

CZU: (159.9.07+615.851):159.964.2

## IMAGINEA FIGURILOR PARENTALE ÎN CONSULTAȚIA PSIHANALITICĂ: CERCETARE ȘI PSIHOTERAPIE

Zinaida BOLEA, Constanța PODUBNÎ\*

Universitatea de Stat din Moldova

\*IMSP Asociația Medicală Teritorială Centru

În lucrare este prezentată traiectoria gândirii imaginilor parentale în spațiul școlii psihanalitice. Imaginea maternă și imaginea paternă sunt prezentate prin prisma operei lui S.Freud, M.Klein, D.Winnicott, A.Green. Imaginile parentale au fost gândite în psihanaliză în corelație cu materialul clinic adus în cabinet, dar și cu referințele de rigoare la mitologie, cultură, antropologie etc. Imaginile parentale sunt prezente în spațiul psihanalitic psihoterapeutic și le vom identifica în jocul copilului, în desenele lui, în testele proiective. Psihanalistul este invitat și el, în procesul travaliului psihanalitic, să comunice cu acești părinți, deopotrivă reali și fantasmatici. Dintr-o perspectivă psihanalitică, procesul psihanalitic este și unul de cercetare, fiind respectate în acest demers principiile abordării ideografice. Autorii se întrebă asupra posibilității de conlucrare epistemologică între abordarea psihanalitică și abordarea cantitativă.

**Cuvinte-cheie:** imagini parentale, obiect parțial, obiect total, cercetare psihanalitică, cercetare calitativă.

### PARENTAL FIGURES IN PSYCHOANALYTIC CONSULTATION: RESEARCH AND PSYCHOTHERAPY

The paper presents the trajectory of thinking about parental images in the psychoanalytic approach. The paternal images are presented through the work of S.Freud, M.Klein, D.Winnicott, A.Green. Parental images were thought in psychoanalysis, starting from the clinical material brought to the cabinet, but also with the appropriate references to mythology, culture, anthropology etc. Parental images are present in the psychoanalytic field and we will identify them in the child's play, in his drawings, in the projective tests. The psychoanalyst is also invited, in the process of psychoanalytic labor, to communicate with the parents, both real and fantastic. From a psychoanalytic perspective, the psychoanalytic process is also a research one, the principles of the ideographic approach being respected in this approach. The authors question the possibility of epistemological collaboration between the psychoanalytic approach and the quantitative approach.

**Keywords:** parental image, partial object, total object, psychoanalytic research, qualitative research.

### Introducere

Funcționarea psihică a copilului a devenit chiar de la începuturile psihanalizei un obiect de studiu. Sigmund Freud, neavând acces direct pentru comunicarea cu pacientul său „micul Hans”, prin intermediul tatălui acestuia analizează simptomele pacientului și formulează ipoteze revoluționare, descrise în lucrarea sa *Micul Hans. Analiza fobiei unui băiețel de cinci ani*, prezentând, astfel, primul caz de analiză a unui copil [1]. Domeniul psihanalizei copilului va fi continuat și dezvoltat de Ana Freud, care a contribuit considerabil prin studiul asupra mecanismelor de apărare, prin elaborarea conceptului de linii de dezvoltare și prin eforturile de formulare a unor criterii pentru diagnosticul diferențial „sănătate-boală” în cazul copiilor [2,3]. Marea polemică asupra statutului copilului în spațiul psihanalitic datează din perioada Marilor Controverse – perioadă în care la Londra au avut loc discuții importante între Ana Freud și Melanie Klein privind teoria și tehnica psihanalizei copilului. Ana Freud vedea copilul mai mult plasat într-un spațiu de psihanaliză educațională, considerând că acesta este încă prea atașat de părinții săi pentru a dezvolta un transfer și pentru a fi implicat într-o cură analitică specifică adulților, în același timp Eul său fiind prea slab și nedezvoltat pentru a face față interpretărilor privind mișcările pulsionale profunde. Melanie Klein vine cu o poziție revoluționară, care permite ulterior lărgirea spațiului de intervenție în psihanaliză. În opinia sa, copilul este capabil de transfer, chiar de la începutul relaționării cu psihanalistul, iar jocul reprezintă echivalentul asocierilor libere pentru copil. Această schimbare de paradigmă atinge și subiectul imaginilor parentale. Freud este preocupat de complexul Oedip, în care rivalitatea băiatului cu tatăl este fundamentală, iar masculinul pare să prioritizeze teoria freudiană (cel puțin unii psihanalști și filosofi îl acuză pe Freud de falocentrism). În plus, Freud nu a valorificat intens perioada primului an de viață, fiind preocupat de nevroză, care are o etiologie situată cronologic mai tardiv. În acest

sens, Donald Winnicott, pediatru și psihanalist englez, încearcă să înțeleagă începuturile preponderent nevrotice ale elaborărilor psihanalitice freudiene, începuturi care au lăsat în urmă experiența primilor ani de viață. Și tot el oferă o explicație asupra acestei realități în lucrarea sa *Aspecte clinice și metodologice ale regresiei în cadrul psihanalitic*: „...propria istorie de viață a lui Freud a fost în așa fel, încât a ajuns la o perioadă oedipiană sau de prelatență din viața sa ca o ființă umană întreagă, gata să întâlnească alte ființe umane întregi și gata să se descurce în relațiile interpersonale. Propriile sale experiențe timpurii au fost suficient de bune, astfel încât în autoanaliza sa a putut să ia calitatea de mamă pentru bebeluș drept ceva sigur” [4].

### Clarificări conceptuale și polemici privind statutul psihic al imaginilor parentale

Constatăm imaginea unor părinți „oedipieni” la Freud, în raport cu care se joacă Complexul Oedip, denumit de către Freud „complexul central al nevrozelor” și care se trăiește la vârsta de trei-șase ani. Melanie Klein plasează conflictul Oedip în primul an de viață și îl numește Oedip timpuriu, alături de un Eu timpuriu și un Supraeu timpuriu. Și imaginea maternă este readusă prin opera lui Melanie Klein în prim-planul scenei psihice. Pozițiile schizoparanoică și depresivă se întâmplă în primul an de viață și în ambele poziții obiectul central pare a fi cel matern – concret sau generic. Mama este percepută în poziția schizoparanoică ca *obiect parțial* și Melanie Klein concretizează acest obiect parțial prin entitatea de „sân bun” și „sân rău”. Deci, din această perspectivă, în primele luni de viață bebelușul comunică cu un „sân”. Această poziție clivată de sân bun–sân rău, *alias* mamă bună–mamă rea, vine din insuficiența biologică și neuronală a bebelușului, așa încât acesta deocamdată, în primele luni de viață, nu poate percepe mama ca pe un obiect total. Poziția schizoparanoică este urmată, după a patra lună a primului an de viață, de poziția depresivă, care apare și ca urmare a maturizării neurobiologice și presupune o evoluție psihică semnificativă, în primul rând, printr-o sinteză mai bună a percepțiilor și dezvoltarea memoriei – realități care determină capacitatea bebelușului de a o vedea pe mama ca obiect total. Această perspectivă totală asupra obiectului îi aduce bebelușului și neliniști noi. Melanie Klein susține că anxietățile trăite în poziția depresivă sunt anxietatea depresivă și anxietatea de abandon. Ipoteza pe care o formulează bebelușul este că, în urma atacurilor sale agresive la adresa obiectului, ar putea pierde obiectul. Această presupunție îl face depresiv, dar determină și apariția efortului de reparație, încrederea copilului în propria capacitate de reparație fiind esențială pentru dezvoltarea lui psihică [5].

În cadrul Conferinței Societății Britanice de Psihanaliză, Donald Winnicott anunța oficial în 1952, prin articolul său *Angoasa asociată cu insecuritatea*, că un bebeluș nu poate exista fără mama sa: „Dacă mi se înfățișează un bebeluș, mi se prezintă, în mod cert, și cineva care are grijă de bebeluș, sau cel puțin un cărucior pe care cineva stă cu ochii ațintiți și cu urechile ciulite. Ceea ce se vede este un cuplu de îngrijire” [6]. Astfel, bebelușul există de la început alături de o mamă și în contextul familiei sale. Afirmăm, în aceeași ordine de idei, că un copil nu vine niciodată singur la o consultație. El vine împreună cu mama, cu părinții, cu familia sa, împreună cu spațiul său cultural etc. Un copil în cabinetul unui psiholog vorbește despre sine și despre părinții săi prin desene, jocuri; vorbește într-o manieră nevrotică sau una psihotică, una autistă etc. Părinții întotdeauna sunt prezenți în discursul copilului, chiar și atunci când sunt absenți fizic. Aici suntem, bineînțeles, pe filiera psihanalizei relaționiste – copilul întotdeauna alături de un Celălalt – părinții săi. Aceste imagini parentale, aduse în cabinetul psihoterapeutic, vor fi diferite. Așa cum Lebovici în articolul său *Interacțiunile fantasmatic* afirma că atunci când vine o familie cu copilul la consultație, avem în cabinet cel puțin trei copii: copilul realității materiale, copilul imaginar și copilul fantasmatic, tot așa putem spune, de exemplu, dintr-o perspectivă kleiniană, că atunci când copilul o aduce pe mama în cabinet, avem o *mamă bună* și o *mamă rea*, o mamă iubită și o mamă rivală. Uneori imaginea părintelui este clivată, alteori integră, cu acces la ambivalență [7].

### Ipoteze psihanalitice privind polemica „realitate-fantasmă” în materialul psihic al pacienților

Subiectul realității obiective în cabinetul unui psihanalist a fost formulat chiar de la începuturile psihanalizei. Prima teorie freudiană asupra etiologiei isteriei (1893) a fost teoria seducției, care presupunea că istericii au fost supuși în copilărie unei seducții și/sau unui abuz sexual din partea adulților sau copiilor mai mari. Ulterior, deja în anul 1897, Freud îi declară lui W.Fliess că „nu mai crede în neurotica” și formulează teoria fantasmei. Conform acestei teorii, materialul despre situațiile de seducție și abuz, adus în cabinet de către pacientul isteric, este mai degrabă rezultatul unei fantasme, dorințe de a fi sedus de un adult semnificativ. Această remaniere freudiană asupra etiologiei nevrozelor a fost urmată de polemici și reproșuri în spațiul psihanalizei. Concluzia rezultată din aceste polemici susține recomandarea de a lua în considerare ambele ipoteze atunci când lucrăm, iar o serie de condiții precum calitatea transferului și a contratransferului, calitatea funcționării psihice a pacientului, calitatea lucrului psihanalitic vor confirma o ipoteză sau alta [8].

Cu toate că în prima epocă a cercetării psihanalitice (freudiană, kleiniană) a fost prioritizată dimensiunea fantasmatică, interesul pentru „mama concretă”, „tatăl concret” se pare că a rămas în psihanaliză. Donald Winnicott este psihanalistul care se declară interesat inclusiv de ceea ce face o mamă concretă. Și o vede mai mult în calitatea mediului psihic și fizic pe care această mamă împreună cu restul familiei îl poate construi. Din reflecțiile și ipotezele sale au derivat concepte importante: preocupare maternă primară, mamă suficient de bună, holding, handling, prezentarea obiectului. Pentru Winnicott, concretul era important, el era legat de starea psihică a mamei, iar această stare psihică (bună sau rea) va determina felul în care mama își ține, la modul cel mai concret, bebelușul în brațe – realitate ce se concretizează în conceptul de holding, sau felul în care îi face baie, îl înfașă, îl atinge, adică îl mănuieste – ceea ce în terminologia winnicotiană este handling-ul – cu referință, bineînțeles, la importanța enormă pe care o are toată paleta de impresii și senzații ce însoțesc actul matern (fizic și psihic) de îngrijire îndreptat către bebeluș [9]. Referința și interesul pentru o mamă concretă, nu doar o imagine a acesteia, se manifestă și prin comentariile contratransferențiale ale lui Winnicott în lucrul cu renumita sa pacientă Margaret Little, căreia îi spune: „Mama dumneavoastră este imprevizibilă, haotică și creează haos în jurul ei!”, ca urmare a istoriei (fantasmatică, ar fi spus Freud) pe care aceasta o povestește în analiză despre copilăria ei și, în mod special, despre relația cu mama [10].

André Green, psihanalist francez care s-a ocupat de funcționările grele și a clarificat semnificativ funcționarea de limită, a anunțat existența unei suferințe depresive specifice, pe care o leagă de *complexul mamei moarte*. Acest complex este elaborat dintr-o retrospectivă personală în cea de a treia analiză a sa. André Green descrie în următorii termeni *mama moartă*: „Un imago care s-a constituit în psihicul copilului ca urmare a unei depresii materne, transformând obiectul viu, sursă a vitalității copilului, într-o figură îndepărtată, atonă, cvasiînsuflețită”. Mama moartă este o mamă care rămâne în viață, dar care este moartă psihic în ochii copilului ei mic, din cauza depresiei severe trăite. Astfel, în anul 1980 (anul apariției articolului) este repusă atât de dramatic în discuție polemica realului și fantasmaticului în materialul clinic, libidinalul alături de materialul traumatic. Copilul va fi prins în dorința și fantasma de a-și scoate mama din această stare de moarte psihică, iar de aici conturarea unor profiluri specifice de viață, care se pot asocia cu hiperintelectualizarea, cu creația, cu istorii de succes profesional și personal, dar toate acestea însoțite de un sentiment difuz de angoasă și lipsă de sens [11].

### Concluzii

Psihoterapeutul de orientare psihanalitică va fi pus în contact, deopotrivă, atât cu imaginea concretă a părinților, cât și cu imaginea fantasmatică a acestora, evident, în colaborare cu o istorie relațională personală în termenii relației părinte-copil. Deci o *mamă* și un *tată* există întotdeauna în mai multe registre, am spune, parafrazându-l pe Serge Lebovici: sunt părinții realității materiale, părinții realității imaginare și părinții realității fantasmatică. În această ordine de idei, obiectivele noastre de cercetare se referă la o intenție de a confrunta cercetarea psihanalitică cu cercetarea cantitativă.

Un obiectiv al cercetării se va referi la identificarea imaginii parentale prezentate în asocierile libere și în materialul fantasmatic al copilului-pacient – prin ceea ce relevă el în joc și în desene, și identificarea aceluiași părinte evaluat de psiholog prin teste psihometrice (luând ca referință câteva variabile fundamentale pentru funcționarea umană și cu impact major asupra relației părinte-copil: depresia, anxietatea, alexitimia, agresivitatea).

De asemenea, suntem interesați de studiul imaginilor parentale în cazul diferitor categorii nosologice. Presupunem că aplicarea acestei metodologii de cercetare și confruntarea rezultatelor obținute în diferite spații de cercetare poate contribui și la clarificarea întrebării formulate uneori: ce fac psihanaliztii în cabinetul lor și cu ce fel de realități lucrează?

### Referințe:

1. FREUD, S. Micul Hans. Analiza fobiei unui băiețel de 5 ani. În: *Nevroza la copil*. București: Trei, 2000, p.9-141.
2. FREUD, A. *Eul și mecanismele de apărare*. București: Editura Fundației Generația, 2002. ISBN 973-85683-0-7
3. FREUD, A. *Normal și patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării*. București: Editura Fundației Generația, 2002. ISBN 973-85683-3-1
4. WINNICOTT, D. Aspecte clinice și metodologice ale regresiei în cadrul psihanalitic. În: *De la pediatrie la psihanaliză*. București: Trei, 2003.
5. KLEIN, M. *Iubire, vinovăție și reparație*. București: Trei, 2012. ISBN 978-973-707-558-1

6. ABRAHAM, J. *Limbajul lui Winnicott. Un dicționar explicativ al termenilor winnicottieni*. București: Editura Fundației Generația, 2013. ISBN 978-973-1998-12-1
7. LEBOVICI, S. *Arborele vieții. Elemente de psihopatologia bebelușului*. București: Editura Fundației Generația, 2006. ISBN 973-87797-0-7
8. QUINODOZ, J.-M. *Citindu-l pe Freud*. București: Editura Fundației Generația, 2005. ISBN 973-86377-4-0
9. WINNICOTT, D. Teoria relației părinte-bebeluș. În: *Procese de maturizare*. București: Trei, 2004. ISBN 973-707-005-4
10. LITTLE, M. Lorsque Winnicott travaille dans des zones où dominant les angoisses psychotiques – un compte rendu personnel. En: *Transfert et états limites*. (coord.) ANDRÉ, J., THOMPSON, C. Paris: Presses Universitaires de France, 2002, p.105-151.
11. ГРИН, А. *Мертвая мать. В: Французская психоаналитическая школа.* / Под ред. А.ЖИБО, А.В. РОССОХИН. СПб: Питер, 2005, с.333-361.

**Date despre autori:**

**Zinaida BOLEA**, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Facultatea de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova; candidat al Societății Române de Psihanaliză; formator la *Fundația Generația* (București, România).

**E-mail:** zbolea@yahoo.com

**Constanța PODUBNÎI**, psiholog, IMSP Asociația Medicală Teritorială Centru, Chișinău.

**E-mail:** konstanzza@yahoo.com

*Prezentat la 20.10.2018*