseh analitikovih nezavednih teženj in konfliktov v terapevtski proces, kar se odraža v njegovih tolmačenjih ali tehnikah. S takšnim razumevanjem je kontratransfer izenačen s celotnim terapevtovim transferjem, s premeščanjem vsakršnih infantilnih seksualnih ali agresivnih impulzov na pacienta. Na tej osnovi nekateri kontratransfer redefinirajo kot celoto analitikovih nezavednih reakcij do posameznika - analizanda, še posebej na njegovo transferno vsebino (Laplanche in Pontalis, 1973, str. 92). Lagache (isti vir) potemtakem upravičeno trdi, da torej v primeru, ko terapevt vnaša svoje transferne vsebine, utegne tudi pacient reagirati s kontratransferjem.

Dragoceno je mnenje, da kontratransfer ni patološki po svoji naravi, ampak je neizogiben sestavni del (kot transfer) terapevtskega procesa. Če kontratransfer zajema celovito odzivanje terapevta na transfer pacienta in obratno, če je torej kontratransfer enega dinamično psihologična reakcija na transfer drugega v terapevtskem odnosu, potem lahko govorimo o nezavedni, dinamično uglašeni resonanci - o pravi psihoanalitični komunikaciji. Ob takšnem tolmačenju Paula Heimann, učenka Melanie Klein (1950-60, po Sue Walrond Skinner, 1986), tudi odpira možnost uporabe terapevtovega kontratransferja za samo analizo, tako da postane tolmačenje kontratransfernega odziva sredstvo, s katerim terapevt pomaga pacientu razumeti njegove transferne reakcije. Takšen pristop uporabljajo manj striktni psihoanalitiki, tudi znani Sandler, še bolj pa analitično usmerjeni psihoterapevti, medtem ko ga ortodoksni psihoanalitiki kritizirajo. Sprašujejo se, ali sploh še govorimo o transferju in kontratransferju ali morda v isti okvir umeščamo tudi ostale elemente odnosa. Po mnenju nekaterih takšno izgubljanje meja tudi ogroža terapevtovo nevtralnost.

Še vedno imamo opraviti z dvema dilemama. Prva je:

- ali je kontratransfer dinamični infantilni odgovor terapevta na pacientov transfer ali je to vsako terapevtovo vnašanje lastnih infantilnih teženj in konfliktov v terapevtski proces? Druga dilema je:
- ali kontratransfer zajema le terapevtove infantilne težnje in konflikte ali tudi njegove specifične kontaktne nezmožnosti, ki so prej odraz njegovega strukturiranja ega in formiranja lastne identitete?

Bolj ko se pozornost analitikov prenaša na raziskovanje specifičnosti terapevtskega odnosa, še posebej pri vse pogostejši analitični obravnavi mejno organiziranih (in ne le nevrotičnih) osebnosti, bolj skrbno skušamo ločiti, kaj je transfer in kaj transpozicija, oziroma kaj je kontratransfer in kaj terapevtova transpozicija.

Večina psihoanalitikov se danes (podobno kot pri definiciji transferja) nagiba k ožji definiciji kontratransferja, da ta zajema terapevtov infantilni konfliktni (torej dinamični) odziv kot reakcijo na pacientove transferne reakcije. Vse drugo (vzajemno transpozicijo nezmožnosti ustvarjanja konstruktivnega odnosa) je mogoče definirati glede na specifično diferenco. To se tudi manifestira drugače - predvsem v moteni terapevtski delovni aliansi.

S tem ostajamo tudi pri strinjanju glede tega, da je nujno, da je terapevt emocionalno zrela osebnost, da kontratransferne reakcije obvlada z zavestno kontrolo in, da svoje težnje uresničuje zunaj terapij, ki jih vodi. V ta namen mora opraviti lastno analizo in se posluževati supervizije.

Kljub temu nam ostaja še nerazrešen problem transpozicije in protitranspozicije pri delu z mejno ali psihotično organiziranimi pacienti. Balint (1968) je med prvimi spregovoril o tem, da lahko infantilna skrbna mama v terapevtu infantilno odvisnega pacienta potisne v maligno regresijo.

Na osnovi lastnih terapevtskih in supervizijskih izkušenj lahko opozorim na to, da ima terapevt v razvojni analitični psihoterapiji pacientov z ego modifikacijami ali self patologijo izjemno težko nalogo. Biti uglašen na pacienta, biti kontejner, ki ne izgublja empatične kapacitete, hkrati pa vendar vzdržuje "delovni odnos" z vnašanjem optimalnih frustracij, dopustiti pacientu zlivanje in kontraodvisne manevre, vendar se ne izgubiti v regresivni simbiozi ali pacienta kaznovati (ali celo odsloviti), je veliko težje kot obvladati kontratransfer. V vzajemno transpozicijo se praviloma zapletejo terapevti, ki sami niso dobro opravili z ambivalenco do simbiotičnih elementov odnosa in niso dobro izpeljali lastnega procesa separacije in

individualizacije, imajo nefunkcionalne (konfuzne ali preveč rigidne) meje v odnosu do drugih ali nekoherenten koncept selfa.

Takšen terapevt potrebuje več kot le analitično delo na sebi. Dodati mora razvojne procese, tipične za pristope, kot je razvojna analitična psihoterapija.

LITERATURA

1. Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock & Pub. London.
2. Freud, S. (1937). *Analysis, Terminable and Interminable*. Stand. Ed. Vol. 23 (1964), Hogarth Press, London.
3. Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press, New York.
4. Joseph, B. (1993). Diskusija na svetovnem psihoanalitičnem kongresu na Dunaju, neobjavljeno.
5. Laplanche, J. in Pontalis, J. B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. W. W. Norton and Comp. New York, London.
6. Spitz, R. (1965). *The First Year of Life*. International Universities Press, New York.
7. Zetzel, E. R. (1956). *Current Concepts of Transference*. *International Journal of Psychoanalysis*, 37 (369 – 376).