UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
Facultatea de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială
Departamentul Psihologie

Zinaida BOLEA Ion CAȘCAVAL

STUDIUL DE CAZ PSIHANALITIC

Ghid metodic

Aprobat de
Consiliul Calității al USM
(proces-verbal nr. 3 din 29.12.2025)

Chișinău, 2025

CZU 159.964.2.072(075.8)
B 66

Recomandat spre publicare de Consiliul Facultății de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială (proces-verbal nr. 6 din 19.12.2025)

Recenzenți:

***Angela Potâng**, doctor în psihologie, conferențiar universitar*, Universitatea de Stat din Moldova

***Jana Chihai**, doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Bolea, Zinaida.

Studiul de caz psihanalitic : Ghid metodic / Zinaida Bolea, Ion Cașcaval ; Universitatea de Stat din Moldova, Facultate de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Departamentul Psihologie. – Chișinău : Editura USM, 2025. – 98 p. : tab.

Bibliogr.: p. 92-95 (42 tit.). – 20 ex.

ISBN 978-9975-62-984-3.

159.964.2.072(075.8)
B 66

© Z. Bolea, I. Cașcaval, 2025
© Editura USM, 2025

ISBN 978-9975-62-984-3

CUPRINS

Introducere.....5

I. Preliminarii teoretice.....8

1.1. Definirea studiului de caz.....8

1.2. Studiul de caz freudian.....11

1.3. Studiul de caz și Școala de psihosomatică din Paris.....13

1.4. Studiul de caz și Școala de psihanaliză de la Ulm.....15

1.5. Studiul de caz și școala americană de psihanaliză.....17

II. Baza conceptuală a studiului de caz psihanalitic.....21

2.1. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a beneficiarului.....21

2.2. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a psihanalistului.....24

2.3. Concepte psihanalitice referitoare la cadrul analitic, procesul analitic și situația analitică.....26

III. Studii de caz: tulburări nevrotice ale copilului și aspecte narcisice ale parentalității.....31

3.1. Cadrul conceptual și metodologic al studiilor de caz.....31

3.2. Studiu de caz nr. 1.....37

3.3. Studiu de caz nr. 2.....51

3.4. Studiu de caz nr. 3.....64

Concluzii.....72

IV. Studiu de caz: transmiterea transgenerațională a traumatismului.....76

4.1. Candrul conceptual și metodologic al studiului de caz.....76

4.2. Studiu de caz.....78

Discuții 88

BIBLIOGRAFIE: 92

Anexa 1. Grila de evaluare a scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil 96

Introducere

Raportat la vechea diferențiere între abordările nomotetică și idiografică, studiul de caz este reprezentativ pentru abordarea idiografică, ultima axându-se pe profunzimea proceselor psihice și unicitatea individului. Dezbaterile privind științificitatea uneia sau alteia dintre aceste abordări reprezintă un laitmotiv vechi ca și istoria psihologiei, cu toate că, actualmente, unii autori consideră depășită această polemică (Rolls, 2020/2024). Totuși, multiple discuții referitoare la științificitatea unei sau altei metode, în contextul cărora metoda experimentală părea a fi favorizată, au determinat o anumită neclaritate epistemică în privința studiului de caz. În același timp, ca urmare a interesului reapărut în ultimele decenii pentru metodele non-experimentale de cercetare, studiul de caz este tot mai des folosit atât ca metodă de cercetare, cât și ca metodă de prezentare a materialului clinic în diverse contexte profesionale.

În această ordine de idei, vom menționa că studiul de caz psihanalitic reprezintă metoda centrală, deopotrivă epistemică și aplicativă, a abordării psihanalitice. Deja în 1895, în lucrarea *Studii asupra isteriei*, studiul de caz psihanalitic este prezentat drept o metodă fundamentată din punct de vedere științific, care scoate în evidență atât logica epistemică, cât și materialul colectat. Ulterior, pe parcursul dezvoltării psihanalizei, studiul de caz psihanalitic a constituit metoda în baza căreia s-au formulat legități ale funcționării psihice, astfel încât astăzi putem vorbi despre o teorie psihanalitică referitoare la structura psihicului și la funcționarea psihică a individului și a grupului.

Prin urmare, este important să specificăm că studiul de caz psihanalitic reprezintă o metodă de analiză, conceptualizare și prezentare a materialului clinic. Deși acest ghid, fiind unul metodic, vizează, în primul rând, modalitatea de elaborare a materialului clinic, implicit de organizare și prezentare a acestuia, dimensiunea

epistemică rămâne o variabilă inerentă, pornind de la premisa că în psihanaliză cercetarea și psihoterapia coexistă (de altfel, ca și în alte abordări psihologice). Utilizând studiul de caz, specialistul formulează legături între materialul empiric și teorii sau rezultate ale altor cercetări științifice, elaborând, în final, propriile teoretizări asupra materialului prezentat în studiu, în același timp indicând și rezultatele procesului de lucru.

Acest ghid metodic este asociat curricular disciplinei *Psihanaliza clinică*. Curriculumul disciplinei *Psihanaliza clinică* prevede prezentarea din perspectivă psihanalitică a celor mai importante entităţi clinice: tulburările isterice, nevroza obsesiv-compulsivă, tulburările narcisice, patologia de limită, tulburările de comportament alimentar. Scopurile disciplinei *Psihanaliza clinică* vizează dezvoltarea competenţelor profesionale ce ţin de diagnosticul, analiza şi consilierea psihologică în cazul acestor tulburări. Respectiv, ghidul metodic prezentat ajută studenții masteranzi să-și dezvolte abilități de analiză și conceptualizare a materialului empiric, de elaborare a unui program formativ, de prezentare a demersului formativ, implicit de prezentare a rezultatelor. În același timp, lucrarea stimulează dezvoltarea competențelor anunțate în curriculumul disciplinei *Psihanaliza clinică*, și anume: 1) elaborarea și aplicarea programelor de intervenţie preventivă în domeniul psihologiei clinice; 2) analiza fenomenelor psihoclinice contemporane; 3) proiectarea strategiilor de gestionare a situațiilor psihoclinice din comunitate.

De asemenea, ghidul vizează și obiectivele de referință pentru cele cinci tematici psihoclinice prezentate în curriculum, și anume: să evidenţieze factorii etiologici ai fenomenului psihoclinic; să analizeze mecanismele psihice implicate în fenomenul psihoclinic; să-şi dezvolte abilităţi de consiliere în cazul fenomenelor psihoclinice.

Întrucât în psihanaliză conceptele de cadru, transfer și contratransfer sunt fundamentale pentru înțelegerea funcționării psihice, dar și pentru înțelegerea felului în care analizandul prezintă

materialul psihic, iar analistul percepe materialul psihic și asigură dinamica intervenției psihoterapeutice, în ghid se atrage o atenție deosebită structurării interacțiunii dintre psiholog și beneficiar. La fel, este clarificat caracterul multidimensional al demersului psihanalitic: sub aspect topologic (conștient-preconștient-inconștient); din perspectiva variabilelor analizate (nivel de funcționare, structură defensivă, relație transfer-contratransfer).

Competența de a elabora un studiu de caz reprezintă o achiziție profesională importantă pentru statutul profesional al psihologului. Felul în care psihologul elaborează și prezintă un studiu de caz dezvăluie nivelul de maturizare profesională și stabilește poziționarea acestuia ca specialist practicant în cadrul comunității profesionale. În același timp, competența elaborării unui studiu de caz facilitează gândirea complexă a materialului empiric și extinde resorturile de analiză a fenomenelor psihice în general.

Acest ghid metodic se axează pe premisele teoretice și tehnice specifice abordării psihanalitice. În același timp, am avut grijă să prezentăm materialul într-un limbaj accesibil studenților masteranzi, dar și profesioniștilor care sunt afiliați altor școli psihologice.

I. Preliminarii teoretice

Unități de învățare:

1.1. Definirea studiului de caz
1.2. Studiul de caz freudian
1.3. Studiul de caz și Școala de psihosomatică din Paris
1.4. Studiul de caz și Școala de psihanaliză de la Ulm
1.5. Studiul de caz și școala americană de psihanaliză

Abilități:

- definește studiul de caz;
- analizează dimensiunile studiului de caz;
- analizează competențele necesare practicianului pentru realizarea studiului de caz;
- compară abordările diferitor școli psihanalitice privind structura și conținutul studiului de caz.

Cuvinte-cheie: *studiu de caz, psihanaliză, strategie deductivă, strategie inductivă, stenogramă, interviu, specimen de caz, isterie, psihosomatică.*

1.1. Definirea studiului de caz

Supus unei perioade de marginalizare ca urmare a dezvoltării cercetării cantitative la mijlocul secolului trecut, studiul de caz își redobândește în ultimele decenii statutul binemeritat în domeniul cercetării, atât pe tematici clinice, cât și sociale. Referindu-se la contribuțiile studiului de caz pentru dezvoltarea psihologiei clinice, Ș. Ionescu (1998 *apud* Ionescu, Blanchet, 2006/2009) susține că elaborarea nosologiei a fost, în mare parte, bazată pe descrierile de caz, iar avantajele studiului de caz rezidă în capacitatea de a produce descrieri și analize individuale complexe, astfel fiind asigurate condițiile intervenției ideografice, în care obiectivul clinicianului și al cercetătorului este cunoașterea subiectului sau a fenomenului în totalitatea și unicitatea

sa. Același autor susține că revigorarea interesului pentru studiul de caz este condiționată de faptul că „studiile realizate pe grupuri nu răspund, în mod satisfăcător, nici la întrebările referitoare la procesul de schimbare terapeutică și nici la nevoia de a testa modele teoretice în clinică" (Ionescu, Blanchet (2006/2009), p. 283).

R. K. Yin (2003/2005) oferă următoarea definiție a studiului de caz: „Un studiu de caz este o investigație empirică prin care se investighează un fenomen contemporan în contextul său din viața reală, în special atunci când granițele între fenomen și context nu sunt foarte bine delimitate" (p. 21). Autorul mai subliniază că, din punct de vedere științific, „studiul de caz presupune o metodă atotcuprinzătoare, care include logica designului, tehnicile de colectare a datelor și abordările specifice pentru analiza acestora" (p. 31).

Sursele teoretice și empirice din ultimele decenii susțin că logica epistemică a studiului de caz poate fi deductivă, atunci când o teorie consacrată este valorificată și extinsă prin cazuri noi, sau inductivă, atunci când identificarea, observarea și analiza unor cazuri pot determina elaborări teoretico-conceptuale notabile. E. Huber (1987 *apud* Ionescu, 2006/2009) subliniază valoarea teoretică a studiilor de caz, menționând că acestea favorizează formularea ipotezelor, problematizarea realităților studiate și permit edificarea unor teoretizări noi. În aceeași ordine de idei, F. A. Sava (2013) afirmă că logica epistemică a studiului de caz poate fi în același timp și una inductivă, atunci când cercetătorul inițiază demersul de cercetare pornind de la caracteristicile observate în situații particulare și finalizează cercetarea prin teoretizări asupra fenomenului studiat.

R. K. Yin (2003/2005) atrage atenția asupra unei reprezentări greșite, destul de răspândite, conform căreia studiul de caz ar constitui o metodă ușoară, definită mai degrabă în termeni descriptivi. Autorul infirmă această poziție, atenționând că, de fapt, este nevoie de un cercetător bine format și experimentat pentru a realiza un studiu de calitate, având în vedere faptul că studiul de caz presupune o

interacțiune continuă între aspectele teoretice examinate și datele colectate. Pentru consolidarea poziției sale, autorul specifică câteva competențe necesare specialistului care realizează studii de caz:

- competența de a pune întrebări relevante și de a interpreta răspunsurile;
- competența de a manifesta adaptabilitate și flexibilitate, astfel încât noile situații întâlnite să fie văzute ca oportunități, nu ca amenințări;
- cunoașterea foarte bună a problemelor studiate, fie că este vorba de o orientare teoretică sau de una empirică;
- competența de a nu se lăsa influențat de idei preconcepute, inclusiv cele care derivă din teorie.

Referindu-se la complexitatea studiilor de caz, A. E. Kazdin (2010 *apud* Sava, 2015) atrage atenția asupra rolurilor multiple ale studiilor de caz, deosebind în acest sens:

1) *Dimensiunea exploratorie a studiilor de caz*. Studiile de caz reprezintă un spațiu epistemic marcat de creativitate științifică, întrucât logica studiului de caz solicită diversitate de idei și ipoteze, implică conceptualizări teoretice ale fenomenelor studiate, valorifică plenar materialul empiric colectat din alte tipuri de studii.

2) *Dimensiunea descriptivă a unor fenomene rare*. Întrucât matricea epistemologică a studiilor de caz este reprezentată de fenomenologia obiectului cercetării, această metodă presupune cercetarea detaliată a fenomenului studiat și descrierea extinsă – longitudinal și transversal – a realității studiate. De regulă, latura descriptivă a studiului de caz determină elaborări conceptuale valoroase.

3) *Dimensiunea teoretică*. Metodologia exploratorie și analitică a studiilor de caz oferă posibilitatea unor vaste revizuiri teoretice, prin invocarea cazurilor care contravin anumitor teorii sau, invers, pot oferi o bază conceptuală pentru elaborarea unor modele teoretice noi.

4) *Dimensiunea didactică*. Reprezentând, de regulă, o unitate închegată argumentativ între materialul empiric şi modelele teoretice şi, în acelaşi timp, implicând o descriere detaliată a fenomenului studiat şi suficiente condiţii pentru înţelegerea fenomenologiei obiectului de studiu, studiile de caz au o valoare didactică incontestabilă.

1.2. Studiul de caz freudian

De către cei mai mulţi autori, paternitatea studiului de caz îi este atribuită (pe bună dreptate) lui Sigmund Freud. În 1922, S. Freud elaborează definiţia tridimensională a psihanalizei. Conform acestei definiţii, psihanaliza este: 1) un procedeu de investigare a proceselor mentale; 2) o metodă pentru tratamentul tulburărilor nevrotice; 3) o serie de concepţii psihologice referitoare la psihic şi la personalitatea umană.

Prin urmare, studiile de caz freudiene ne prezintă, într-un demers epistemologic longitudinal, mai multe aspecte ale realităţii clinice şi ale intervenţiei psihoterapeutice: 1) materialul clinic; 2) tehnica psihanalitică; 3) rezultatele; 4) felul în care s-au elaborat conceptele, teoriile. La începuturile psihanalizei, metoda studiului de caz exista deja în domeniul ştiinţelor medicale, studiile de caz fiind mai degrabă dosare de caz, iar pacientul fiind descris prin referinţe simptomatologice şi încadrat într-o categorie nosologică. În studiul de caz elaborat de S. Freud, simptomatologia şi funcţionarea psihică a pacientului sunt puse în relaţie cu istoria de viaţă a pacientului, fiind analizate momentele conflictuale şi semnificaţiile psihologice ale suferinţei psihice. În acelaşi timp, intenţionând să construiască psihanaliza conform rigorilor ştiinţifice ale epocii, S. Freud se preocupă de prezentarea studiilor de caz care să permită elaborarea anumitor ipoteze în baza raţionamentului ştiinţific. Este cert faptul că psihanaliza, implicând tehnici precum asocierea liberă, atenţia flotantă, analiza

visului, analiza transferului și a contratransferului, a presupus alăturarea scopurilor de cercetare și a scopurilor psihoterapeutice.

Lucrarea *Studii asupra isteriei*, apărută în 1895, reprezintă un expozeu al primelor cazuri clinice prezentate publicului academic din materialul empiric adunat de S. Freud și J. Breuer timp de un deceniu, în baza căruia va fi elaborată o nouă teorie asupra nevrozelor. Această lucrare este structurată conform rigorilor academice ale vremii. În prima parte a lucrării, denumită *Despre mecanismul psihic al fenomenelor isterice – considerații teoretice*, sunt prezentate ipotezele asupra relației cauzale dintre simptomele isterice și evenimentele traumatice, este elucidat efectul curativ al rememorării și verbalizării, este prezentat clivajul ca mecanism central în fenomenologia isteriei. În a doua parte a lucrării sunt descrise cazurile clinice, ca material ilustrativ-doveditor al teoriei asupra nevrozelor, iar în a treia parte este prezentată o nouă metodă de psihoterapie a nevrozelor – metoda cathartică. În fond, întreaga lucrare *Studii asupra isteriei* poate fi considerată un model extins, epistemic și didactic, al studiului de caz, dar și fiecare dintre cele cinci studii expuse în lucrare. Cu referire la studiile de caz expuse în capitolul II al textului freudian invocat mai sus, vom menționa că acestea sunt elaborate în baza următoarei structuri: 1) acuze; 2) descrierea pacientului la momentul adresării; 3) istoric de viață; 4) descrierea cadrului tehnic al demersului terapeutic; 5) descrierea dinamicii procesului terapeutic (asociații libere, interpretări, elaborări); 6) epicriza, care include elaborările analistului asupra cazului (în lucrarea invocată, S. Freud se referă la natura traumei, reacția analizandului față de evenimentul traumatic, apariția incompatibilității între Eu și o anumită reprezentare, mecanismul conversiei isterice).

C. E. Pletsch (1982) afirmă că studiile sale de caz problematizează fenomenul studiat și oferă deschideri epistemice chiar și atunci când demersul nu finalizează cu elaborări suficiente asupra materialului clinic. De exemplu, *cazul Dora*, expus în lucrarea

lui S. Freud *Fragment dintr-o analiză de isterie (1905)*, este prezentat de însuși autor drept un eșec în planul intervenției psihanalitice, constituind în același timp un material teoretic valoros pentru elaborările ulterioare. În aceeași ordine de idei, psihanaliștii contemporani au valorificat și alte cazuri clinice freudiene. Actualmente, unul dintre cele mai analizate și revăzute studii de caz semnate de S. Freud este *Omul cu lupi*, încadrat de către autori contemporani în categoria patologiei de limită, nu în cea a nevrozelor, așa cum făcuse S. Freud (Green, 1990).

Prin urmare, constatăm că dezvoltarea conceptuală și a instrumentarului tehnic psihanalitic se realizează exclusiv prin studiul de caz. Urmând rigorile de cercetare și intervenție specifice psihanalizei, autorii postfreudieni – M. Klein, D. Winnicott, W. Bion, H. Kohut, P. Marty – extind resorturile psihanalizei spre tulburări psihice mai grave: cazuri-limită, tulburări narcisice, psihoze, tulburări psihosomatice.

1.3. Studiul de caz și Școala de psihosomatică din Paris

Preocuparea psihanaliștilor pentru definitivarea cadrului de cercetare și de intervenție psihoterapeutică pentru cele mai grave forme de patologie psihică, dar și pentru identificarea formelor pertinente de prezentare a rezultatelor, poate fi exemplificată prin contribuțiile Școlii de psihosomatică din Paris. În 1968 apare lucrarea *Investigația psihosomatică*, semnată de un grup de psihiatri și psihanaliști francezi (P. Marty, M. de M'Uzan, C. David), care au reușit să identifice în contextul muncii psihanalitice o categorie distinctă de beneficiari, și anume – pacienții care sufereau de boli psihosomatice și care foarte rar invocau probleme de ordin psihologic. Și în acest caz atestăm valorificarea unui concept freudian, și anume – a celui de *nevroză actuală*. Această categorie nosologică, din cauza incapacității pacienților ce o prezentau de a crea un discurs evoluat și

de a asocia liber, a rămas în afara interesului fondatorului psihanalizei. După cum menționează reprezentanții Școlii de psihosomatică din Paris în introducerea cărții, scopul acestui demers a fost prezentarea investigației pacienților somatici prin intermediul instrumentarului psihanalitic. Cercetătorii erau interesați să elaboreze instrumente de investigație a funcționării psihosomatice și să identifice formele de viață psihosomatică, scop care a fost realizat pornind de la condițiile cadrului psihanalitic de lucru, la care au fost adaptate metoda observației și metoda interviului. Materialul clinic prezentat în lucrarea *Investigația psihosomatică* se regăsește în stenogramele fidele și integrale ale interviurilor desfășurate, autorii descriind toate detaliile privind elaborarea și realizarea interviurilor. Lucrarea include 7 studii de caz (pe care autorii le denumesc „observații"). Fiecare studiu de caz include:

1) *Stenograma interviului*;
2) *Comentariul*, care vizează:
    - aspectele psihodinamice (regresii, fixații);
    - aspectele caracteriale;
    - tipul de transfer;
    - reacțiile contratransferențiale;
    - structura defensivă;
    - pronosticul (fiind delimitate resursele psihoterapeutice și limitele intervenției psihoterapeutice).

Ca urmare a acestui demers metodologic, în cadrul Școlii de psihosomatică din Paris este elaborat un aparat teoretic și un instrumentar tehnic pentru înțelegerea patologiei psihosomatice. Delimitarea acestei categorii de pacienți se realizează în cadrul investigației psihanalitice prin identificarea unui discurs specific al pacientului și prin analiza reacțiilor transferențial-contratransferențiale. Gândirea psihanalitică, implicit metoda de cercetare psihanalitică, a permis descoperirea unei noi forme clinice și clarificarea particularităților de funcționare psihică a pacienților somatici.

1.4. Studiul de caz și Școala de psihanaliză de la Ulm

Polemicile privind criteriile care definesc științificitatea au atins și spațiul psihanalitic de gândire, în mod special școala germană de psihanaliză fiind interesată de adaptarea studiilor de caz psihanalitice la rigorile pozitiviste. Unul dintre cele mai extinse proiecte în acest sens este demersul de cercetare dezvoltat de Școala de la Ulm. Autorii acestui proiect, H. Thomä și H. Kächele (2006/2011), propun sintagma *specimene de caz* pentru a prezenta cazuri-exemple, în cazul cărora materialul este înregistrat *verbatim* și este accesibil elaborărilor teoretice. În acest sens, un *specimen de caz* este înregistrat în format audio, este transcris și accesibil pentru toți cercetătorii. Autorii susțin că în astfel de studii de caz psihanalistul poate avea atât rolul de cercetător, cât și rolul de psihanalist, dar rezultatele cercetării trebuie să fie definitivate după realizarea tratamentului. De asemenea, acest model de analiză a materialului clinic presupune intervenții psihometrice la începutul și după terminarea curei psihanalitice, în vederea evaluării transformărilor sanogene ce au loc în viața psihică a beneficiarului.

În scopul prezentării metodologiei de cercetare, în cadrul Școlii de la Ulm a fost elaborat un ghid pentru psihanaliști și cercetători – *Manualul de la Ulm*. Conform procedurii elaborate de H. Thomä și H. Kächele, în baza înregistrărilor audio are loc eșantionarea ședințelor, selectarea eșantionului realizându-se conform următoarelor considerații:

- eșantionul trebuie să fie format din blocuri de mai multe ședințe consecutive, astfel încât să fie evaluate și schimbările pe termen scurt, fiind utilizată analiza de conținut a materialului din ședințe;
- eșantionul trebuie să conțină ședințe din întregul proces terapeutic, dar, în orice caz, ședințe de la începutul și de la sfârșitul curei psihanalitice;

- lungimea intervalului dintre blocurile de ședințe consecutive trebuie să fie variabilă, pentru ca o posibilă periodicitate prezentă în succesiunea temporală să nu distorsioneze datele.

Studiul de caz presupune atât o analiză longitudinală a materialului clinic, fiind descrisă dinamica fiecărei variabile în timp, cât și o analiză transversală, care cuprinde o descriere în profunzime a anumitor ședințe și perioade ale psihoterapiei.

În demersul metodologic elaborat de H. Thomä și H. Kächele (2006/2011), analiza cazurilor se realizează după o descriere sistematică, în care trebuie să se regăsească următoarele subiecte:

- descrierea situațiilor actuale din viața pacientului;
- relațiile actuale în viața pacientului;
- simptomatologia pacientului – apariția și dinamica acesteia;
- relațiile cu familia mică și cu familia extinsă, începând cu anii copilării și până în prezent;
- transferul pacientului.

Un alt nivel de cercetare descris de autori ține de realizarea studiilor asupra conceptelor clinice relevante pentru problematica și personalitatea pacientului, dar și pentru procedura psihanalitică. Autorii introduc sintagma *psihanaliză comparată*, făcând referire la specificul procesului de cercetare, în care sunt detectate asemănări și deosebiri între cazurile clinice. Sintagma *psihanaliză comparată* este derivată din expresia *cazuistică comparată* (Jüttermann, 1990 *apud* Thomä și Kächele, 2006/2011), care presupune o comparație calitativă a diverselor forme ale rapoartelor de caz din domenii de cercetare, în care evenimentele au fost publicate sub formă narativă, ceea ce, cu siguranță, se potrivește psihanalizei. Astfel, un scop important al psihanalizei comparate este clarificarea felului în care trebuie documentate faptele clinice.

H. Thomä și H. Kächele (2006/2011) pledează pentru analiza de conținut a transcrierilor *verbatim* ale ședințelor psihoterapeutice.

Analiza de conținut propusă de către Thomä și Kächele se realizează după un anumit algoritm, adaptat fiecărei cercetări, presupunând etape precum: identificarea categoriilor de conținut, calcularea corelațiilor pentru combinarea categoriilor de conținut, calcularea semnificației statistice ș.a.

Cele mai recente demersuri de cercetare prezentate de Școala de la Ulm implică și analiza de conținut a textului în studiile asistate de calculator. În opinia lui H. Thomä și H. Kächele (2006/2011), metoda analizei discursului și metoda analizei de conținut sunt potrivite și pentru elaborarea cazurilor clinice în domeniul psihanalizei. În acest sens, demersul metodologic al Școlii de la Ulm consacră relația epistemologică dintre psihanaliză și cercetarea calitativă și, în plus, încearcă să construiască și să aplice un procedeu de cercetare pentru metoda studiului de caz în care să se regăsească și metodele statistice de evaluare.

1.5. Studiul de caz și școala americană de psihanaliză

Nancy McWilliams este unul dintre autori preferați de către studenții care urmează o formare în psihanaliză. Acest fapt se datorează caracteristicilor didactice ale textelor sale, care implică structură, text explicit și referințe comparative, analitice și critice la grilele nosologice tradiționale, cum sunt cele expuse în DSM sau ICD. În lucrările sale, psihanalista americană formulează mai multe întrebări care vizează cunoașterea și expunerea materialului clinic. Conform grilei nosologice expuse în lucrarea sa *Diagnostic psihanalitic* (1994/2014), autoarea se referă la importanța evaluării structurii de personalitate și desemnează două variabile centrale pe care recomandă să ținem cont de ele atunci când evaluăm un caz clinic: 1) nivelul de funcționare (nevrotic, borderline, psihotic) și 2) tipuri de organizare caracterială (psihopatic, narcisic, schizoid, paranoid, depresiv, maniacal, masochist, obsesiv-compulsiv, histrionic, disociativ).

Deşi în lucrarea *Diagnostic psihanalitic* nu prezintă studii de caz propriu-zise, N. McWilliams propune implicit o schemă de prezentare a cazului, care include următoarele aspecte: 1) pulsiune, afect şi temperament; 2) procese defensive şi adaptative; 3) tipare relaţionale; 4) self-ul; 5) transferul şi contratransferul; 6) implicaţiile diagnostice; 7) diagnosticul diferenţial.

În altă lucrare a sa, *Elaborarea studiului de caz psihanalitic [Psychoanalytic Case Formulation] (1999),* N. McWilliams propune un ghid clinic, în vederea dezvoltării capacităţii de a accesa o înţelegere profundă şi dinamică a clienţilor prin evaluarea temperamentului, a mecanismelor de apărare, a afectelor şi a istoricului dezvoltării, abandonând etichetele diagnostice în procesul de elaborare a unui studiu de caz. Autoarea pune accent pe empatie, relaţionare şi înţelegerea funcţionării psihice a clientului, aspectele tehnice fiind şi ele importante, dar plasate pe un plan secund. Ca şi în lucrarea precedentă, McWilliams include în studiul de caz mai multe variabile: temperamentul, problemele de dezvoltare, mecanismele de apărare, afectele (emoţiile), tiparele relaţionale, stima de sine şi convingerile fundamentale.

Componente ale studiului de caz:

- ***evaluarea trăsăturilor stabile ale personalităţii***: acest capitol se concentrează pe înţelegerea şi acceptarea aspectelor imuabile din viaţa unui client, precum temperamentul, realităţile fizice, istoricul personal şi predispoziţiile genetice;
- ***evaluarea problemelor de dezvoltare***: analiza ontogenezei, pentru a repera cum dificultăţile actuale ale unui client pot fi legate de probleme nerezolvate din diferite etape ale vieţii;
- ***evaluarea structurii defensive***: analiza atât a reacţiilor defensive caracterologice, cât şi a celor situaţionale;
- ***evaluarea afectelor***: evaluarea vieţii emoţionale a clientului, a capacităţii acestuia de a experimenta şi regla diferite afecte şi

modul în care reacțiile contratransferențiale pot fi un instrument clinic util;

- ***evaluarea identificărilor***: examinarea modului în care clientul a interiorizat aspecte ale relaționării cu persoane semnificative din viața sa, cum acest fapt influențează imaginea de sine și modelele de interacțiune ale clientului;
- ***evaluarea modelelor relaționale***: înțelegerea modurilor caracteristice clientului de a relaționa cu ceilalți și a dinamicii interpersonale repetitive care apare, inclusiv în cadrul relației terapeutice;
- ***evaluarea stimei de sine***: analiza nevoilor și vulnerabilităților legate de stima de sine a clientului, în vederea asigurării unui spațiu securizant din punct de vedere psihologic;
- ***evaluarea convingerilor patogene***: analiza convingerilor negative profund înrădăcinate, adesea inconștiente, ale clientului despre sine, despre ceilalți și despre lume, care îl fac să sufere.

Activități de învățare:

1. *Definiți studiul de caz.*
2. *Analizați dimensiunile studiului de caz (exploratorie, descriptivă, teoretică, didactică).*
3. *Comparați perspectivele clasică, franceză, germană și americană asupra studiului de caz.*
4. *Identificați un studiu de caz din istoria psihologiei în baza căruia s-a dezvoltat o teorie importantă.*
5. *Estimați propria atitudine față de studiul de caz, sub aspect epistemic și formativ.*

BIBLIOGRAFIE:

1. BOLEA, Z. (2019). *Psihanaliză clinică*. Chișinău: CEP USM. ISBN 978-9975-149-54-47.
2. BOLEA, Z., CAȘCAVAL, I. (2020). Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare. În: *Studia Universitas Moldaviae*, nr. 5 (135), pp. 129-133. ISSN 1857-2103.
3. FREUD, A. (1937/2002). *Eul și mecanismele de apărare*. București: Trei. ISBN 973-85683-0-7.
4. FREUD, S. (1895/2017). Studii despre isterie. În: FREUD, S. *Studii despre isterie*. București: Trei, pp. 71-282. ISBN 978-606-40-0107-8.
5. FREUD, S. (1905/2001). Fragment dintr-o analiză de isterie. În: FREUD, S. *Inhibiție, simptom, angoasă*. București: Trei, pp. 75-166. ISBN 973-9419-97-6.
6. FREUD, S. (1909/2000). Analiza fobiei unui băiețel de 5 ani. În: FREUD, S. *Nevroza la copil*. București: Trei, pp. 7-120. ISBN 973-9419-44-5.
7. IONESCU, Ș. (2006/2009). Elaborarea unui proiect de cercetare. În: IONESCU, Ș., BLANCHET, A. (coord.) *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*. București: Trei, pp. 277-298. ISBN 978-973-707-251-1.
8. MARTY, P., De M'UZAN, M., CRISTIAN, D. (1968/2019). *Investigația psihosomatică*. București: Editura Fundației Generația. ISBN: 9789731998183.
9. MCWILLIAMS, N. (1994/2014). *Diagnostic psihanalitic*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-973-1998-14-5.
10. MCWILLIAMS, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guilford Press. ISBN 1-57230-462-6.
11. PLETSCH, C. E. (1982). Freud's Case Studies and the Locus of Psychoanalytic Knowledge. În: *Partisan Review*, no. 49/1, pp. 101-118.
12. ROLLS, G. (2024). *Studii de caz clasice în psihologie*. București: Trei. ISBN 978-606-40-2359-9.
13. SAVA, F. A. (2013). *Psihologia validată științific. Ghid practic de cercetare în psihologie*. Iași: Polirom.
14. ȘANDOR, V. (2018). Psihanaliză și cercetare. Eseu despre cercetarea în psihanaliză. În: *Studia Universitatis Moldaviae*, nr. 9, pp. 282-285. ISSN 1857-2103.
15. THOMA, H., KAHELE, H. (2006/2011). *Tratat de psihanaliză contemporană. Cercetare*. București: Trei. ISBN 978-973-707-511-6.
16. YIN, R. C. (2003/2005). *Studiul de caz: designul, analiza și colectarea datelor*. Iași: Polirom. ISBN: 973-681-919-1.

II. Baza conceptuală a studiului de caz psihanalitic

Unități de învățare:

2.1. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a beneficiarului
2.2. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a psihanalistului
2.3. Concepte psihanalitice referitoare la cadrul analitic, procesul analitic și situația analitică

Abilități:

- definește conceptele psihanalitice subsumate elaborării studiului de caz;
- analizează conceptele psihanalitice aferente discursului beneficiarului;
- analizează conceptele psihanalitice aferente discursului psihoterapeutului;
- compară conținutul latent și conținutul manifest al discursului.

Cuvinte-cheie: *asociere liberă, mecanisme de apărare, transfer, contratransfer, cadru, atenție flotantă, conținut manifest, conținut latent*.

Un studiu de caz psihanalitic nu poate fi elaborat fără cunoașterea conceptelor-cheie ale psihanalizei. Acestea vor fi diferențiate pornind de la protagoniștii de bază ai procesului analitic. În plan concret ne referim la analizand și psihanalist, iar în plan simbolic la Terț, care este reprezentat de *cadru*, în baza căruia se va constitui și relația analitică.

2.1. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a beneficiarului

Metoda asocierii libere reprezintă metoda centrală a psihanalizei, aceasta oferind accesul la materialul inconștient, revelat în discursul naratorului și în valențele transferențiale. În *Vocabularul psihanalizei*,

semnat de Pontalis și Laplanche (1990/1994), metoda asocierii libere este prezentată drept o metodă care constă în a exprima fără discriminare toate gândurile care vin în minte, fie plecând de la un element dat (cuvânt, număr, imaginea unui vis, o reprezentare oarecare), fie în mod spontan.

Transferul este un termen introdus progresiv de S. Freud pentru a desemna un proces constitutiv al curei psihanalitice, prin care dorințele inconștiente ale analizandului în raport cu diverse „obiecte" – persoane semnificative pentru client – se repetă în cadrul relației analitice, fiind proiectate asupra persoanei analistului. Este vorba de o repetiție a unor prototipuri infantile, trăită cu un sentiment puternic de actualitate. Aceste prototipuri, care constau în sentimente, gânduri, atitudini, comportamente, s-au format în prima copilărie în relaţia cu părinţii sau cu substituţii lor (Zamfirescu, 2003).

Compulsie la repetiție – la nivelul psihopatologiei concrete, proces de origine inconştientă, prin care subiectul se plasează activ în situaţii neplăcute, repetând experienţe vechi, fără a-şi aminti de prototipul lor; dimpotrivă, subiectul are impresia foarte puternică că este vorba de ceva pe deplin motivat în actualitate (Pontalis, Laplanche, 1990/1994). Fenomenele de repetiție inconștientă ne sunt accesibile în observarea realității cotidiene, reprezentând situațiile în care anumite persoane spun că nimeresc în aceleași situații, aleg același tip de parteneri, repetă aceleași scenarii existențiale cu final traumatizant sau neplăcut.

Nevroză de transfer – în teoria curei psihanalitice, nevroza artificială în cadrul căreia tind să se organizeze manifestările de transfer. Ea se constituie în jurul relaţiei cu analistul; este o reeditare a nevrozei clinice; elucidarea ei conduce la descoperirea nevrozei infantile (Pontalis J.-B., Laplanche J., 1990/1994). În lucrarea *Amintire, repetiție și elaborare. Alte recomandări de tehnică a psihanalizei* (1914/2004), Sigmund Freud menționează că nevroza de transfer preia toate trăsăturile bolii, dar reprezintă o boală artificială,

accesibilă prelucrării psihanalitice: „Dacă pacientul arată atâta apropiere încât respectă condiţiile de existenţă ale tratamentului, noi reuşim în mod regulat să conferim tuturor simptomelor bolii o nouă semnificaţie transferenţială, să înlocuim nevroza sa comună cu o nevroză de transfer, de care poate fi vindecat prin travaliul terapeutic. Transferul creează astfel un spaţiu intermediar între boală şi viaţă, prin care se realizează trecerea de la cea dintâi la cea din urmă. Noua stare a preluat toate caracteristicile bolii, dar reprezintă o boală artificială, care este accesibilă pretutindeni intervenţiei noastre. Este în acelaşi timp o parte de trăire reală, devenită însă posibilă prin condiţii deosebit de favorabile şi care are natură provizorie” (p. 146). Astfel, procedura de dezvoltare şi elaborare a nevrozei de transfer este subscrisă curei psihanalitice şi solicită un tratament analitic de lungă durată.

Mecanismele de apărare sunt definite drept mecanisme psihologice inconştiente, utilizate de individ pentru a diminua anxietatea generată de conflictele interioare între exigenţele instinctuale şi legile morale şi sociale (Sillamy, 1998, *apud* Ionescu et al., 2020), şi, de asemenea, sunt considerate buni indicatori ai funcţionării psihice a pacienţilor în curs de psihoterapie (Ionescu *et al*., 2020). Lista mecanismelor de apărare începută de Freud a fost extinsă ca urmare a elaborărilor în acest domeniu realizate de S. Freud însuşi, dar şi ulterior de psihanalişti, precum Ana Freud, Melanie Klein, Otto Kernberg. Pornind de la premisa teoretică că toţi ne apărăm de anumite stări psihice intolerabile pentru psihicul nostru, în literatura de specialitate a apărut întrebarea referitoare la diferenţa, limita între apărarea normală şi apărarea patologică. După numeroase reflecţii şi controverse, s-a ajuns la câteva concluzii univoce: apărările patologice pot fi identificate după trăsături precum rigiditatea, intensitatea, suprageneralizarea (utilizare permanentă în relaţiile cu numeroase persoane sau în diverse situaţii), iar funcţionarea mentală a individului este perturbată în ceea ce priveşte armonia şi capacitatea de adaptare.

2.2. Concepte psihanalitice referitoare la funcționarea psihică a psihanalistului

Contratransferul este un concept psihanalitic care se referă la relația analizand-analist și care reprezintă reacţia inconştientă a analistului la transferul unui pacient. Sigmund Freud a definit contratransferul, în 1910 în lucrarea *Șansele viitoare ale terapiei psihanalitice,* ca „influență pe care o exercită pacientul asupra sentimentelor inconștiente ale analistului său". Și pentru ca analistul să recunoască și să stăpânească în interiorul său contratransferul, recomandă acestuia să întreprindă o analiză personală. Descoperind existența contratransferului, S. Freud îşi îndemna colegii psihanalişti să învingă contratransferul, care adesea, dar nu întotdeauna, şi-ar avea originea în propriile lor conflicte nevrotice. „Am devenit atenţi la contratransfer care se instalează la medic prin influenţa pacientului asupra sentimentelor inconştiente ale medicului şi nu suntem departe de a ridica pretenţia ca medicul să recunoască la sine însuşi acest contratransfer şi să trebuiască să-l stăpânească. Am remarcat că fiecare psihanalist ajunge atât de departe pe cât îi permit propriile sale complexe şi rezistenţe interne şi cerem de aceea ca activitatea sa să înceapă cu propria analiză şi aceasta să se aprofundeze pe parcurs" (Freud, 1910/2004, p. 60).

Atenția flotantă a psihanalistului, un revers al asocierii libere a pacientului, este una dintre principalele recomandări tehnice în cadrul metodei psihanalitice. Termenul „atenție flotantă" se referă la felul în care psihanalistul trebuie să-l asculte pe pacient: să-și lase propria activitate inconștientă să funcționeze în modul cel mai liber posibil, fără a privilegia aprioric vreun element din discursul pacientului. Respectând această regulă, psihanalistul exclude din procesul de percepere a discursului pacientului propriile prejudecăți, atitudini, chiar și cele mai fundamentale presupoziții teoretice, încercând doar să descopere conexiunile inconștiente în discursul pacientului

(Pontalis, Laplanche, 1990/1994). Sigmund Freud susține în *Sfaturi pentru medic, în ceea ce privește tratamentul psihanalitic* (1912/2004) că transcrierea unei ședințe cu pacientul ar fi justificată numai dacă ne propunem să facem din cazul respectiv obiectul unei cercetări științifice.

Neutralitatea analistului. Atitudinea de neutralitate binevoitoare prevede că analistul trebuie să fie neutru în raport cu valorile religioase, morale și sociale, să nu dirijeze cura în funcție de vreun ideal oarecare și să se abțină să dea sfaturi. De asemenea, atitudinea de neutralitate cere analistului să păstreze o distanță emoțională în raport cu manifestările transferențiale, cu discursul analizandului și să nu favorizeze a priori, în funcție de prejudecăți teoretice, un anumit fragment sau un anumit tip de semnificații. În lucrarea *Sfaturi pentru medic, în ceea ce privește tratamentul psihanalitic*, Sigmund Freud utilizează metafora telefonică pentru a explica poziția de neutralitate a analistului, care îi va permite accesul la inconștientul analizandului: „Așa cum analizandul trebuie să comunice tot ce percepe în autoobservația sa, abținându-se de la toate obiecțiile logice și afective care urmăresc să îl determine să facă o alegere, la fel și medicul trebuie să se așeze în poziția de a utiliza tot ceea ce îi este comunicat în scopurile interpretării, ale cunoașterii inconștientului ascuns, fără a înlocui alegerea abandonată de bolnav cu propria cenzură, în formula: el trebuie să dedice propriul său inconștient, ca organ receptor, inconștientului donator al bolnavului, să se situeze față de analizand ca receptor al unui telefon. Așa cum receptorul transformă la loc în unde sonore oscilațiile curentului electric produse de undele sonore, la fel și inconștientul medicului are funcția de a restabili acel inconștient care a determinat asociațiile bolnavului, din derivatele inconștientului comunicate lui" (p. 107).

Analiza didactică. Problema subiectivității în procesul curativ și epistemic în psihanaliză este invocată și prin regula *analizei didactice*, care reprezintă procesul de psihanaliză pe care îl urmează cel care se

dedică exercitării profesiei de psihanalist. Obligativitatea acesteia ca parte din procesul de formare în psihanaliză are ca argument central premisa conform căreia practica psihanalitică presupune că este cercetat psihicul uman, în special inconștientul uman, cu ajutorul altui psihic/inconștient. Respectiv, apar întrebări referioare la obiectivitatea cercetării, la posibilele deformări ale materialului clinic sau la percepția stereotipă a materialului clinic. Pentru a se evita aceste deformări în analiza pacientului și pentru a se evita așa-numitele „puncte oarbe" în analiza pacientului, în 1901, la primul Congres de Psihanaliză, s-a instituit regula psihanalizei personale: fiecare candidat la profesiunea de psihanalist este obligat să realizeze analiza personală care să-i permită cunoașterea propriei funcționări psihice, în special a propriului inconștient, dezvoltarea abilităților de autoanaliză, deblocarea și înțelegerea propriilor conflicte psihice.

2.3. Concepte psihanalitice referitoare la cadrul analitic, procesul analitic și situația analitică

Cadrul analitic. Conceptul de cadru semnifică ansamblul condițiilor necesare pentru desfășurarea optimă a procesului psihanalitic, definirea cadrului și gestionarea acestuia reprezentând un element central al tehnicii psihanalitice (Quinodoz, 2005). Prin asigurarea cadrului se construiește un spațiu securizant fizic și psihologic în care clientul să aibă posibilitatea conectării la lumea sa interioară și în care să se manifeste relația de transfer (Howard, 2010). Termenul „cadru" înglobează toate regulile discutate de către client și psihoterapeut, reguli care definesc procesul de lucru în psihoterapie sau cura psihanalitică (frecvența ședințelor, durata ședințelor, ora și ziua ședințelor, plata pentru ședință). Astfel, cadrul devine un element central prin funcțiile și semnificațiile pe care le are, inclusiv pentru procedura de cercetare: asigură respectarea mutuală a regulilor de lucru, implicând responsabilitatea ambilor protagoniști asupra

procesului; asigură coerenţa şi continuitatea procesului de lucru; are valoare diagnostică şi structurantă. Fiecare categorie nosologică are propria relaţionare cu cadrul. În perioadele dificile ale procesului de consiliere sau psihoterapie, cadrul este elementul care, pe lângă alianţa terapeutică şi relaţia terapeutică, ajută şi protejează procesul terapeutic. Horacio Etchegoyen susţine că cadrul este planşa Rorschach pe care pacientul va vedea lucruri, lucruri care îl reprezintă; ajută la identificarea conflictelor inconştiente (de exemplu, absenţele de la şedinţă, întârzierile la şedinţă pot oferi informaţie importantă referitoare la funcţionarea conştientă şi inconştientă a clientului). Quinodoz (2005) afirmă că relaţia pe care pacientul o are cu cadrul reprezintă adesea un mijloc de comunicare non-verbală între psihoterapeut şi client, iar în raport cu cadrul de lucru se vor manifesta anumite rezistenţe inconştiente importante; la nivel simbolic, cadrul poate reprezenta: 1) Eul clientului; 2) mediul parental facilitator, securizant; 3) spaţiul potenţial al dezvoltării. Aceste elaborări referitoare la cadrul psihanalitic se vor regăsi în metodologiile de realizare a demersurilor de cercetare, fiind importantă asigurarea acurateții cadrului de cercetare și de lucru clinic.

Conținut manifest versus conținut latent. Elaborând renumita sa teorie asupra visului, Sigmund Freud delimitează conținutul manifest al visului și conținutul latent al visului. Conținutul manifest se referă la conținutul visului așa cum acesta este descris de visător și care are un caracter în general obscur, sentimentele pe care visătorul le păstrează în minte la momentul trezirii sau și le poate aminti. Dacă conținutul manifest este narativ la suprafață, acesta nu este neapărat bogat în material psihic. Dimpotrivă, semnificațiile profunde ale psihicului vor fi găsite grație analizei conținutului psihic ce nu este la suprafață – conținutul latent. La conținutul latent al visului se poate ajunge în cadrul analizei prin intermediul interpretării și al perlaborării. Deci, conținutul latent reprezintă totalitatea semnificațiilor desprinse de analiză. Bineînțeles, conținutul manifest

și conținutul latent întreține relații strânse prin intermediul semnificației secrete care le unește și pe care analiza sfârșește prin a le scoate la iveală. Odată cu accentuarea puternică a funcțiilor adaptative ale visării, structura visului manifest devine din ce în ce mai semnificativă și se pune tot mai mult problema diferenței dintre conținutul manifest și conținutul latent. Actualmente, conținutul manifest este mai valorizat decât în perioada freudiană, în mod special în lucrul cu pacienții non-nevrotici.

Spațiul potențial. Prin *spațiu potențial*, Donald Winnicott se referă la un spațiu care trebuie creat în ședința de analiză și care, printr-un proces de creație și gândire, trebuie să fie locul unde apar noi lucruri în cabinet, devenind spațiul *găsit-creat*-ului, atât pentru pacient, cât și pentru analist. Așa cum conceptele lui Winnicot au o mare relevanță epistemologică și clinică pentru patologia borderline, o patologie în care însăși gândirea este afectată, soluția pe care o propune autorul este ca pacientului să i se dea imaginea și posibilitatea elaborării. Făcând referire la conceptul de spațiu potențial al lui Winnicott, André Green menționează: „Un asemenea spațiu nu este nici acela al lui „lucrul acesta nu înseamnă nimic", nici al lui „lucrul acesta înseamnă asta", ci al lui „lucrul acesta ar putea să însemne asta". Este spațiul potențialității și al absenței, căci, așa cum cel dintâi, Freud, a constatat, în absența obiectului se formează reprezentarea acestuia, sursă a oricărei gândiri" (p. 90). În același sens, Green propune conceptul de proces terțiar, pe care îl descrie drept un agent de legătură între procesele primare și procesele secundare. Din aceste considerente, scopul analizei nu mai rezidă în dominarea proceselor secundare asupra proceselor primare, ci în posibilitatea analizandului de a realiza o conexiune, intricare între acestea două – atât în creație, cât și în viața de zi cu zi. Conceptele de co-construcție și co-creare în psihanaliză, specifice curentului interacționis (Th. Ogden), dezvoltat în ultimele decenii și propulsat în anii '40 ai secolului trecut de psihanaliza relațiilor de obiect (D. Winnicott, W. Fainbairn),

accentuează și mai mult *co-creat*-ul din ședința psihanalitică, inclusiv importanța formulării ipotezelor în procesul de lucru.

Interpretare și construcții în analiză. În lucrarea *Construcții în analiză* (1937/2004), Sigmund Freud anunță întrebarea privind subiectivitatea analistului și pericolul interpretărilor părtinitoare. Respectiv, pe ce premise epistemologice se întemeiază construcția/interpretarea analistului? Freud face o analogie cu munca arheologului, invocând o asociere fermă în privința obiectivului legat de analiza în profunzime a fenomenelor și evenimentelor. Psihanalistul este avantajat de faptul că obiectul de cercetare este în viață și avem acces la asocierea lui liberă și, în plus, avem acces și la fenomenul repetiției care se întâmplă în transfer. Având în vedere caracterul continuu al cercetării în psihanaliză, Freud spune că dacă pentru arheologie reconstrucția este scopul și finalul eforturilor, pentru psihanaliză construcția nu este decât un preambul. În sensul recomandărilor freudiene pentru formularea interpretărilor și a ceea ce el numește *construcții în analiză*, Freud menține demersul ipotetico-deductiv caracteristic și cercetării calitative. Astfel, în *Construcții în analiză* Freud afirmă: «Numai continuarea analizei poate să aducă decizia despre corectitudinea sau lipsa de validitate a construcțiilor noastre. Considerăm că o construcție nu este nimic mai mult decât o presupunere care așteaptă verificare, confirmare sau negare. Nu pretindem pentru ea nicio autoritate, nu-i cerem pacientului un acord imediat. Pe scurt, ne comportăm ca și un celebru personaj al lui Nestroy, servitorul, care are un singur răspuns pentru toate întrebările și obiecțiile: „Totul se va clarifica în decursul evenimentelor”» (p. 333).

Activități de învățare:

1. *Definiți conceptele psihanalitice prezentate în text.*
2. *Delimitați avantajele și limitele asocierii libere.*
3. *Comparați conținutul manifest și conținutul latent în cazul visului și al discursului.*

4. *Expuneți-vă părerea asupra conceptelor de transfer și contratransfer. Argumentați-vă poziția.*
5. *Argumentați importanța analizei didactice pentru activitatea profesională a psihologului, inclusiv pentru elaborarea studiilor de caz.*

BIBLIOGRAFIE:

1. FREUD, S. (1900/2003). *Interpretarea viselor*. București: Trei. ISBN 978-973-707-317-4.
2. FREUD, S. (1912/2004). Despre dinamica transferului. În: FREUD, S. *Tehnica psihanalizei*. București: Trei, pp. 89-100. ISBN 973-707-011-9.
3. FREUD, S. (1937/2004). Construcții în analiză. În: FREUD, S. *Tehnica psihanalizei*. București: Trei, pp. 363-378. ISBN 973-707-011-9.
4. HOWARD, S. (2010/2010). *Psihoterapie și consiliere psihodinamică*. București: Herald. ISBN 978-973-111-177-3.
5. ETCHEGOYEN, R. H. (1991/2011). *Fundamentele tehnicii psihanalitice*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-973-1998-11-4.
6. IONESCU, Ș.. JACQUET, M.-M., LHOTE, C. (2020). *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*. Ed. a III-a. Iași: Polirom. ISBN 978-973-46-8102-0.
7. KLEIN, M. (1937/2011). Doliul și relația sa cu stările maniaco-depresive. În: KLEIN, M. *Iubire, vinovăție și reparație*. București: Trei, pp. 536-576. ISBN 978-973-707-558-1.
8. LE GUEN, C. (2018/2021). *Dicționar freudian*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998176.
9. PONTALIS, J-B., LAPLANCHE, J. (1990/1994). *Vocabularul psihanalizei*. București: Humanitas. ISBN 973-28-0430-0.
10. QUINODOZ, J.-M. (2005). *Citindu-l pe Freud. Descoperirea cronologică a operei freudiene*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 973-86377-4-0.
11. ROUSSILLON, R. (2007/2010). *Manual de psihologie și psihopatologie clinică generală*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998060.
12. ZAMFIRESCU, V. D. (2003). *Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană*. București: Trei. ISBN 973-8291-56-9.
13. WINNICOTT, D. (1967/2006). Localizarea experienței culturale. În: *Joc și realitate*. București: Trei, pp. 139-149. ISBN 973-707-080-1.

III. Studii de caz: tulburări nevrotice ale copilului și aspecte narcisice ale parentalității

Unități de învățare:

3.1. Cadrul conceptual și metodologic al studiilor de caz
3.2. Studiu de caz 1
3.3. Studiu de caz 2
3.4. Studiu de caz 3

Abilități:

- analizează aspectele conceptuale ale studiului de caz;
- analizează aspectele tehnice ale studiului de caz;
- compară studiile de caz prezentate în funcție de simptomatologie și rezultate;
- identifică momentele-cheie ale studiului de caz.

Cuvinte-cheie: *interviu preliminar, grilă de analiză, pretransfer, contraatitudinea psihologului, proiecție predominantă, contraindentificare.*

3.1. Cadrul conceptual și metodologic al studiilor de caz

Studiile de caz prezentate în continuare au fost elaborate în baza activității de consiliere psihologică, de factură psihanalitică, ce a avut loc într-un Centru Comunitar de Sănătate Mintală din or. Chișinău. Specificul cadrului instituțional a determinat și felul în care a fost organizat procesul de consiliere, dar și felul în care a fost elaborat studiul de caz. Activitatea psihologului în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală solicită o metodologie specifică de lucru cu respondenții, indiferent de metoda de lucru utilizată de către specialist – că este una psihanalitică, cognitiv-comportamentalistă, integrativistă sau altele. Metodologia respectivă prevede în mod obligatoriu interviul preliminar, pretestarea beneficiarilor, post-

testarea beneficiarilor. Intervenția psihanalitică prezentată în cadrul cazurilor din acest compartiment a fost adaptată acestor rigori instituționale. Veți vedea că acest fapt nu a influențat negativ procesul de consiliere psihanalitică, fapt datorat competențelor profesionale ale specialistului și competențelor acestuia de a determina corect nevoile beneficiarilor și potențialul lor de lucru și de a le integra într-un cadru psihanalitic de lucru. Studiile de caz prezentate vizează consilierea psihologică de factură psihanalitică a trei copii și a mamelor acestora. Problemele invocate în cadrul interviului preliminar sunt simptomele nevrotice ale copilului. Problema decelată ulterior de către psiholog vizează problemele narcisice ale mamelor.

Structura procesului de consiliere

1. ***Interviul preliminar***
   - Motivul pentru solicitarea consultului.
   - Istoricul familial și personal.
   - Descrierea stărilor nevrotice ale copilului.
   - Argumentele psihologului pentru recomandarea consilierii psihologice, cu accent pe aspectele narcisice și pe dezvoltarea mentalizării.
2. ***Pretestarea beneficiarului***
   - Evaluarea inițială a funcționării psihice a perechii părinte-copil pe următoarele dimensiuni: narcisism, stimă de sine, mentalizare – în cazul mamelor; depresie, anxietate, factori de personalitate – în cazul copilului.
3. ***Dinamica consilierii psihologice***
   - Analiza procesului de consiliere utilizând grila conceptuală a lui J. Manzano, F. Palacio Espasa, N. Zilkha
   - Focalizare pe dezvoltarea abilităților de mentalizare în cadrul consilierii.
4. ***Posttestarea beneficiarului***
   - Evaluarea post-intervenție a dimensiunilor psihice ale perechii părinte-copil, analizând aceleași variabile ca la pretestare.

5. Concluzii

- Sumarizarea rezultatelor obținute și discutarea limitelor studiului de caz.

Această structură a studiului de caz asigură o abordare comprehensivă și metodică, permițând o analiză detaliată a impactului intervenției psihologice asupra dinamicii relației părinte-copil și a eficacității metodelor de dezvoltare a mentalizării în context terapeutic.

În același timp, ca dinamică și conținut, cazurile vor fi prezentate într-o manieră psihanalitică, relevând maniera psihanalitică în care a avut loc consilierea. Astfel, studiul de caz va fi elaborat și prezentat în baza grilei conceptuale elaborate de psihanaliștii elvețieni J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha (*Anexa 1*), fiind adăugată partea preliminară a cazului care include prezentarea istoricului cumunicării familie-psiholog și partea tehnică și interpretativă privind dezvoltarea abilităților de mentalizare a părinților.

F. Palacio Espaza argumentează că în relațiile dintre părinți și copii identificările proiective sunt de obicei normale și structurale, contribuind la empatizarea cu nevoile bebelușului și la dezvoltarea psihologică favorabilă a copilului. Cu toate acestea, în practica clinică se observă că nu întotdeauna această dinamică este una sanogenă. Unii părinți, confruntându-se cu propriile lor dureri, frustrări și sentimente de abandon sau inferioritate, pot încerca să le rezolve prin intermediul copiilor lor. Atunci când părinții nu pot recunoaște și accepta că experiențele lor din copilărie nu pot fi reînnoite sau recuperate, ei pot implica inconștient copiii într-un proces de modificare a unei realități inevitabile. Această problemă are tangențe semnificative cu ideea lui S. Freud despre transferul narcisismului parental către copii, creând astfel „scenarii narcisice ale parentalității”, un concept elaborat de psihanaliștii J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha.

Conform autorilor acestui concept, scenariile narcisice parentale includ patru elemente-cheie:

1. ***Proiecția.*** Părinții proiectează o parte din sine, fie direct (de exemplu, un tată care dorește să vadă în copilul său idealurile nerealizate), fie indirect prin intermediul unei imagini interne (cum ar fi imaginea unui părinte decedat). Aceste proiecții sunt de natură narcisică.
2. ***Identificarea complementară***. Părinții se identifică cu o altă reprezentare internă, cum ar fi imaginea unui părinte ideal pe care și l-ar fi dorit. Acest scenariu implică o relație între diferite aspecte ale sinelui.
3. ***Scopul scenariului***. În toate cazurile, scopul este obținerea unei satisfacții narcisice. Pot exista și scopuri defensive, cum ar fi negarea unei pierderi sau realizarea unei satisfacții libidinale.
4. ***Interacțiunea comportamentală***. Comportamentul părinților și al copiilor este rezultatul acestor proiecții și identificări. Faptul că scenariul se manifestă în realitate îi conferă o importanță majoră, depășind sfera imaginarului și devenind un simptom concret.

În lucrarea *Scenariile narcisice ale parentalității*, psihanaliștii J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha menționează că în urma experienței clinice a consultațiilor terapeutice cu părinți și copii au identificat mai multe scenarii narcisice parentale:

1. ***Proiecția de către părinți a unor aspecte infantile, trăite ca abandon sau carență.*** Părinții transferă asupra copilului propriile sentimente de abandon sau carență din copilărie, identificându-se cu părinți idealizați și văzându-și copilul ca pe o versiune îngrijită a sinelui lor infantil.
2. ***Proiecția imaginii de sine infantile idealizate a părinților.*** Părinții proiectează asupra copilului propria imagine de omnipotență din copilărie, încercând să-l protejeze de frustrări și abandon. Copilul poate dezvolta un comportament regresiv și dependent de părinți.
3. ***Proiecția unui obiect parental deteriorat asupra copilului.*** Copilul este identificat cu o imagine parentală negativă,

adesea în contextul conflictelor oedipiene ale părintelui și rivalității cu alte figuri adulte.

4. ***Proiecția unui obiect parental idealizat asupra copilului.*** Copilul devine reprezentantul unor imagini idealizate de părinte, reflectând nevoile acestuia de securitate, reguli sau aspecte legate de conflictualitatea oedipiană.
5. ***Proiecția unui obiect parental negativ asupra copilului.*** Părintele transferă asupra copilului conflictele cu propriii părinți din copilărie, generând o relație tensionată, marcată de ambivalență și agresivitate, unde copilul devine purtătorul acestor conflicte nerezolvate.

Scenariile narcisice parentale, prezente în toate relațiile părinte-copil, pot fi benefice sau pot deveni patologice. Acestea implică proiecția unei părți din sinele părintelui asupra copilului, fie direct, fie indirect. Copiii pot fie să accepte aceste proiecții și să se adapteze rolului impus, ceea ce poate duce la probleme psihice ulterioare, fie să le respingă, dorind să fie văzuți ca indivizi separați, ceea ce poate cauza decompensarea părinților. În cazuri patologice, aceste scenarii pot perturba dezvoltarea și adaptarea copilului. Copilul răspunde adesea la aceste proiecții narcisice prin comportamente simptomatice sau prin respingerea rolului atribuit de părinte.

Grila elaborată de J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha reprezintă un instrument multidimensional de intervenție psihanalitică, care se referă la: 1) analiza situației terapeutice; 2) structurarea consultației; 3) cercetarea materialului clinic; 4) modelul de explorare a cazurilor clinice.

Grila de analiză a cazurilor clinice include următoarele dimensiuni:

- Proiecția predominantă a părinților;
- Contraidentificarea părinților;
- Scopul proiecției;
- Reacțiile copilului la proiecție;

- Înțelegerea simptomelor. Impresie diagnostică lăsată de copil și de părinți;
- Factori ce au provocat dezechilibrul ce a determinat consultația;
- Pretransferul părinților;
- Pretransferul copilului;
- Contratransferul terapeutului;
- Intervenții ale terapeutului;
- Evoluția situației.

În continuare sunt prezentate trei studii de caz care ilustrează scenarii narcisice parentale distincte, reflectate în relația mamă-copil, în contextul manifestării stărilor nevrotice la copii. Cele trei studii de caz au fost selectate pentru a oferi exemple reprezentative ale modului în care scenariile narcisice parentale influențează apariția și menținerea stărilor nevrotice la copil. Fiecare caz reflectă o configurație psihodinamică distinctă, în care relația mamă-copil este modelată de proiecții, identificări și conflicte intrapsihice nerezolvate. Diversitatea acestor scenarii permite surprinderea variațiilor de intensitate și structură ale narcisismului matern – de la idealizare și suprainvestire afectivă până la devalorizare și furie narcisică. În toate cele trei cazuri, figura paternă este fie absentă (prin deces sau plecare), fie slab implicată, ceea ce accentuează relația diadică și împiedică formarea unei triangulații simbolice necesare proceselor de separare și individuație la copil. Alegerea acestor cazuri a avut în vedere relevanța lor clinică și capacitatea de a ilustra diferite forme de suferință infantilă generate de dinamici narcisice materne disfuncționale.

De asemenea, fiecare caz a oferit posibilitatea de a testa aplicabilitatea consilierii psihologice de factură psihanalitică în condiții clinice, permițând evaluarea eficienței acesteia în reducerea dimensiunilor narcisice parentale și în ameliorarea stărilor nevrotice ale copilului. Intervenția a fost adaptată particularităților fiecărui caz, evidențiind importanța unei abordări diferențiate și personalizate în procesul terapeutic.

3.2. Studiu de caz nr. 1

Subiect: X_1
Băiat, 8 ani

1. Interviul preliminar

La consultație s-a prezentat o mamă cu un băiat în vârstă de 8 ani. Au apelat la serviciile psihiatrului și psihologului deoarece mama a observat că băiatul ei manifestă anxietate, fobie de întuneric, frica de câini, lupi şi maşini. De la începutul şedinței, mama relatează că soțul ei a decedat într-un accident rutier, când băiatul avea doar 8 luni, o tragedie care a marcat profund întreaga familie, mai ales pe ea. Afirmă că avea stări de depresie, disperare şi anxietate, ca urmare a acestui eveniment. A descris perioada următoare decesului ca fiind plină de „depresie, disperare și anxietate" și a mărturisit că „nici până în ziua de astăzi nu mă pot împăca cu gândul că soțul nu mai este printre noi". De la moartea soțului au trecut aproximativ 8 ani, timp în care mama nu a inițiat nicio relație nouă, indicând, posibil, o perioadă de doliu neîncheiată.

Îngrijorările mamei cu privire la comportamentul fiului său au început când acesta, la vârsta de 4 ani, a manifestat reacții agresive neașteptate față de fotografiile tatălui său, ajungând să le scuipe şi să le rupă. Mama a exprimat surprindere și șoc: „Eram șocată de comportamentul fiului meu, deoarece niciodată nu am vorbit negativ despre soț, în așa fel încât copilul să dezvolte o ură intensă față de pozele cu soțul." A descris soțul ca fiind „un soț foarte bun, grijuliu și harnic. Ne iubeam foarte mult."

Mama a recunoscut că, în perioada de doliu, a întâmpinat dificultăți semnificative în gestionarea propriilor emoții, ceea ce a influențat probabil comportamentul fiului său. Instabilitatea emoțională a mamei în timpul doliului poate fi interpretată ca un factor contributiv la dezvoltarea anxietății și a comportamentului agresiv al copilului, mai ales în relația sa cu imaginea tatălui. În psihanaliză, aceste manifestări pot fi văzute ca un transfer de sentimente

nerezolvate din partea mamei către copil, copilul exprimând prin acțiunile sale conflictul intern nespus și neînțeles al mamei.

Procesele cognitive ale copilului sunt dezvoltate adecvat pentru vârsta sa, deși discursul său prezintă o anumită ambiguitate, caracterizată printr-o trecere rapidă de la un subiect la altul. Mama afirmă că acesta manifestă o sociabilitate remarcabilă, având mulți prieteni la școală și stabilind ușor contacte interpersonale. Comportamentul său prietenos și afectuos cu cei din jur, combinat cu o dorință evidentă de a fi în centrul atenției, sugerează o personalitate extrovertită, care însă poate masca anumite insecurități subiacente.

În timpul consultului s-a observat o relație afectuoasă și strânsă între mamă și copil; copilul își manifesta atașamentul prin gesturi fizice, ținând-o de mână și îmbrățișând-o pe mamă, care răspundea în mod similar. Aceste interacțiuni sugerează o legătură emoțională puternică, posibil compensatorie pentru absența figurii paterne.

Mama îl descrie pe fiul său în termeni calzi și afectuoși: „Un băiat foarte brav, afectiv, cu inima mare, foarte sociabil. Păcat că este foarte fricos, în special se teme de mașini și câini.” Această descriere arată o preocupare maternă față de fricile copilului, care pot fi interpretate ca simptome ale unei anxietăți subiacente ce necesită atenție terapeutică.

Identificăm că băiatul doarme împreună cu mama, spune că îi este frică să doarmă singur, se teme de întuneric şi de faptul că lupul va veni să-l mănânce. Mama nu vede vreo problemă că fiul doarme cu ea. Unicul lucru care o deranjează este faptul că, dacă ea se trezește dimineața devreme, atunci el nu mai poate dormi singur. Spune: „Pentru ca X să doarmă liniștit, mereu trebuie să fiu în preajma lui”.

Mama relatează că fiul său de 8 ani solicită multă atenție, însă ea se confruntă adesea cu dificultăți în a-i răspunde nevoilor, din cauza programului său încărcat de la serviciu. Acest fapt adaugă un strat de complexitate în interacțiunile lor, deoarece copilul ar putea percepe această lipsă de disponibilitate ca un semnal de neglijare emoțională, intensificându-i astfel nevoia de securitate și atenție.

De asemenea, mama menționează că mai are un fiu, în vârstă de 17 ani, care este diagnosticat cu retard mintal. Această situație implică presiuni suplimentare asupra resurselor emoționale și fizice ale mamei, afectând indirect și dinamica relațională cu fiul mai mic.

În timpul sarcinii mama a trăit o anxietate considerabilă, temându-se că noul născut ar putea avea aceleași probleme de sănătate ca fratele său mai mare. „A fost o sarcină încărcată de frici. Mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil. Mereu mă îngrijoram", mărturisește ea. Aceste frici pot avea rădăcini adânci în propria imagine de sine și în așteptările ei, reflecție a dorinței intense ca fiul să semene cu ea și cu soțul său decedat: „Îmi doream să semene cu mine și cu soțul. Îmi imaginam că va fi cumpătat ca mine și muncitor ca tatăl său".

Cu toate că nașterea a decurs fără complicații, iar familia și soțul i-au fost alături, experiențele anterioare și îngrijorările persistente ale mamei în legătură cu sănătatea și dezvoltarea copiilor săi pot influența semnificativ modul în care ea interacționează cu ei. Această dinamică poate afecta dezvoltarea atașamentului sigur în rândul copiilor, necesitând o atenție terapeutică specială pentru a adresa nevoile emoționale ale întregii familii.

În timpul interviului, mama reflectează asupra copilăriei sale, descriind-o ca pe o perioadă de ambivalență emoțională profundă. Recunoaște că a fost „un copil chinuit, de la țară, destul de timid și singur", sentimente care, așa cum mărturisește, continuă să o caracterizeze și în prezent. Această persistență a izolării și timidității sugerează posibile dificultăți în dezvoltarea și menținerea relațiilor intime, care ar putea avea un impact semnificativ asupra stilului său parental și a modului în care își gestionează relațiile cu cei doi fii ai săi.

Relația ei cu mama a fost una pozitivă, mama fiind descrisă ca „o ființă foarte gingașă și răbdătoare", un contrast evident față de sentimentele de pierdere și doliu pe care le-a experimentat ulterior. Pierderea tatălui, „un tată iubitor și familist", care a decedat din cauza

unei boli incurabile cu cinci ani în urmă, și a soțului său sunt evenimente traumatice care au aprofundat stările sale de tristețe și durere: „Îmi este dor de soț și de tată, nu pot face față sentimentelor de tristețe. Am durere, dar prefer să nu vorbesc despre ceea ce simt."

Această reținere în a comunica despre suferința personală indică mecanisme de apărare care izolează afectul, precum negarea și reprimarea; ea poate fi interpretată ca o încercare de a se proteja de intensitatea durerii resimțite. Totuși, acest comportament poate avea consecințe neintenționate asupra copiilor săi, întrucât restricționarea expresiei emoționale poate limita capacitatea copiilor de a învăța cum să proceseze și să exprime propriile emoții într-un mod sănătos. Este posibil ca această dinamică să contribuie la anxietatea și fricile manifestate de cel mai mic fiu, acesta resimțind, chiar dacă în mod inconștient, tensiunile emoționale și lipsa deschiderii afective.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

***Proiecția predominantă a mamei*.** Mama transferă asupra fiului său nu doar imaginea soțului și a tatălui decedat, ci și sentimentele de abandon pe care le-a experimentat la pierderea acestora. Ambii bărbați importanți în viața ei au dispărut într-un interval scurt de timp, lăsând-o fără suportul emoțional esențial. Neavând ocazia să elaboreze adecvat doliul și să se desprindă emoțional, mama își încarcă fiul cu rolul de substitut afectiv, atribuindu-i statutul de „bărbat al casei". Acest rol impune copilului o responsabilitate emoțională nepotrivită vârstei sale, ceea ce poate inhiba dezvoltarea sa psihologică independentă.

Pe lângă proiecția pierderii, mama transferă și propria imagine de sine din copilărie asupra fiului său. Descriindu-și propria copilărie ca fiind marcată de singurătate și izolare, ea îl percepe pe fiu în mod similar, ca pe un copil vulnerabil și care necesită protecție. Aceasta reflectă o continuitate a sentimentelor de insecuritate și singurătate pe care mama încă le resimte. Prin această proiecție, fiul este văzut nu

doar ca un substitut pentru figurile paterne pierdute, dar și ca un ecou al propriei copilării a mamei, ceea ce poate amplifica dependența emoțională reciprocă și poate complica procesul de individuație a copilului.

Contraidentificarea mamei. Mama își modelează comportamentul parental după o imagine idealizată a propriilor părinți, pe care îi descrie în termeni extrem de pozitivi, deși reflecțiile sale despre copilărie includ și sentimente de singurătate și izolare. Această idealizare servește ca un mecanism de apărare prin care mama încearcă să nege orice aspect negativ legat de părinții săi, concentrându-se exclusiv pe calitățile lor pozitive. Prin contraidentificarea cu acest obiect parental idealizat, mama își asumă rolul unui părinte omniprezent și protector, încercând să compenseze pentru propriile sentimente de abandon și neglijare pe care le-a experimentat în copilărie.

Această contraidentificare nu doar că o ajută pe mama să facă față pierderilor din trecut, dar îi și modelează comportamentul parental într-o manieră care poate fi, paradoxal, atât benefică, cât și limitativă pentru dezvoltarea fiului. Deși îi oferă acestuia o prezență constantă și o protecție emoțională, mama riscă să creeze o dependență excesivă și să inhibe procesul de individuație a copilului. Observația că mama nu poate lăsa copilul singur pentru perioade lungi de timp subliniază această tendință de a evita orice experiență de singurătate pentru fiul său, reflectând propriile frici nerezolvate.

Scopul proiecției. Proiecția imaginii soțului și tatălui decedat asupra copilului servește ca un mijloc prin care mama își menține atașamentul la figurile pierdute, evitând astfel necesitatea de a elabora doliul. Aceasta nu doar că îi permite să evite durerea asociată cu pierderea, dar îi și facilitează evitarea oricărui angajament într-o nouă relație. Menționarea că „nici până în ziua de astăzi nu mă pot împăca cu gândul că soțul nu mai este printre noi” subliniază persistența doliului nerezolvat și a refuzului de a accepta realitatea pierderii. Această

proiecție are rolul dual de a menține vie memoria celor decedați și de a împiedica mama să se angajeze emoțional și social în prezent.

Prin proiectarea idealizată a soțului și tatălui pe copil mama creează o barieră protectoare împotriva formării unor noi legături afective, care ar putea să o oblige să recunoască finalitatea pierderilor suferite. Această rezistență la formarea de noi relații reflectă nu doar o fidelitate față de trecut, ci și o frică profundă de a relua ciclul atașamentului și pierderii. Acest comportament poate avea un impact semnificativ asupra dezvoltării personale și emoționale a mamei, limitându-i capacitatea de a experimenta creștere și schimbare în urma traumei.

Reacțiile copilului la proiecție. Fiul se identifică cu imaginea proiectată a soțului și tatălui decedat, preluând roluri și responsabilități care sunt inadecvate vârstei sale. Această identificare nu este doar o simplă imitare, ci o încorporare a așteptărilor și nevoilor emoționale ale mamei. Dorința copilului de a dormi doar cu mama și de a nu se separa de ea reflectă o încercare de a umple golul lăsat de figura paternă absentă. Copilul exprimă, de asemenea, dorințe care sunt caracteristice fazei oedipiene, precum cea de a se căsători cu mama, ceea ce indică o fixare la această etapă de dezvoltare, potențată de rolul pe care este obligat să îl joace în dinamica familială.

Prin învestirea copilului în rolul de „bărbat al casei" mama îl plasează într-o poziție de suport emoțional, rol care în mod normal ar trebui să fie ocupat de un adult. Acest lucru poate duce la o dezvoltare psihologică prematură și la dificultăți în formarea unei identități separate de cea a mamei. Anxietatea manifestată de copil în momentele de separare de mamă poate fi văzută ca o reacție la presiunea enormă de a satisface nevoile emoționale ale mamei și de a menține coeziunea psihologică a familiei.

Predominanța mamei în fanteziile și discursul copilului subliniază fixarea sa în stadiul oedipian, unde mama este obiectul primar al dorințelor sale afective. Această fixare este intensificată de

contextul familial în care granițele între rolurile parentale și cele conjugale sunt neclar definite.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. Fobiile copilului – frica de întuneric, de câini/lupi și de mașini – pot fi interpretate ca simptome ale anxietății de separare și ca mecanisme de menținere a proximității cu mama. Aceste temeri servesc nu doar ca modalități de evitare a separării fizice de mama, ci și ca expresii ale anxietății de abandon pe care o resimte mama. Prin manifestarea acestor frici copilul își consolidează legătura cu mama, răspunzând indirect la propriile sale temeri de abandon și la cele ale mamei.

Proiectând asupra copilului o imagine de sine trăită ca fiind singură și abandonată, mama facilitează în mod inconștient transferul acestor emoții către copil. În acest fel, copilul nu doar că resimte, dar și re-trăiește frica mamei de abandon și singurătate. Acest fenomen de identificare cu starea emoțională a mamei îi intensifică propria anxietate și dificultatea de a se separa emoțional și fizic de ea.

Ostilitatea manifestată de copil față de tatăl său decedat, exprimată prin scuiparea și ruperea fotografiilor, poate fi văzută ca o respingere a rolului patern de stabilire a limitelor și de reglementare a dinamicii fuzionale dintre mamă și copil. Această reacție agresivă este complicată de faptul că copilul, în absența unui tată viu, este împins să ocupe simultan rolurile de fiu, partener substitut și figură paternă. Astfel, conflictul oedipian este intensificat și complicat de absența unei rezoluții clare, menținând copilul într-o stare de ambivalență și conflict nerezolvat.

Fantasmele copilului de a se căsători cu mama, precum și incapacitatea de a recunoaște diferența dintre generații, reflectă o fixare în faza oedipiană.

Pretransferul mamei. Transferul mamei este pozitiv. A colaborat pe tot parcursul ședințelor de consiliere psihologică. Această disponibilitate de a colabora și de a se angaja în procesul terapeutic este esențială pentru progresul tratamentului. Deși această deschidere este un semn pozitiv, a fost important de a explora în ce măsură

cooperarea ei reflectă o dorință reală de schimbare sau o nevoie de a părea o mamă „ideală” în ochii psihologului, ceea ce ar putea ascunde anumite rezistențe sau ambivalențe mai subtile.

Pretransferul copilului. Deși copilul a arătat un transfer pozitiv general, manifestând entuziasm și deschidere în timpul ședințelor, rezistența sa față de subiectele legate de tatăl său este notabilă. Devierea rapidă de la aceste subiecte poate indica o anxietate profundă legată de figura paternă și de rolul său în dinamica familială. Aceasta sugerează că, în ciuda unui atașament aparent sigur față de psiholog, există aspecte ale relației sale cu figura paternă care rămân neelaborate și potențial tulburătoare pentru el.

Contraatitudinea psihologului. Reacția pozitivă a psihologului la transferul atât al copilului, cât și al mamei, este esențială pentru stabilirea unei relații terapeutice eficiente. Este important ca psihologul să mențină o poziție echilibrată, recunoscând și validând experiențele și emoțiile ambilor, fără a cădea în capcana de a valida necondiționat comportamente sau percepții care pot fi maladaptive. Menținerea unei atitudini de curiozitate și deschidere, fără a se alia excesiv cu niciunul dintre clienți, permite explorarea mai profundă a problemelor subiacente și a dinamicii complexe dintre mamă și copil.

3. Intervenții ale psihologului

1. Stabilirea cadrului și a limitelor

Impunerea unor limite clare în cadrul terapeutic, cum ar fi respectarea timpului și a frecvenței ședințelor, a modelat importanța granițelor în viața reală. Aceasta a fost o lecție valoroasă pentru copil în învățarea diferențelor dintre relațiile interpersonale, cum ar fi distincțiile dintre rolurile de copil și adult și dintre diferite generații.

Exemplu: Psihologul a insistat ca ședințele să înceapă și să se încheie la orarul stabilit, indiferent de subiectele discutate, subliniind importanța respectării timpului fiecăruia; acest lucru a ajutat la transmiterea ideii că există un timp și un loc pentru fiecare activitate și că limitele sunt sănătoase și necesare.

2. ***Psihoeducație cu privire la mentalizare și importanța funcției reflexive***

Această intervenție a fost esențială pentru a ajuta mama să înțeleagă cum propriile ei stări mentale, inclusiv doliul nerezolvat și proiecțiile legate de soțul decedat, influențează comportamentul și stările emoționale ale copilului. Prin educația despre mentalizare, mama a fost încurajată să recunoască și să reflecte asupra propriilor gânduri și emoții înainte de a reacționa, reducând astfel transferul inconștient al acestora către copil.

Exemplu: Psihologul a folosit exemple din viața cotidiană a mamei și a copilului pentru a ilustra cum anumite stări mentale neconștiente influențează comportamentele; psihologul a explicat cum anxietatea mamei ar putea amplifica anxietatea copilului, încurajând-o pe mamă să observe și să reflecteze la propriile sale frici înainte de a reacționa la frica copilului.

3. ***Poziția paternă și de autoritate a psihologului***

În absența unei figuri paternale stabile, psihologul a adoptat un rol de autoritate care a ajutat la structurarea și stabilirea unor granițe clare în relația dintre mamă și copil. Această „triangulare" a permis ambelor părți să exploreze și să discute despre relațiile lor într-un cadru mai sigur, fără a cădea în comportamente simbiotice. A ajutat, de asemenea, la modelarea unei relații sănătoase cu o figură adultă de autoritate pentru copil.

Exemplu: Atunci când copilul a încercat să domine conversația și să devieze de la subiectele sensibile, psihologul a intervenit ferm, reorientând discuția și stabilind o structură clară a ședinței, demonstrând astfel o autoritate calmă și constructivă.

4. ***Interpretarea proiecției mamei și a dificultății de a face doliu***

Prin interpretarea proiecțiilor mamei legate de pierderea soțului, psihologul a ajutat-o să conștientizeze cum aceste proiecții afectează relația cu fiul său. Acest lucru a fost crucial în a-i permite să înceapă

procesul de doliu și să reducă dependența emoțională a copilului față de ea.

Exemplu: Atunci când mama a început să vorbească despre cât de greu îi este să treacă peste moartea soțului, psihologul a empatizat cu trăirea mamei, iar când mama a reușit să conțină starea, a folosit acest moment pentru a-i arăta cum doliul nerezolvat se reflectă în atașamentul excesiv al copilului față de ea, facilitând astfel o conexiune între experiența ei și comportamentul copilului.

5. Interpretări referitoare la conflictualitatea oedipiană

Aceste interpretări au avut ca scop clarificarea diferenței dintre generații și roluri, ajutând copilul să înțeleagă și să accepte limitările naturale ale relației sale cu mama.

Exemplu: „Observ că fiul dvs. caută multă atenție și uneori puteți simți că trebuie să-l protejați de orice disconfort. Să explorăm împreună cum acest comportament îl poate împiedica să învețe despre independență și autosuficiență. Este important pentru creșterea și dezvoltarea lui să experimenteze și să învețe din provocările cu care se confruntă".

6. Respectarea capacității de integrare a interpretărilor

Psihologul a fost atent să nu suprasolicite capacitatea de înțelegere a mamei sau a copilului, introducând interpretări la un nivel pe care aceștia le puteau procesa. Aceasta a ajutat la menținerea unui mediu terapeutic suportiv și la promovarea unei evoluții graduale, evitând provocarea unei rezistențe excesive sau a unei retrăiri traumatice.

Exemplu: Observând că mama devine copleșită când discuțiile devin prea intense, psihologul a ajustat profunzimea și frecvența interpretărilor, asigurându-se că acestea sunt oferite într-un mod și ritm pe care mama îl poate gestiona eficient.

7. Ajutorul acordat mamei în trecerea prin stadiile mentalizării

Inițial, concentrându-se pe stările mentale de bază ale copilului și progresând spre evaluarea modului în care acestea influențează comportamentul, această intervenție a permis mamei să dezvolte o

mai bună înțelegere și empatie față de experiențele copilului. Psihologul a îndrumat-o pe mamă să observe cum reacțiile și comportamentele copilului, cum ar fi anxietatea de separare sau frica de întuneric, sunt adesea răspunsuri la stările sale interne. Acest lucru a ajutat-o să recunoască semnele subtile ale disconfortului copilului și să ajusteze propriul comportament pentru a-l sprijini mai eficient.

Mai târziu, intervenția a evoluat spre sarcini mai complexe, unde mama a fost încurajată să exploreze cum propriile ei stări mentale, cum ar fi anxietatea sau tristețea legată de doliul nerezolvat, pot influența interacțiunile cu copilul. De exemplu, dacă mama simțea tristețe sau retragere emoțională, copilul putea interpreta aceste stări ca un semn de abandon, ceea ce îi intensifica fricile. Prin recunoașterea acestui mecanism, mama a putut să înceapă să modifice modul în care își exprima emoțiile în prezența copilului, încercând să fie mai conștientă de impactul pe care îl au stările ei mentale asupra lui.

Psihologul a folosit momentele de mentalizare reușită pentru a întări și valida progresul mamei, subliniind când a reușit să interpreteze corect și să răspundă adecvat nevoilor copilului. De exemplu, atunci când mama a reușit să consoleze copilul, explicându-i că frica de întuneric este normală, dar că el este în siguranță, a fost un moment de succes care a demonstrat că mama își poate utiliza în mod eficient noua capacitate de mentalizare.

Această abordare graduală și structurată a ajutat-o pe mamă să avanseze de la interpretări simpliste ale comportamentului copilului la o înțelegere mai nuanțată și profundă, ceea ce a îmbunătățit semnificativ calitatea relației lor și a contribuit la dezvoltarea sănătoasă a copilului.

4. Evoluția cazului

În acest caz, scenariul narcisic parental s-a construit preponderent prin proiecția asupra copilului a imaginii de sine deprimate și, în același timp, a identificării cu imaginea de părinte ideal. În scenariul

narcisic prezentat este prefigurat obiectivul inconștient de a repara o imagine de sine negativă și de a oferi un paternaj ideal, respectiv, o copilărie ideală. În plus, se adaugă și proiecția laterală a imaginilor idealizate a tatălui și a soțului, copilul fiind învestit și cu această suprasarcină – de a fi un bărbat ideal. Acest scenariu narcisic nu permite depășirea conflictualității oedipiene, prin dificultatea triangulării, și menține copilul într-o suferință nevrotică.

Tabelul 1. Rezultatele la teste pre-intervenție și post-intervenție

Instrumente de psihodiagnostic aplicate mamei	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
Inventarul narcisismului patologic (PNI)	Valori ridicate la dimensiunile ,,autosacrificare" (scor – 3,3), ,,ascunderea sinelui" (scor – 3,7)	Valori scăzute la dimensiunile ,,autosacrificare" (scor – 1,8), ,,ascunderea sinelui" (scor – 1,5)
Chestionarul privind funcționarea reflexivă la părinți (PRFQ)	Valori ridicate la scala ,,Interes și curiozitate cu privire la stările mentale" (scor – 6,83)	Valori moderate la scala ,,Interes și curiozitate cu privire la stările mentale (scor – 5,83)
Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg	Nivel scăzut al stimei de sine (scor – 13)	Nivel moderat al stimei de sine (scor – 18)
Instrumente de psihodiagnostic aplicate copilului	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel ridicat de anxietate de separare (scor-77)	Nivel scăzut de anxietate de separare (scor – 64)

Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ)	Valori scăzute la factorul A (schizotimie *vs.* ciclotimie) de personalitate (scor – 1); Valori ridicate la factorul O (încredere *vs.* tendința spre culpabilitate) de personalitate (scor – 7).	Valori moderate la factorul A (schizotimie *vs.* ciclotimie) de personalitate (scor – 4); Valori scăzute la factorul O (încredere *vs.* tendința spre culpabilitate) de personalitate (scor – 3).

Evoluția mamei

- ***Inventarul narcisismului patologic (PNI):***

Pre-intervenție: valorile ridicate la dimensiunile „autosacrificare" și „ascunderea sinelui" indică o tendință spre a neglija nevoile personale în favoarea celorlalți și o predispoziție de a-și masca adevăratul sine pentru a evita vulnerabilitatea sau criticile.

Post-intervenție: scăderea acestor valori sugerează o îmbunătățire în recunoașterea și respectarea propriilor limite și nevoi, precum și o mai mare deschidere în exprimarea autentică a sinelui.

- ***Chestionarul privind funcționarea reflexivă la părinți (PRFQ):***

Pre-intervenție: valorile ridicate la scala „Interes și curiozitate cu privire la stările mentale" pot indica hipervigilență sau tendința de a interpreta excesiv stările mentale ale celorlalți, ceea ce poate duce la epuizare emoțională sau interpretări greșite.

Post-intervenție: valorile moderate atinse reflectă un echilibru mai bun în angajarea de a cunoaște și conține stările mentale ale celorlalți, indicând o capacitate îmbunătățită de a păstra o distanță sănătoasă și de a rămâne conectat emoțional fără a deveni copleșit.

- ***Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg:***

Pre-intervenție: nivel scăzut al stimei de sine.

Post-intervenție: îmbunătățirea stimei de sine la un nivel moderat sugerează progrese în autocunoaștere și autoacceptare, reflectând un impact pozitiv al consilierii asupra imaginii de sine a mamei.

Evoluția copilului

- ***RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii:***

Pre-intervenție: nivelul ridicat al anxietății de separare indică dificultăți semnificative în gestionarea separării de figura parentală, posibil influențată de dinamica familială.

Post-intervenție: scăderea anxietății de separare arată că intervențiile au fost eficiente în reducerea temerilor copilului legate de abandon și separare, sugerând o securizare mai mare în relațiile de atașament.

- ***Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ):***

Pre-intervenție: valori scăzute la factorul A, valori ridicate la factorul O.

Post-intervenție: valori moderate la factorul A și valori scăzute la factorul O indică o adaptare mai bună a copilului în mediu social și o creștere a încrederii în sine, precum și diminuarea sentimentului de culpabilitate.

În urma intervențiilor psihologice, constatăm că aspectele narcisice patogene ale mamei s-au diminuat, iar stima de sine s-a îmbunătățit. De asemenea, s-a îmbunătățit și capacitatea de mentalizare, ceea ce i-a permis să facă față mai bine atât propriilor stări mentale, cât și celor ale copilului. S-a redus anxietatea de separare, iar băiatul a acceptat să doarmă separat. Uneori se trezește noaptea și este speriat, mama vine la el în cameră, îl liniștește și copilul rămâne să doarmă singur. Capacitatea de conținere și mentalizare a mamei a crescut, concretizându-se în strategii funcționale de gestionare a anxietății de separare a copilului. În cazul copilului, atestăm îmbunătățirea indicilor ce țin de stabilitatea psihoemoțională, calm, simțul realității, capacitatea de adaptare, încrederea în sine.

3.3. Studiu de caz nr. 2

Subiect: X_2
Băiat, 10 ani

1. Interviul preliminar

Un băiat de 10 ani şi mama sa au solicitat consultaţie psihologică şi psihiatrică, drept cauză fiind invocate unele comportamente îngrijorătoare manifestate de băiat. Printre simptomele raportate se numără impulsivitatea, agresivitatea la şcoală, tulburările de somn, deprimarea, tendinţele suicidale şi autoagresiunea vizibilă. Copilul se autovătămează prin lovituri cu pumnii în cap sau izbindu-şi capul de perete. În acelaşi timp, mama descrie suferinţa fiului ei în termeni tulburători: „ţipă de durere lăuntrică". La şcoală, comportamentul băiatului este provocator – „deseori se ceartă cu profesorii şi colegii", iar acasă relaţia cu mama este la fel de conflictuală. Mama îl descrie pe fiul ei ca fiind „obraznic şi nerespectuos", detaliind incidente în care a fost înjurată şi chiar agresată fizic de el: „poate să mă înjure cu diferite prostii, strigă la mine, chiar m-a lovit de câteva ori". Răspunsul mamei la aceste comportamente adesea escaladează tensiunea: „sunt foarte impulsivă uneori, îl lovesc sau îi spun lucruri neplăcute, mă simt foarte vinovată".

Analiza acestui comportament reciproc nociv sugerează o dinamică relaţională disfuncţională, cu elemente sadice şi masochiste, unde ambii protagonişti se rănesc reciproc fizic şi emoţional, perpetuând un ciclu de violenţă şi vinovăţie. Prezenţa unei surori mai mici (de trei ani) la fel influenţează dinamica familială, impunând mamei o presiune suplimentară de a echilibra nevoile ambilor copii, ceea ce poate intensifica stresul ei general şi reacţiile impulsive.

În timpul interacţiunilor, mama manifestă un discurs incoerent şi agitat, vorbind pe un ton ridicat şi agresiv, iar în timpul discuţiei izbucneşte frecvent în plâns. Aceasta mărturiseşte că se simte profund singură şi lipsită de suport, ceea ce reflectă o stare de izolare

emoțională și stres crescut. Starea sa de bine este vizibil afectată de situația familială precară, subliniind că „soțul este plecat peste hotare de mai mulți ani, aproximativ de 10 ani, vine foarte rar acasă, relația e destrămată, mă gândesc la divorț". Această exprimare îndurerată și ostilă evidențiază nivelul de conflict intern și frustrare pe care îl experimentează. Absența soțului și posibilitatea unui divorț adaugă straturi suplimentare de complexitate la situația deja tensionată, amplificând stresul maternal care, la rândul său, poate exacerba comportamentele negative ale copilului.

În timpul consultului inițial băiatul a prezentat anxietate semnificativă, exprimând temeri specifice: „Am crezut că dacă mama mă va aduce aici la voi, mă veți lega și îndopa cu pastile". Această frică, des întâlnită în rândul copiilor expuși pentru prima dată unui context terapeutic, a fost abordată cu empatie și reasigurare, facilitând o schimbare pozitivă în percepția copilului despre consultul psihologic: „Nu e atât de rău aici cum am crezut". Aceasta reflectă o capacitate adaptativă a copilului de a reevalua situații inițial percepute ca amenințătoare, odată ce sunt clarificate și securizate de către psiholog.

Comportamentul copilului pe parcursul ședinței a fost predominant cooperant, demonstrând eforturi de a se conforma normelor sociale ale politeții și agreabilității. Cu toate acestea, expresia sa facială a rămas predominant tristă și reticentă, indicând o suferință internă ce depășește capacitatea sa de a comunica verbal. Răspunsurile sale concise la întrebări sugerează o posibilă reținere în exprimarea completă a trăirilor sau o dificultate în identificarea și verbalizarea emoțiilor complexe.

Discuțiile ulterioare au relevat aspecte critice ale dinamicii familiale. Deși băiatul exprimă dorința de reunire cu tatăl său, descrie o realitate familială tensionată și chiar violentă în prezența acestuia. Relatează: „Când tatăl este acasă lucrurile nu stau foarte bine, sunt multe momente când acesta este violent cu mine". Indică prezența

tatălui ca fiind o sursă majoră de stres și frică. Sentimentele ambivalente față de tatăl său, combinând dorința de apropiere cu teama de agresiune, sugerează un conflict intern profund, care poate contribui la dificultățile comportamentale observate.

Descoperirile obținute în urma interviului cu mama dezvăluie un trecut marcat de dificultăți și traume semnificative. Ea își descrie copilăria ca fiind profund afectată de abuz și neglijență, mărturisind: „eram un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe". Amintirile despre relația cu părinții sunt în mod particular dureroase, descriind o mamă rece și distantă – „nu-mi amintesc ca aceasta să mă fi îmbrățișat, alintat, era cam rece și distantă" – și un tată abuziv – „era un nimeni, în fiecare seară venea beat și o bătea pe mama, ne teroriza pe toți". Aceste experiențe au culminat într-o percepție globală negativă asupra copilăriei și căsniciei ei, indicând că niciuna dintre aceste etape nu a oferit un refugiu sau o sursă de confort și stabilitate – „nu m-am simțit bine nici în copilărie, nici în căsnicie". Lipsa persistentă de suport emoțional în relațiile sale timpurii și actuale sugerează o căutare continuă și nesatisfăcută de validare și afecțiune, accentuând astfel trăsăturile de narcisism vulnerabil.

Prevalența narcisismului vulnerabil în structura psihică a mamei poate influența profund modul în care aceasta interacționează cu fiul său, contribuind la o dinamică familială în care propriile nevoi emoționale nesatisfăcute ale mamei se ciocnesc cu nevoile de dezvoltare ale copilului. Acest fapt poate, de asemenea, să amplifice sentimentele de vinovăție și autoblamare ale mamei, atunci când aceasta nu reușește să răspundă adecvat nevoilor copilului său, ceea ce poate intensifica starea ei depresivă.

În timpul sarcinii mama s-a confruntat cu provocări emoționale semnificative, exacerbate de absența soțului: „Am avut o sarcină foarte grea, din punct de vedere emoțional. Ca de obicei, soțul era plecat și numai la asta mă gândeam". Singurătatea și izolarea resimțite în această perioadă critică au fost profund influențate de lipsa sprijinului partenerial,

ceea ce a amplificat sentimentul de abandon și neajutorare. Așteptările ei față de copilul nenăscut erau încărcate de speranța compensatorie că „acest copil îmi va suplini singurătatea", o așteptare care putea pune o greutate emoțională semnificativă pe umerii unui copil.

Dorința ca fiul „să semene cu mine, să fie la fel de fidel" reflectă nu doar o aspirație pentru o trăsătură specifică, ci și o proiecție a nevoilor nesatisfăcute ale mamei pe fiul său. Aceasta poate fi văzută ca o extensie a narcisismului vulnerabil, în care mama își așteaptă ca fiul să compenseze pentru lipsurile și neîmplinirile din relația sa de cuplu. Acest tip de așteptare poate conduce la o relație în care copilul se simte responsabil emoțional pentru starea de bine a mamei, ceea ce poate fi o povară prea grea pentru un copil.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

Proiecția predominantă a mamei. Mama proiectează pe copil figura tatălui autoritar – posibil reflectând propriul tată sau soțul absent – și propria imagine ca mamă deprimată. Aceste proiecții sunt profund înrădăcinate în propriile sale experiențe din copilărie și în relația actuală cu soțul ei, care este frecvent absent și de care se gândește să divorțeze.

Contraidentificarea mamei. Mama pare să se contraidentifice cu imaginea copilului abandonat și traumatizat, o imagine care reflectă propriile sale experiențe dureroase din copilărie. Prin descrierea sa ca „un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe", mama își exprimă identificarea continuă cu rolul de victimă – un rol pe care, în mod inconștient, îl reactualizează în relația cu propriul fiu și soț. Această contraidentificare nu doar că reiterează scenariul traumei inițiale, dar îi și modelează comportamentul actual, în care se simte în mod repetat atacată și abandonată.

În cadrul relației cu băiatul, mama poate, inconștient, să încurajeze comportamente care confirmă această dinamică de victimizare. De exemplu, răspunsurile ei punitive sau critice pot fi

văzute ca provocări care testează loialitatea și atașamentul fiului, reiterând astfel ciclul de abandon și conflict pe care l-a experimentat în trecut. Această dinamică poate crea o ambivalență profundă în comportamentul lui X2, care, pe de o parte, dorește să se apropie de mama sa, iar, pe de altă parte, se simte respins și învinovățit.

Scopul proiecției. Mama folosește proiecția pentru a umple golul lăsat de absența soțului și a tatălui, ambii prezentând trăsături autoritare și punitive. Prin proiectarea acestor imagini asupra copilului, mama caută, inconștient, să recreeze și să repare relația pe care a avut-o cu propriii ei părinți. În mod paradoxal, deși intenționează să repare vechile traume, compulsia la repetiție o determină să reînvie aceste dinamici dureroase în relația cu fiul său.

Acest proces poate fi explicat prin conceptul psihanalitic de compulsie la repetiție, care sugerează că comportamentele sunt repetate în încercarea de a rezolva conflictele intrapsihice. În cazul mamei, repetarea acestor comportamente punitiv-autoritare poate fi văzută ca o încercare eșuată de a obține controlul și securitatea pe care nu le-a simțit în copilărie. Prin relația cu copilul, mama inconștient încearcă să corecteze și să vindece rănile emoționale prin repunerea în act a acestora, sperând într-un deznodământ diferit – unul care oferă vindecare și rezoluție.

Reacțiile copilului la proiecție. Copilul, afectat de imaginea bărbatului tiran proiectată de către mamă, pare să internalizeze această reprezentare, ceea ce îl face să adopte comportamente similare cu cele pe care le percepe ca fiind atribuite acestei figuri. Acest proces de identificare cu agresorul poate fi văzut ca un mecanism de apărare, unde copilul adoptă trăsăturile pe care le consideră puternice sau dominante pentru a face față sentimentelor de vulnerabilitate sau neputință. Totuși, această identificare vine cu o povară emoțională semnificativă.

Băiatul conștientizează efectul comportamentului său, exprimând regret și vinovăție: „Îmi pare foarte rău de reacțiile mele impulsive, deseori mă simt deprimat după aceste crize de furie”. Aceste cuvinte

evidențiază lupta lui internă și dorința de a schimba situația, dar și impactul negativ profund pe care îl resimte.

Exprimând o dorință de introspecție și autoîmbunătățire, spune: „Doresc foarte mult să-mi înțeleg emoțiile și să le controlez". Acest lucru indică o capacitate de introspecție și dorința de schimbare, semne pozitive care arată că nu este complet antrenat în dinamica disfuncțională în care este prins.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. X2 experimentează fluctuații intense între furie și depresie. În momentele de furie el exprimă o pierdere a controlului personal, spunând „parcă nu sunt eu, nu mă pot controla". Aceasta sugerează că, în aceste episoade, X2 se simte disociat de sine, ca și cum comportamentul său ar fi dictat de forțe din afara controlului său. După aceste explozii, sentimentele de vinovăție și depresie preiau controlul și el recunoaște că îi pare foarte rău de reacțiile sale impulsive, ceea ce reflectă regretul și dorința lui de reconciliere, chiar și în contextul în care mama refuză să-l ierte.

Dinamica relației cu tatăl său contribuie semnificativ la comportamentul lui. Copilul descrie teama și ambivalența pe care le resimte față de tatăl său, afirmând că „deși ambii părinți sunt duri cu mine, cel mai mult mă tem de tata, de mama nu prea". Această frică este intensificată de întoarcerile ocazionale ale tatălui, despre care X2 spune: „Când tatăl este acasă lucrurile nu stau foarte bine, sunt multe momente când acesta este violent cu mine". Aceste declarații arată clar conflictul său intern: deși își dorește relația cu tatăl său, prezența acestuia este o sursă majoră de stres și frică.

Pretransferul părinților. Mama manifestă un transfer negativ în cadrul ședințelor, ceea ce indică atitudinile și emoțiile ei preconcepute față de bărbați și, posibil, față de autoritate în general. Afirmațiile sale, precum „toți bărbații sunt niște nenorociți", reflectă un resentiment profund, care ar putea fi legat de experiențele sale negative anterioare cu bărbații, inclusiv cu tatăl și soțul.

Pretransferul copilului. Deși inițial copilul a arătat anxietate, reflectând o neîncredere generală sau o îngrijorare față de nou și necunoscut – „Am crezut că dacă mama mă va aduce aici la voi, mă veți lega și îndopa cu pastile”, răspunsul său ulterior indică o capacitate notabilă de adaptare și de construire a încrederii. Această schimbare rapidă în atitudinea față de cadru și față de psiholog arată un transfer pozitiv semnificativ, unde X2 a început să vadă psihologul ca pe un aliat sigur și sprijinitor, nu ca pe o amenințare.

Contraatitudinea psihologului. Psihologul a răspuns pozitiv la transferul pozitiv al lui X2, ceea ce este fundamental în construirea unei relații terapeutice eficace. Această reacție pozitivă poate include validarea sentimentelor copilului, oferirea unui spațiu sigur pentru exprimare și încurajarea sa de a explora și înțelege propriile comportamente și emoții. Prin stabilirea unei relații de încredere și sprijin, psihologul facilitează un mediu în care X2 poate începe să lucreze asupra problemelor sale într-un mod constructiv.

Reacția negativă a psihologului la transferul negativ manifestat de mamă poate indica dificultăți în gestionarea rezistenței mamei și a comportamentului său non-colaborativ. Dacă mama refuză să respecte cadrul terapeutic și se arată rezervată în implicarea în ședințe, aceasta poate crea tensiuni și poate împiedica progresul terapeutic. Este esențial ca psihologul să abordeze aceste provocări cu profesionalism și să se străduiască să înțeleagă motivele din spatele comportamentului mamei, fără a permite ca acestea să influențeze negativ calitatea îngrijirii oferite.

3. Intervenții ale psihologului

1. Stabilirea limitelor și clarificarea rolurilor

Psihologul a explicat clar că ședințele vor dura exact 45 de minute și a discutat importanța punctualității și a angajamentului în procesul terapeutic, consolidând structura necesară pentru o consiliere eficientă și oferind mamei un model de consistență și siguranță.

2. ***Educație despre mentalizare și funcția reflexivă***

Psihologul a introdus noțiuni de bază despre mentalizare, subliniind importanța recunoașterii și gestionării propriilor stări mentale și ale celor din jur.

Exemplu: Psihologul discută cu mama despre faptul cum reacțiile ei față de comportamentul copilului pot fi influențate de propriile ei experiențe neelaborate din copilărie, utilizând interpretarea viselor sau greșelile de vorbire ale mamei pentru a ilustra cum trecutul ei se reflectă în relația actuală.

3. ***Empatie și validare a suferinței***

Psihologul a adoptat o atitudine empatică, validând atât trăirile copilului, cât și ale mamei, și a oferit sprijin emoțional, recunoscând și răspunzând la durerea și frustrările lor fără a judeca.

Exemplu: În timp ce mama vorbea despre sentimentele de respingere, psihologul folosește tehnica oglindirii pentru a-i reflecta și valida emoțiile, făcând observații cum ar fi: „Pare că vă simțiți adesea neînțeleasă, așa cum probabil v-ați simțit și în alte situații când erați copil.”

4. ***Conținerea emoțională***

Conform lui W. Bion, procesul de conținere se referă la capacitatea de a prelua stările brute ale clientului, cum ar fi anxietatea sau agresivitatea, de a le procesa și de a le returna într-o formă mai puțin toxică și mai ușor de gestionat. Aceasta implică interpretarea emoțiilor greu de tolerat într-un mod care să fie înțeles și integrat de către client.

Exemplu. Într-o sesiune în care mama devine vizibil agitată și începe să arate semne de agresivitate verbală, psihologul își asumă rolul de conținător, ascultând activ și calmând atmosfera fără a răspunde la agresivitate. După ce tensiunea scade, psihologul formulează o astfel de interpretare conținătoare: „Când vă simțiți supărată și începeți să țipați, s-ar putea să fie pentru că vă simțiți copleșită de sentimente pe care vă este greu să le exprimați altfel. Poate că este ca și cum ați avea un balon în piept care se umflă și

trebuie să-l lăsați să iasă. Haideți să vedem dacă putem găsi împreună alte moduri de a lăsa acest „balon” să se golească, fără a vă simți rău după aceea”. Această explicație ajută la mentalizarea experienței, încurajând mama să recunoască și să înțeleagă mai bine ce simte, promovând astfel o mai bună reglare emoțională în viitor.

5. ***Crearea unui spațiu terapeutic sigur pentru explorarea traumelor din copilărie***

Psihologul a oferit un mediu sigur și protejat, încurajând membrii familiei să exploreze și să discute deschis despre traumele lor din trecut, în special despre experiențele mamei în copilărie, și impactul acestora asupra prezentului.

Exemplu: Psihologul încurajează mama să vorbească despre o amintire specifică din copilăria sa care încă o tulbură, folosind interpretarea liberă pentru a ajuta la conectarea acestei amintiri cu sentimentele și comportamentele sale actuale față de copil.

6. ***Interpretarea dinamicilor familiale și a proiecțiilor***

Psihologul a interpretat modul în care proiecțiile mamei despre figura autoritară a tatălui influențează dinamica relației părinte-copil, oferind insight-uri care să ajute la deconstrucția acestor patternuri repetitive.

Exemplu: În timpul unei ședințe mama începe să discute despre comportamentul băiatului, descriindu-l ca fiind „iresponsabil și egoist” și exprimând frustrare că „nu se gândește niciodată la ceilalți”. Observând că aceste acuzații sunt foarte similare cu descrierile pe care mama le-a făcut anterior despre propriul ei tată, psihologul decide să folosească această oportunitate pentru a explora transferul. Menținând un ton calm și empatic, intervine: „Am observat că unele dintre lucrurile pe care le spuneți despre băiat sunt destul de asemănătoare cu modul în care descriați comportamentul tatălui dvs. Vă întreb: Este posibil ca unele dintre sentimentele și așteptările pe care le aveați față de tatăl dvs. să le transferați acum asupra lui? Cum credeți că aceasta ar putea influența modul în care îl percepeți și interacționați cu el?”

Această intervenție oferă mamei oportunitatea de a reflecta asupra posibilității că propriile ei neîmpliniri și frustrări legate de relația cu tatăl ei pot fi proiectate inconștient asupra fiului, influențându-i negativ percepția și reacțiile față de comportamentul acestuia. Prin încurajarea mamei să examineze aceste legături psihologul o ajută să devină mai conștientă de propriile proiecții și să recunoască modul în care acestea ar putea distorsiona relația cu fiul ei.

7. Lucrul cu rezistențele

Analiza și interpretarea rezistențelor mamei au avut scopul de a înțelege motivele refuzurilor și dificultăților ei în a colabora în consiliere, încercând să deschidă calea către acceptare și schimbare.

Exemplu: Psihologul observă că mama evită anumite subiecte și folosește această observație ca punct de plecare pentru a explora anxietățile și temerile care stau la baza acestei rezistențe, folosind interpretarea rezistenței în consiliere pentru a adânci înțelegerea dinamicii interioare a mamei.

8. Promovarea curiozității și a înțelegerii reciproce

Psihologul a încurajat mama să manifeste curiozitate în raport cu experiențele copilului și a facilitat momente în care au putut reflecta la propriile stări mentale și la impactul acestora asupra copilului.

Exemplu: În timpul unei ședințe, discuția a derivat către un incident recent la școală unde băiatul a avut un comportament necorespunzător; mama își exprimă frustrarea și dezamăgirea față de comportamentul acestuia, spunând că „întotdeauna face asta când vreau să fie liniștit și să nu-mi facă probleme.”

Observând oportunitatea de a aprofunda înțelegerea mamei despre experiențele interne ale băiatului, psihologul intervine cu o întrebare: „Când se comportă așa, v-ați gândit la ceea ce ar putea să îl facă să reacționeze în acest mod? Ce credeți că simte el în acele momente? Să explorăm împreună. Poate că, în momentele în care se comportă astfel, el încearcă să comunice ceva prin comportamentul său.”

9. Intervenții în momentul interacțiunilor tensionate

Întreruperea interacțiunilor non-mentalizate și explicarea impactului emoțional al acestor momente au ajutat la creșterea conștientizării și la ajustarea comportamentelor în timp real.

Exemplu: Când o discuție escaladează într-un conflict, psihologul intervine și îi invită pe amândoi să reflecteze la ceea ce simte fiecare în acel moment, pentru a le permite să exploreze și să înțeleagă impactul reciproc al emoțiilor și comportamentelor.

4. Evoluția cazului

În cazul de față, scenariul narcisic parental este predominant modelat prin proiecția asupra copilului a unei imagini autoritare și deprimante. Mama se identifică cu un copil abandonat, traumatizat și neiubit, ceea ce îi permite să-și perpetueze propria imagine de victimă, în timp ce devalorizează reprezentările parentale și își evacuează sentimentele de culpabilitate. Această dinamică o împiedică pe mamă să se confrunte cu propriile conflicte nerezolvate din copilărie și să le proceseze adecvat. Totodată, aceste proiecții o ajută să deplaseze asupra copilului sentimentele de furie față de soț. Ca rezultat, copilul se simte neînțeles și abandonat, reflectând stările pe care mama însăși le-a experimentat. Prin urmare, copilul este învestit cu propria ei imagine de copil abandonat și neînțeles.

Tabelul 2. Rezultatele la teste pre-intervenție și post-intervenție

Instrumente de psihodiagnostic aplicate mamei	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
Inventarul narcisismului patologic (PNI)	Valori ridicate la dimensiunea „furie narcisică” (scor – 3,2); Valori moderate la dimensiunile „stimă de sine instabilă”	Valori moderate la dimensiunea „furie narcisică” (scor – 2,3); Valori scăzute la dimensiunile „stima de sine instabilă”

	(scor – 1,5), „devalorizare” (scor – 2,14)	(scor – 1), „devalorizare” (scor – 0,3)
Chestionarul privind funcționarea reflexivă la părinți (PRFQ)	Valori ridicate la scala „Certitudine cu privire la stările mentale” (scor – 7)	Valori scăzute la scala „Certitudine cu privire la stările mentale” (scor – 5,33)
Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg	Nivel scăzut al stimei de sine (scor – 16)	Nivel moderat al stimei de sine (scor – 18)
Instrumente de psihodiagnostic aplicate copilului	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
RCADS 47* – *Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel ridicat de depresie (scor – 70)	Nivel scăzut de depresie (scor – 63)
Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ)	Valori ridicate la factorul D (indiferență *vs.* excitabilitate) (scor – 8); Valori ridicate la factorul O (încredere *vs.* tendința spre culpabilitate) (scor – 8); Valori ridicate la factorul Q_4 (tendința ergică slabă *vs.* tendință ergică ridicată) (scor – 9)	Valori moderate la factorul D (indiferență *vs.* excitabilitate) (scor – 6); Valori scăzute la factorul O (încredere *vs.* tendința spre culpabilitate) (scor – 4); Valori moderate la factorul Q_4 (încredere *vs.* tendința spre culpabilitate) (scor –5)

Evoluția mamei

- ***Inventarul narcisismului patologic (PNI):***

Pre-intervenție: valorile moderate și ridicate la dimensiunile „stimă de sine instabilă", „devalorizare", „furie narcisică" indică o luptă cu vulnerabilitățile narcisice, inclusiv tendința de a manipula, o stimă de sine fluctuantă și o tendință spre reacții de furie în raport cu criticile sau eșecurile.

Post-intervenție: scăderea semnificativă la dimensiunile „devalorizare" și „stima de sine instabilă" sugerează îmbunătățirea capacității de a forma relații mai sănătoase și mai stabile și o stabilizare a imaginii de sine. Diminuarea „furiei narcisice" indică o toleranță crescută la frustrări și o gestionare mai bună a furiei.

- ***Chestionarul privind funcționarea reflexivă la părinți (PRFQ)***

Pre-intervenție: valorile ridicate la scala „Certitudine cu privire la stările mentale" arată o încredere exagerată în capacitatea de a înțelege și anticipa stările mentale, ceea ce poate reflecta dificultăți în a recunoaște complexitatea și ambiguitatea emoțiilor proprii și ale altora.

Post-intervenție: scăderea scorurilor la această variabilă indică o abordare mai nuanțată și mai deschisă către incertitudinea și complexitatea stărilor mentale, un indicator al creșterii reflexivității și empatiei.

- ***Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg***

Pre-intervenție: nivel scăzut al stimei de sine.

Post-intervenție: creșterea la un nivel moderat arată o îmbunătățire a autoevaluării și o reducere a autodevalorizării.

Evoluția copilului

- ***RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii***

Pre-intervenție: nivel ridicat de depresie.

Post-intervenție: scăderea semnificativă indică un efect pozitiv al intervenției asupra stării sale emoționale și o reducere a simptomelor depresive.

- ***Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ)***

Pre-intervenție: valori ridicate la factorii D, O și Q4.

Post-intervenție: valorile moderate la factorul D indică o îmbunătățire a stabilității emoționale. Scăderea valorilor la factorii O și Q4 sugerează o reducere a tensiunii și o abordare mai echilibrată a experiențelor noi.

În urma intervenției de consiliere psihologică, părintele a reușit să-și gestioneze mai bine aspectele narcisice patologice, dar constatăm totuși că dimensiunea „furie narcisică" s-a redus de la un nivel ridicat la un nivel moderat. La etapa de încheiere a consilierii, mama continuă uneori să simtă stări de agresivitate în raport cu copilul, dar deja nu mai recurge la atacuri fizice sau verbale. A fost stabilită o creștere a capacității de mentalizare, iar acest aspect presupune că mai rar pune în act trăiri negative și preferă să adopte modele funcționale de interacțiune cu copilul. De asemenea, a crescut stima de sine, a obținut o mai mare încredere în rolul său de părinte. Constatăm că, împreună cu îmbunătățirea funcționării mentale a mamei, s-a diminuat la copil nivelul de depresie și s-au stabilizat comportamentele adaptative și funcționale.

Rezultatele obținute oferă dovezi ale progresului în ceea ce privește atât stabilizarea stării emoționale a copilului, cât și ameliorarea trăsăturilor de personalitate narcisice și a funcționării reflexive a mamei. Acest progres indică eficacitatea intervențiilor psihologice și subliniază importanța continuării sprijinului pentru a consolida aceste rezultate și a preveni recidivele.

3.4. Studiu de caz nr. 3

Subiect: X_3
Fată, 9 ani

1. Interviul preliminar

O mamă a solicitat consult psihologic pentru fiica ei de 9 ani, drept cauză invocând timiditatea marcantă a acesteia, lipsa de prieteni

și o anxietate de separare accentuată. Mama descrie comportamentul fiicei: „Este foarte fricoasă și speriată. La școală este timidă, nu are prieteni. Este foarte atașată de mine”. Această descriere sugerează o dificultate a fetiței de a se simți în siguranță și confortabilă în absența unei prezențe constante a mamei, ceea ce afectează capacitatea ei de a interacționa cu alți copii și de a funcționa independent.

Mama relatează că adoptă un stil parental „foarte protectiv”, exprimându-și preocupările constante pentru siguranța fiicei: „Îmi fac griji să nu pățească ceva rău”. Această atitudine, deși bine intenționată, poate contribui la creșterea anxietății de separare. Faptul că fiica nu poate dormi singură și are dificultăți în luarea deciziilor în absența mamei sunt simptome care indică o insecuritate profundă și o lipsă de autonomie.

Este unicul copil, ambii părinți sunt prezenți. Cu toate acestea, tatăl se abține de la implicarea activă în educația copilului. Pasivitatea tatălui contribuie la o atmosferă tensionată și distanțată în relațiile familiale. Interacțiunile dintre soț și soție sunt marcate de o lipsă de comunicare, iar relația dintre tată și copil este superficială și lipsită de apropiere.

În timpul consultului fata manifestă un comportament evitant față de psiholog, refuzând să participe activ la discuție. Acest tip de comportament poate fi interpretat ca un mecanism de apărare în fața anxietății pe care o simte în situații noi sau stresante și poate fi, de asemenea, o reflexie a dinamicii familiale. În schimb, mama este foarte deschisă în discuțiile cu psihologul, împărtășind despre stările ei depresive, în special în perioada postnatală, caracterizate de gânduri disfuncționale: „Aveam diferite gânduri urâte, credeam că o să înnebunesc, nu o să mă pot controla și o să-mi fac mie ceva rău sau fetiței”. Această mărturisire indică o posibilă depresie postnatală severă care, dacă nu a fost tratată adecvat, poate avea repercusiuni pe termen lung atât pentru mamă, cât și pentru copil.

Mama reflectează asupra perioadei sarcinii ca fiind cea mai fericită perioadă din viața sa, plină de „amintiri plăcute” și cu o investiție emoțională profundă în copil, văzându-l ca pe o soluție la

singurătatea ei: „Știam că o să depun totul în acest copil. Știam că niciodată nu o să mă mai simt singură”. Această declarație subliniază o investiție narcisică semnificativă în copil, care poate pune o presiune enormă pe acesta să îndeplinească nevoile emoționale ale mamei.

Mama își descrie copilăria ca fiind profund afectată de pierderea timpurie a tatălui și de relația distantă cu mama ei. Decesul tatălui când avea doar 3 ani – „tata a decedat de cancer când eu aveam 3 ani, nu îmi amintesc nimic despre el” – a lăsat un gol semnificativ, iar lipsa discuțiilor despre el a împiedicat formarea oricărei imagini sau legături postume.

Mai mult, femeia caracterizează relația cu propria mamă ca fiind rece și neglijentă: „Era indiferentă, nu prea își dădea interes despre cum mă simțeam, nu se preocupa de mine”. Indiferența și lipsa de conectare emoțională au accentuat sentimentele de izolare: „mă simțeam singură și fără prieteni” și a creat un vid emoțional care pare să se reflecte în dorința ei de a fi văzută și să impresioneze, indicând o posibilă luptă pentru validare și atenție.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a simptomelor nevrotice la copil

Proiecția predominantă a mamei. Mama, având o copilărie caracterizată de singurătate și o relație parentală distantă, pare să proiecteze imaginea copilului singur. Acest fenomen de proiecție implică transferul inconștient al propriilor sentimente, dorințe sau frici asupra copilului, influențând modul în care mama interpretează și răspunde comportamentelor copilului.

Contraidentificarea mamei. Mama se identifică cu o imagine idealizată, „mamă perfectă”, ca reacție la propria experiență de neglijare și absență a unei figuri materne suportive în copilărie. Aceasta își formează stilul parental ca un contrast direct față de propria mamă, încercând să compenseze prin comportamente hiperprotective.

Scopul proiecției. Mama încearcă inconștient să repare daunele aduse propriei imagini de sine în copilărie prin crearea unei identități

de mamă ideală, care este extrem de protectoare și omniprezentă. Acest comportament este un răspuns la propriile experiențe de neglijare și indiferență pe care le-a trăit din partea mamei sale. Prin fiica sa își poate trăi o copilărie reînnoită și reparată, în care nevoile ei nesatisfăcute de atenție și afecțiune sunt împlinite.

În mod inconștient, mama dorește să devină opusul propriei mame. Acest lucru o motivează să adopte un stil parental hiperprotectiv, ea străduindu-se să ofere tot ceea ce ea însăși a simțit că i-a lipsit, încercând să asigure că fiica ei nu va trece prin aceleași experiențe de neglijare.

Reacțiile copilului la proiecție. Copilul să identifică cu rolul de „copil vulnerabil" proiectat de mamă, internalizând această imagine ca parte a identității sale. Acest lucru poate limita explorarea comportamentelor independente și încercările de a dezvolta relații sociale dincolo de relația cu mama. Pentru a menține apropierea de mamă și pentru a evita respingerea, poate adopta comportamente care confirmă viziunea mamei despre vulnerabilitatea și dependența ei.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. Copilul prezintă o anxietate pronunțată la gândul separării de mama sa, ceea ce se manifestă prin incapacitatea de a interacționa în mod independent cu alți copii sau de a rămâne singur. Aceasta indică o posibilă tulburare de anxietate de separare, caracterizată prin teamă excesivă și inadecvată de a fi despărțită de mamă.

Pretransferul părinților. Mama a dezvoltat un transfer pozitiv față de psiholog, ceea ce a facilitat progresul în ședințele de consiliere psihologică.

Pretransferul copilului. Fetița a manifestat un transfer negativ față de psiholog, caracterizat prin comportamente de evitare.

Contraatitudinea psihologului. Psihologul dezvoltă un contratransfer pozitiv față de mamă și fetiță, reacționând cu empatie față de anxietatea de separare a acestora.

3. Intervențiile psihologului

1. ***Stabilirea cadrului și a limitelor***

La început se stabilesc reguli clare cu referire la durata și frecvența ședințelor pentru a crea un mediu predictibil și sigur, esențial pentru consilierea eficientă.

Exemplu: „Pentru a ne asigura că avem suficient timp să lucrăm împreună fără a ne simți grăbiți, vom avea întâlniri săptămânale de 45 de minute; este important să începem și să terminăm la timp pentru a menține structura și consistența ședințelor".

2. ***Psihoeducație cu privire la mentalizare și importanța funcției reflexive***

Educația mamei despre cum să recunoască și să răspundă la stările mentale proprii și ale copilului pentru a îmbunătăți înțelegerea și comunicarea. De asemenea, a fost important de a încuraja mama să fie interesată de gândurile și sentimentele fiicei, ajutând-o să dezvolte o atitudine empatică și înțelegere.

Exemplu: „Să ne gândim la un moment recent când fetița dvs. a fost supărată. Cum ați interpretat acea situație? Ce credeți că simțea cu adevărat?"

3. ***Întreruperea interacțiunilor non-mentalizate***

S-a pus accent pe oprirea și discutarea momentelor când mama răspunde automat, fără a reflecta la stările interne ale copilului.

Exemplu: „Am observat că ați răspuns rapid când fetița a spus că nu vrea să participe la activitatea de grup. Haideți să reflectăm împreună asupra aceea ce ați simțit în acel moment și cum ați putea aborda diferit data viitoare".

4. ***Utilizarea întrebărilor ipotetice pentru clarificare și confruntare***

Înaintea interpretărilor au fost utilizate întrebările ipotetice pentru a stimula mama să gândească în termeni de posibilități și alternative.

Exemplu: „Cum credeți că s-ar simți dacă ați încerca să-i oferiți mai mult spațiu ca să facă propriile alegeri? Credeți că acest lucru ar putea să o ajute la creșterea încrederii în sine?”

5. ***Validarea experienței mamei înainte de oferirea unor perspective alternative***

A fost importantă recunoașterea experiențelor și sentimentelor mamei, oferindu-i în același timp noi modalități de a gândi și de a acționa.

Exemplu: „Presupun că este dificil să nu vă îngrijorați pentru ea, având în vedere propriile dvs. experiențe din copilărie în care vă simțeați singură. Dar să explorăm cum această îngrijorare ar putea influența comportamentul ei și cum am putea să găsim împreună un echilibru.”

6. ***Interpretarea proiecției și anxietăților de separare***

Un alt moment important a constat în analiza modului în care mama își transferă, adesea inconștient, propriile sentimente, dorințe nerezolvate și așteptări pe fiica sa, văzând-o ca pe o extensie a sinelui și ca pe o cale în îndeplinirea propriilor nevoi nesatisfăcute.

Exemplu: „ Am observat că uneori vorbiți despre fiica dvs. ca și cum ați avea aceleași trăiri și temeri pe care le-ați avut dvs la vârsta ei. Cum credeți că aceasta influențează felul în care ea își percepe propriile experiențe? Cum am putea asigura ca ea să aibă suficient spațiu, ca ea să-și dezvolte propria identitate?”.

4. Evoluția cazului

În acest caz, scenariul narcisic parental s-a construit preponderent prin proiecția asupra copilului a imaginii de sine trăită ca singuratică și, în același timp, a imaginii de părinte ideal și clivat. În acest scenariu narcisic, obiectivul inconștient este de a repara și compensa o imagine de sine infantilă negativă și de a oferi o îngrijire maternă ideală, care, într-un final, eșuează și se situează în polul unui maternaj hiperprotectiv. Aceste îngrijiri materne excesive o fac pe fetiță să manifeste anxietate de separare și abandon.

Tabelul 3. Rezultatele la teste pre-intervenție și post-tintervenție

Instrumente de psihodiagnostic aplicate mamei	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
Inventarul narcisismului patologic (PNI)	Valori ridicate la scalele „autosacrificare" (scor –3,66), „ascunderea sinelui" (scor – 3,79)	Valori moderate la scalele „autosacrificare" (scor – 2,9), „ascunderea sinelui" (scor – 2,6)
Chestionarul privind funcționărea reflexivă la părinți (PRFQ)	Valori scăzute la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 3,83)	Valori moderate la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 4,5)
Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg	Stimă de sine de nivel moderat (scor – 23)	Stimă de sine de nivel moderat (scor – 26)
Instrumente de psihodiagnostic aplicate copilului	**Rezultate pre-intervenție**	**Rezultate post-intervenție**
RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel moderat de anxietate de separare (scor – 67); Nivel ridicat de fobie socială (scor – 72)	Nivel moderat de anxietate de separare (scor - 63); Nivel moderat de fobie socială (scor – 67)
Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ)	Valori moderate la factorul O (încredere *vs.* tendință spre culpabilitate) (scor – 5); Valori moderate la factorul Q4 (încredere	Valori scăzute la factorul O (încredere *vs.* tendință spre culpabilitate) (scor – 2); Valori moderate la factorul Q4 (încredere

	vs. tendința spre culpabilitate) (scor – 6)	*vs.* tendința spre culpabilitate) (scor – 4)

Evoluția mamei

- ***Inventarul narcisismului patologic (PNI):***

Pre-intervenție: valorile ridicate la scalele „autosacrificare" și „ascunderea sinelui" indică o tendință a mamei de a-și neglija propriile nevoi în favoarea supraprotejării copilului și de a-și ascunde adevăratele sentimente sau identitate pentru a se conforma imaginii de „mamă perfectă".

Post-intervenție: valorile moderate arată o îmbunătățire în recunoașterea și respectarea propriilor limite și nevoi și o mai mare autenticitate în exprimarea emoțiilor și identității.

- ***Chestionarul privind funcționarea reflexivă la părinți (PRFQ)***

Pre-intervenție: valorile scăzute la scala „Certitudine cu privire la stările mentale" pot sugera un deficit în capacitatea mamei de a înțelege și prezice stările mentale ale copilului, ceea ce poate duce la interpretări eronate și la supraprotecție.

Post-intervenție: valorile moderate indică o îmbunătățire ușoară a funcției reflexive, ceea ce poate însemna o mai bună capacitate de a tolera incertitudinea și o mai mare deschidere în explorarea stărilor mentale ale copilului fără presupuneri preconcepute.

- ***Chestionarul de măsurare a stimei de sine Rosenberg***

Pre- și post-intervenție: nivelul moderat al stimei de sine rămâne constant.

Evoluția copilului

- ***RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii***

Pre-intervenție: nivel moderat de anxietate de separare și nivel ridicat de fobie socială.

Post-intervenție: menținerea nivelului moderat de anxietate de separare și reducerea fobiei sociale la un nivel moderat, indicând progrese în gestionarea anxietăților sociale și îmbunătățirea interacțiunilor cu alții.

- ***Chestionarul de personalitate pentru copii (CPQ)***

Pre-intervenție: valori moderate la factorii O și Q4.

Post-intervenție: îmbunătățirea indicilor la factorii O și Q4 sugerează o reducere a impulsivității și a tensiunii.

Această analiză reflectă eficacitatea intervențiilor psihologice în reducerea trăsăturilor de narcisism matern, în îmbunătățirea funcționării reflexive a mamei și în sprijinirea copilului în dezvoltarea unei mai mari independențe și securități în relațiile sociale.

Concluzii

Constatăm că studiile de caz prezentate relevă eficiența programului de intervenție, oferind o perspectivă aprofundată asupra modului în care aspectele narcisice parentale influențează stările nevrotice ale copiilor. Analiza detaliată a cazurilor a demonstrat o îmbunătățire a stării psihoemoționale a copiilor, odată cu progresul mamelor în conștientizarea și gestionarea vulnerabilităților lor narcisice. Această metodă a permis nu doar validarea intervenției, ci și personalizarea ei conform specificului fiecărei relații părinte-copil, crescând astfel eficiența generală a demersului terapeutic.

Analiza comparativă a datelor colectate înainte și după intervenție indică îmbunătățiri semnificative în diminuarea dimensiunilor narcisice și în creșterea capacității de mentalizare a mamelor, precum și în reducerea stărilor nevrotice la copii. În rândul mamelor s-a înregistrat o scădere semnificativă la dimensiunile: exploatare**,** autosacrificare, fantezii grandioase, stimă de sine instabilă, ascunderea sinelui, devalorizare și furie narcisică. Creșterea semnificativă a stimei de sine

și a capacității de mentalizare reflectă o îmbunătățire a funcției reflexive, a autopercepției și a coeziunii imaginii de sine. La copii s-a atestat o reducere semnificativă a anxietății de separare, anxietății generalizate, anxietății sociale și a depresiei.

Intervenția a subliniat importanța utilizării tehnicilor psihanalitice într-o manieră flexibilă, adaptată la particularitățile fiecărei diade părinte-copil, ceea ce a permis identificarea și reducerea rezistențelor parentale, respectiv a asigurat intervenția eficientă asupra dinamicilor narcisice. Crearea unei alianțe terapeutice solide a facilitat accesul la materialul inconștient al mamelor și al copiilor, conducând la o deschidere mai mare către procesul de introspecție și autoanaliză, această alianță dovedindu-se esențială în menținerea unei continuități și aderențe la programul formativ.

Cercetarea relevă că modificările în dinamica narcisică a relației părinte-copil au un impact direct și semnificativ asupra sănătății psihologice a copilului. Intervențiile descrise și evaluate în acest compartiment oferă o perspectivă clară și practică pentru realizarea acestor schimbări, prin aplicarea unei serii de tehnici psihanalitice adaptate la complexitatea fiecărui caz individual. Această abordare nu doar că reduce dimensiunile narcisice la mame și diminuează stările nevrotice la copil, dar și sprijină dezvoltarea unui sine mai integrat și autonom atât pentru copil, cât și pentru părinte. Rezultatele indică faptul că modelul de intervenție propus are un potențial semnificativ pentru abordarea contextului familial cu disfuncționalitate narcisică, însă necesită o personalizare continuă și monitorizare atentă pentru a maximiza efectele pe termen lung.

Activități de învățare:

1. *Argumentați necesitatea interviului preliminar în cazul unui studiu de caz.*
2. *Comparați cele trei studii prezentate sub aspect simptomatologic și rezultate.*

3. *Comparați cele trei studii prezentate sub aspectul mecanismelor de apărare și al dinamicii procesului de consiliere.*
4. *Estimați propriile competențe de elaborare a unui studiu de caz psihanalitic.*
5. *Identificați cele mai dificile aspecte în realizarea unui studiu de caz psihanalitic, pornind de la competențele proprii.*

Sarcină pentru lucrul individual:

- Citiți lucrarea lui Sigmund Freud *Fragment dintr-o analiză de isterie* (1905).
- Analizați prezentarea cazului clinic în această lucrare, evidențiind următoarele aspecte:
  - simptomatologia;
  - transferul și contratransferul;
  - interpretările analistului – cum sunt formulate și când sunt verbalizate;
  - descrierea etapelor în prezentarea cazului;
  - conceptualizările asupra materialului clinic.

BIBLIOGRAFIE:

1. FREUD, S. (1905/2001). Fragment dintr-o analiză de isterie. În: FREUD, S. *Inhibiție, simptom, angoasă*. București: Trei, pp. 75-166. ISBN 973-9419-97-6.
2. MANZANO, J., ESPASA, F., ZILKHA, N. (1999/2002). *Scenariile narcisice ale parentalității*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-85683-1-5.
3. BOLEA, Z., CAȘCAVAL, I. (2020). Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare. În: *Studia Universitas Moldaviae*, nr. 5 (135), pp. 129-133. ISSN 1857-2103.

17. CASTILLO, M-C., Tehnicile consultației. În: IONESCU, Ș., BLANCHET, A. (coord.), (2006/2009). *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*. București: Trei, pp. 235-237. ISBN 978-973-707-251-1.

4. CAȘCAVAL, I. (2021). Perspective psihanalitice asupra narcisismului parental. În: *Metodologii contemporane de cercetare și evaluare: Științe Sociale și ale Educației*. Chișinău: CEP USM, pp. 54-58. ISBN 978-9975-159-16-6. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/54-58_41.pdf
5. CAȘCAVAL, I. (2019). Specificul imaginii de sine la mamele ai căror copii suferă de simptomatologie nevrotică. În: *Integrare prin cercetare si inovare: Științe sociale.* Chișinău: CEP USM, pp. 204-207. ISBN: 978-9975-149-50-1. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/204-207_7.pdf
6. FONAGY, P., LUYTEN, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. In: *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–81. doi:10.1017/S0954579409990198

IV. Studiu de caz: transmiterea transgenerațională a traumatismului

Unități de învățare:

4.1. Cadrul conceptual și metodologic al studiului de caz
4.2. Studiu de caz

Abilități:

- descrie dinamica intervenției psihoterapeutice;
- identifică factorii etiologici în cazul problematicii abordate;
- analizează aspectele conceptuale ale studiului de caz;
- analizează aspectele tehnice ale studiului de caz.

Cuvinte-cheie: *transmitere transgenerațională, traumatism, filiație, transfer, contratransfer, repetiție, mandat transgenerațional*.

4.1. Candrul conceptual și metodologic al studiului de caz

Studiul de caz prezentat este elaborat în baza materialului obținut în urma unei psihoterapii psihanalitice, cu o durată de 3 ani, cu o frecvență de 2 ședințe pe săptămână. Parcursul de lucru nu a vizat proceduri standardizate în vederea evaluării psihologice a pacientului (de exemplu, pretestare și posttestare ca în cazurile prezentate în compartimentul precedent). În acest sens, evaluarea dinamicii pacientului a fost realizată într-o manieră implicită pe parcursul psihoterapiei. Acest studiu de caz scoate în evidență specificul terapiei psihanalitice de lungă durată.

Teoria psihanalitică pornește de la asumpția unei topologii specifice a psihicului, care presupune, conform primei topici freudiene, existența a trei „zone”/niveluri de funcționare psihică: conștient, preconștient, inconștient. Astfel, dezvoltarea aparatului

psihic și a personalității implică o biografie care se înscrie în aceste trei zone, evenimentele externe și interne, corespondente realității factuale și realității fantasmatice ale individului, înscriindu-se și ele pe aceste trei niveluri de funcționare, în funcție de diferiți factori. Iată de ce analistul ascultă discursul pacientului întotdeauna printr-o atenție flotantă – termen și procedură psihanalitică preluată și în metodologia de cercetare a științelor sociale. În concordanță cu metoda asocierii libere, subiectul este invitat să-și relateze ideile într-o manieră liberă – să vorbească pornind de la problematica sa într-o manieră asociativă, fără a privilegia ceva anume. Respectiv, analistul va asculta întotdeauna un discurs manifest și un discurs latent. Discursul manifest se referă la narațiunea expusă în mod conștient. Discursul latent ține de impresia contratransferențială a analistului, de stările afective asociate discursului (prezența, absența, intensitatea afectului), de tăcerile inserate în discurs, de frecvența abordării anumitor subiecte ș.a.

În acest studiu de caz sunt respectate rigorile contemporane generale privind realizarea unui studiu de caz psihanalitic, și anume:

1) inserarea materialului clinic într-un cadru teoretic în baza sintezei și analizei literaturii de specialitate;
2) conceptualizarea rezultatelor obținute;
3) formularea concluziilor.

Clarificări teoretice

Studiul de caz și vinietele clinice prezentate în continuare sunt analizate din perspectiva conceptelor psihanalitice elaborate în cadrul unor proiecte de cercetare a traumelor istorice sau relevante pentru înțelegerea traumelor istorice: conceptul „mandat transgenerațional" (Lebovici, 1998), conceptul „telescopaj al generațiilor" (Faimberg, 1993), conceptele „transmiterea radioactivă" și „identificarea radioactivă" (Gampel, 2003), conceptul „contract narcisic" (P. Aulagnier, 1976), conceptele „Sine fals" și „Sine autentic" (Winnicott, 1978).

Elaborarea și expunerea studiului de caz implică următoarele obiective:

1) ilustrarea felului în care are loc transmiterea intergenerațională și transgenerațională a traumatismului;
2) prezentarea și analiza dinamicii elaborării traumatismului în contextul unui demers psihanalitic;
3) ilustrarea continuității și similarității tematicilor identificate ca urmare a analizei de conținut a mărturiilor de istorie orală și a analizei de conținut a cazului clinic.

4.2. Studiu de caz

Istoricul cazului

Acuzele. În studiul de caz prezentat, descrierea va fi axată în special pe aspectele legate de trecutul familial marcat de deportarea și decesul bunicului matern al unui pacient de 55 de ani, care a solicitat terapie psihanalitică pentru probleme legate de stări depresive pasagere, atacuri de panică, stare de insatisfacție generală privind toată paleta activităților sale profesionale și sociale, dificultăți importante în relația cu mama.

Cadrul de lucru. Terapia de orientare psihanalitică a avut loc cu o frecvență de două ședințe pe săptămână și a durat trei ani, demersul terapeutic desfășurându-se într-un format de psihoterapie psihanalitică. Psihoterapia psihanalitică presupune o formă de lucru care implică condiții fizice, implicit psihice, diferite de cele ale unei cure psihanalitice. În psihoterapia psihanalitică beneficiarul este așezat în fotoliu, respectiv se lucrează față în față. La fel, frecvența ședințelor poate varia de la una la trei ședințe pe săptămână. Optarea pentru o formă sau alta de lucru – psihoterapie sau cură psihanalitică – se face în funcție de anumite condiții psihice ale pacientului: starea psihică la acel moment, capacitatea de asociere liberă, mecanismele de apărare prevalente, calitatea discursului, calitatea mentalizării ș.a.

În cazul acestui beneficiar s-a optat pentru o psihoterapie psihanalitică, dat fiind faptul că beneficiarul nu era familiarizat cu ceea ce ar însemna o cură psihanalitică, avea capacități reduse de asociere liberă, respectiv un discurs cu suficiente zone operatorii, acces insuficient la materialul fantasmatic-reprezentativ, capacități medii de mentalizare.

***Dinamica travaliului psihoterapeutic*.** Primul an din terapie a fost marcat de preocuparea pacientului de simptomatica sa și de specificul comunicării cu persoanele semnificative. Sub aspect defensiv, a predominat clivajul – idealizarea tatălui și devalorizarea mamei, soției și a surorilor, somatizarea și tendința de a controla procesul terapeutic. Sub aspect afectiv, această perioadă a fost caracterizată de un discurs în mare parte dezafectat, pacientul încercând să controleze stările afective. Afectele se manifestau într-o formă deghizată, prin somatizări sau prin atacuri de panică. În rare cazuri au fost prezente stări emoționale mai puțin controlate din partea pacientului, care erau legate de neliniști privind viața actuală, asociate periodic cu evenimente din trecutul familiei povestite de mama pacientului. În mod special, câteva dintre ședințele pline de emoție erau legate de povestirile mamei privind condițiile de arestare a bunicului. Detaliile arestării bunicului erau trecute prin trăirile mamei (atunci la vârsta de șase ani), însoțite de stări de angoasă ce puteau fi resimțite și de terapeut. Începând cu al doilea an de psihoterapie s-a diminuat controlul pacientului asupra procesului terapiei și asupra discursului. Discursul pacientului a devenit mai asociativ, cu inserții ipotetice asupra legăturii dintre anumite evenimente din viață și simptomatica psihică și fizică actuală. Odată cu schimbarea calității discursului, implicit îmbunătățirea capacității de mentalizare, în discursul pacientului s-a conturat mai bine istoria pacientului și istoria familiei.

Date biografice. Pacientul este primul născut dintr-o familie de intelectuali, cu trei copii, având două surori mai mici. Familia sa de origine este una funcțională, cu un statut social și profesional bun, pacientul relatând că a crescut într-un mediu familial potrivit – nu au

existat perioade critice sau traumatice în funcționarea și în istoricul familiei sale. Pacientul a făcut studii de calitate – generale și superioare.

Tematici reperate în materialul clinic

Istoricul deportărilor. Bunicul său pe linie maternă a fost deportat și omorât în Gulag. În copilăria și adolescența pacientului, în rarele amintiri despre aceste evenimente, mama pacientului menționa asemănarea fizică a pacientului cu bunicul. De aici, presupunerea pacientului că atitudinea mamei față de el era legată de această asemănare/asociere și că această atitudine se concretiza într-o respingere pe care pacientul o simțea periodic din partea mamei, atenționând că surorile sale beneficiau de o altă atitudine din partea acesteia – apropiere, tandrețe, căldură etc. Elaborările ulterioare au permis realizarea, pe de o parte, a aspectelor traumatice, iar, pe de altă parte, a celor legate de apropierea dintre mama pacientului și tatăl ei până la deportarea acestuia. Pacientul a putut conștientiza suferința mamei, care, la vârsta de șase ani, în perioada oedipiană, și-a pierdut tatăl, pe care ea și-l închipuia atotputernic și care, spre marea ei dezamăgire, nu a reușit să mențină și să păstreze acea lume adultă plină de siguranță de până la deportarea lui.

Pacientul își aducea aminte de mai multe versiuni ale istoriei privind cauza reținerii și deportării bunicului, relatate de mama. Se invocau mai multe motive ale deportării: invidia unor consăteni, invidia și trădarea unui prieten, activitatea politică și administrativă a bunicului în perioada interbelică. Starea de confuzie era indusă și de povestirile privind moartea bunicului, în privința căreia nu exista o claritate, ci doar presupuneri ale membrilor familiei – că decedase fie din cauza condițiilor grele de detenție, fie din cauza condamnării la moarte, ca deținut politic. Relatările mamei despre istoria deportărilor au devenit mai explicite la sfârșitul anilor ’90. Până atunci, în mintea pacientului nu exista o claritate asupra destinului acestui bunic. I se spunea doar că seamănă foarte mult cu acest bunic, care a murit demult. Acest fapt a determinat multă confuzie și anxietate, pe care nu

le conştientiza. Relatările frecvente şi detaliate ale mamei sale despre istoria deportării bunicului au fost determinate de schimbările politice, dar şi de înaintarea în vârstă a mamei, care a dezvoltat la bătrâneţe o adevărată fixaţie pentru acest subiect. La fiecare întrunire de familie, mama pacientului povestea în detalii momentul arestării tatălui şi cum s-a schimbat după acest eveniment viaţa ei. Odată cu înaintarea în vârstă, s-au reliefat şi anumite accente paranoide, care existau şi înainte, fără a atinge totuşi limita patologiei.

Tăcerea de lungă durată asupra evenimentelor traumatice accentuează confuzia mentală determinată de catastrofa socială. În această ordine de idei, J. Puget (1989) susţine că, atunci când violenţa socială se instalează, apare o stare de ameninţare ce determină o condiţie mentală în care Eul pierde posibilitatea de a recunoaşte indicii ce permit discriminarea ierarhică a pericolului din lumea exterioară, de a face distincţia dintre imaginaţie şi realitate. Ameninţarea socială care persistă în psihicul individului nu permite discriminarea pericolului – că e intern sau extern, real sau fantasmat. Atunci când individul pierde această posibilitate de discriminare, el trăieşte o stare de confuzie sau paralizie a gândirii, confundând realitatea interioară cu cea exterioară, inamicul neavând o imagine clară. În acest sens, pacientul primea întotdeauna sfaturi din partea mamei de a nu avea încredere în nimeni, de a se feri de oamenii care încearcă să se apropie de el („*te vând cei mai apropiaţi, prietenii...*"), i se solicita să fie foarte atent, pentru că, îi spuneau părinţii (care, de altfel, erau bine integraţi la nivel social şi profesional), „*în fiecare instituţie sunt agenţi-securişti care intenţionat provoacă oamenii la discuţii, pentru ca apoi să-i denunţe*". Pe parcursul terapiei, pacientul realizează că are puţini prieteni şi că prieteniile sale se manifestă printr-o distanţă fizică şi afectivă considerabilă, lucru care nu-i permite să se bucure cu adevărat de aceste relaţii. Constată că nu prea are prieteni apropiaţi, sunt mai mult prieteni de protocol. Asociază acest fapt cu relatările părinţilor despre prieteni şi trădare, cu recomandările de a fi precaut.

Filiație traumatică și confuză. Istoria confuzională a familiei a determinat construirea unei identități și a unui parcurs existențial, ținând cont de necesitatea căutării unor mecanisme de apărare. Afirmația repetată a mamei, că ar semăna fizic cu bunicul, i-a imprimat pacientului teama inconștientă că ar putea repeta același destin. În același timp, pacientul nu avea o claritate asupra destinului bunicului, decât asupra părții eroice a acestuia: că a fost lider într-o comunitate mare timp de două decenii, că a dezvoltat proiecte importante în această comunitate, că era „*un om văzut*" și de succes. Din perspectiva mamei, pe care inconștient a preluat-o și pacientul, această parte eroică din viața bunicului a servit drept motiv pentru invidie masivă chiar și din partea prietenilor – în legenda familiei, anume aceștia l-au trădat din invidie. Cealaltă parte a destinului bunicului rămâne pentru pacient, ca și pentru familia lui, o necunoscută. Aceștia cunosc doar locația lagărului și au în posesia lor câteva scrisori ale bunicului, scrise în termeni foarte generali și simpli, acesta știind că scrisorile deținuților politici sunt citite. Familia nu a reușit să cunoască cauza morții acestuia sau locul înmormântării, chiar dacă în anii '90 mai mulți membri ai familiei extinse au mers în locul exilului pentru a clarifica aceste lucruri. Astfel, pacientul trebuie să integreze acest destin al predecesorului, fiind desemnat în discursul mamei drept o copie fidelă a acestuia. Într-adevăr, fiind la vârsta maturității și având acces la câteva fotografii ale bunicului, constată că îi seamănă mult. Respectiv, pacientul are de clarificat unde se va situa el pe mai multe dimensiuni ale vieții: cum se va realiza profesional, cât va manifesta din potențialul său, cât va arăta din succesele sale, cum își va construi relațiile de prietenie, toate aceste dimensiuni fiind acoperite de un laitmotiv anxiogen – de a nu fi trădat, exilat și omorât.

Mecanisme de apărare și interogații identitare. Constituirea unui Sine fals (D. Winnicott, 1978/2004), în sensul „ascunderii" propriei personalități și a propriei identități, a fost aleasă ca o

modalitate de apărare. Pacientul a realizat în terapie că intenția de a cunoaște bine limba rusă ar fi fost un element indispensabil al strategiei de apărare. Își amintește că se simțea în siguranță atunci când vorbitorii de limbă rusă spuneau că au crezut că este rus, deoarece vorbește atât de bine rusește. Studiile superioare și le-a făcut în Rusia, considerând că doar acolo se fac studii de calitate. În timpul terapiei a realizat că în spatele acestor raționalizări se ascundea dorința unei protecții suplimentare, fiind convins că, având studii în Rusia, va fi mai puțin vulnerabil, va fi considerat „de-al lor".

Inhibiții privind afirmarea de sine. Se pare că o altă consecință a căutărilor defensive a fost sărăcirea propriei personalități. Pacientul menționează că deseori se întâmpla să audă complimente de la alții privind înfățișarea și felul de a fi sau se întâmpla ca femeile să manifeste interes față de persoana sa. Aceste situații erau marcate de trăiri complexe. Pe de o parte, trăia emoții și plăcere datorate acelor comentarii și invitații din partea Celuilalt de a intra în această zonă a aprecierii de sine și a trăirii plenare a iubirii de sine prin plăcere exhibiționistă, relaxare, seducere etc. Pe de altă parte, simțea frică și neîncredere, momentele de deschidere în relații fiind urmate de crize de angoasă, de ideea de pedeapsă, trădare, culpabilitate. În contextul terapiei, aceste realități au fost puse în relație cu istoria bunicului. Bunicul deportat și omorât în Siberia a avut o poziție socială înaltă în comunitate – era un „om văzut", după cum spunea mama pacientului de fiecare dată. Respectiv, în pofida realizărilor profesionale importante, pacientul, pe parcursul întregii vieți adulte, și-a construit o imagine socială ștearsă, încercând să se ascundă, să „nu fie văzut". Latura ascunsă a plăcerii de a trăi și de a fi în centrul atenției era simțită de analist pe parcursul terapiei, printr-un contratransfer caracterizat de fantasma de a provoca pacientul spre exprimarea părților autentice ale personalității. Pacientul avea uneori stări de inspirație, făcea replici spirituale, pe care se străduia să le anuleze tot atunci, cerându-și scuze. Aceste stări scurte de inspirație erau urmate de stingerea expresiei feței

și de trecerea la o stare de tăcere, închidere, tristețe, precauție, manifestări prin care erau anulate momentele anterioare de vivacitate. Despre stările sale pacientul va vorbi după mai mult de un an de psihoterapie, când va conștientiza că, atunci când își permite să fie liber, deschis în comunicare, urmează o stare de angoasă copleșitoare.

Aceste schimbări și ascunderea vivacității au putut fi legate ulterior de amintiri din istoria familiei. Mama povestea cum acest bunic era un bărbat vesel și puternic și cum ei, copiii, se veseleau atunci când el venea seara acasă. Deportarea a schimbat totul: odată ce tatăl a fost deportat, le-a fost luată casa. Mama a fost nevoită să se mute, împreună cu restul familiei, în altă casă și să stea în chirie; străbunica s-a îmbolnăvit și a decedat. Mama pacientului era numită în localitate „fiica dușmanului poporului". Aceasta trebuia să ascundă condamnarea tatălui, să se facă nevăzută, neauzită, întotdeauna precaută, iar la 18 ani a plecat în altă regiune a URSS, în scopul de a-și ascunde identitatea pentru a fi admisă la studii superioare.

Problematica doliului. Mama pacientului este descrisă ca fiind prinsă toată viața într-o stare depresivă deghizată, manifestată prin nemulțumire permanentă față de sine și față de ceilalți, la limită cu agresivitatea, de parcă protejându-se pe ea și pe cei apropiați de ceea ce s-ar numi plăcerea plenară a dragostei și atașamentului, a plăcerii de a fi. Odată cu înaintarea în vârstă, moartea tatălui și deportările reprezintă o temă permanentă în discursul mamei pacientului. Aceasta povestește recurent istoria, cu multă furie și accente paranoide referitoare la relațiile umane. Atunci când era mai liniștită, mama pacientului reușea să vorbească cu tristețe despre faptul că locul înmormântării tatălui ei nu este cunoscut. Încercările rudelor de a merge la locul detenției bunicului nu au clarificat lucrurile.

Transfer și repetiție în cura analitică. Pacientul a trăit emoții puternice în timpul redării în spațiul terapiei a atmosferei din noaptea deportării – au venit militarii, au intrat abuziv în casă, au făcut percheziții, l-au arestat pe bunic. Mama pacientului, atunci în vârstă

de șase ani, își amintește că era siderată de frică. Transmiterea a fost atât de vie la nivel de atmosferă, emoții, încât pacientul a trăit în ședință un atac de panică, similar celor pe care le avea înainte. Atacul de panică al pacientului apare ca o modalitate inconștientă de a repeta acel traumatism, neelaborat de mamă și transmis transgenerațional fiului-pacient, pentru a fi „păstrat", retrăit și, poate, mentalizat. Atacul de panică poate avea și o semnificație defensivă – de a controla nereprezentabilul, traumaticul, pierderea reperelor etc.

Resorturile reprezentării asupra trecutului traumatic. În cazul ilustrat, reprezentarea asupra trecutului traumatic presupune încercarea imaginării celor întâmplate cu bunicul pacientului, a celor trăite de mama pacientului în perioada nemijlocită a deportării, ea fiind prea mică pentru a înțelege ce se întâmplă și suficient de mare pentru a nu uita multe din cele întâmplate. În această încercare de fantasmare și reconstrucție, pacientul folosea informații venite din surse literare, filme, informații de la alți deportați – informații care permiteau umplerea acelui gol cognitiv și atribuirea unui sens celor întâmplate.

M. N. Vinar (2005) menționează că o provocare în lucrul terapeutic este gândirea spațiului dintre experiența traumatică, cu toată avalanșa ororii și siderarea subiectului, și povestirea experienței traumatice ca una reprezentabilă, care poate fi împărtășită în contextul terapiei. Această ruptură între experiență și reprezentarea ei, între ceea ce s-a trăit și ce a fost povestit, este constitutivă pentru elaborarea experienței traumatice. Restabilirea temporalității și legarea trecutului cu viitorul, acesta din urmă reinserat în cursul general al propriei istorii, depășind experiența grea, se numără printre obiectivele ce trebuie atinse în lucrul psihanalitic.

J. Puget (1989) susține că procesul de mentalizare a unei amenințări trece prin diferite etape. În primul rând, organizarea mentală se dezorganizează și provoacă o trăire de panică și de teroare (trăite nu o dată de pacient și resimțite de analist în cură). În al doilea rând, se caută un nume sau niște semne care ar putea facilita

semantizarea amenințării, însoțită de iluzia de a evita aneantizarea și de a folosi sisteme de apărare pentru a o controla sau a o anula. La etapa următoare se produce o oscilare între negare și conștientizare și, în cel mai bun caz, se restabilește o organizare psihică vitală, a cărei axă iluzorie constă în a împiedica concretizarea amenințării.

O muncă analitică de durată permite accesul la reprezentabilitate, iar subiectul are nevoie de cineva care să-l poată asculta și să-i poată valida experiențele, având în minte, în același timp, și dimensiunea fantasmatică a reconstrucției istoriei. Pacientul sublinia cu uimire că mama nu a mers niciodată la întâlniri cu victimele deportărilor, nu a încercat să ceară reîntoarcerea averii confiscate și în afara familiei nu vorbea despre această parte a istoriei din viața ei. Pacientul a fost surprins când a realizat că nici el nu a fost niciodată la vreuna din aceste întruniri.

Tendința de a fi în umbră, de a nu ieși în evidență sau de a se asemăna cu agresorul reprezintă modalități de apărare care mențin subiectul departe de autenticul personalității sale. În cazul pacientului, nu doar descendența dintr-o familie în care o persoană a fost deportată și omorâtă în Siberia era periculoasă, dar și asemănarea fizică cu bunicul, des invocată de mama, îl punea pe pacient, în fantasmaticul său, în pericol. Pentru a da sens ororii ce nu poate fi semnificată, sunt necesare proiectarea și găsirea unor vinovați, așa încât chiar și „prietenii cei mai apropiați trădează". Are loc o identificare cu obiectul extern temut, cel care este atât de puternic încât poate anula o ordine a vieții de mult stabilită. În același timp, identificarea cu agresorul înseamnă o îndepărtare de sine, construită printr-o contraînvestire – nu doar preluarea unei identități inautentice, ci și dezvoltarea unei atitudini negative, denigrative față de lucrurile care îi reprezintă spațiul cultural de origine.

Pacientul descris în studiul de caz ajunge într-o terapie psihanalitică, fiind determinat de unele simptome pe care nu le asocia inițial cu trauma deportărilor și nici cu propriul parcurs existențial.

Asocierea liberă în lucrul analitic îl duce spre istoria familiei, dar și spre locul și mandatul său în această istorie.

În sensul transmiterii transgenerațională, vom menționa că, în cazul prezentat, pacientul avea o istorie de comunicare cu mama sa asupra istoriei deportării și morții bunicului. Din relatările pacientului deducem că ceea ce a fost transmis pe acest nivel al comunicării era mai degrabă un material factual brut, sub forma scenariului traumatic. Începutul procesului de psihoterapie psihanalitică implica această achiziție istoriografică a pacientului, dar care nu beneficia de un proces plenar de mentalizare în psihicul acestuia. La momentul începerii terapiei, pacientul nu anunța vreun interes pentru istoria deportărilor și nici nu o invoca ca material semnificativ pentru el, care ar avea vreo legătură cu simptomele sale.

Transmiterea transgenerațională se revelează în contexte terapeutice de lungă durată. În cazul de studiu prezentat, materialul neconștientizat a reieșit din înțelegerea legăturii dintre unele simptome și trăsături de caracter ale pacientului și felul în care acesta a interiorizat istoria bunicului. La fel, dimensiunea relațională în terapie a presupus manifestarea în transfer și contratransfer a anumitor trăiri care s-au dovedit a fi revelatoare în sensul ipotezelor asupra cazului.

Studiul de caz prezentat relevă următoarele caracteristici ale transmiterii transgenerațională a traumei:

1. Elaborarea traumatismului deportărilor reprezintă un travaliu de lungă durată, iar în majoritatea cazurilor inițiativa unei confruntări psihoterapeutice cu aceste evenimente le revine descendenților. Cererea terapiei de către descendenții deportaților este determinată inconștient și de dorința de a scăpa de destinul programat în virtutea automatismului transmiterii transgenerațională a traumei.
2. Aspectele psihologice care îi determină pe descendenții deportaților să apeleze la ajutor psihoterapeutic se referă la problemele actuale ale acestor persoane, legate de evenimente

profesionale, relaționale, pacienții neavând în minte, în momentul adresării după ajutor psihologic, ipoteza legăturii acestor probleme cu istoria familiei.

3. Relația dintre simptomele repetitive ale pacienților și istoria familială a deportărilor se dezvăluie pe parcursul demersului psihoterapeutic, ca urmare a identificării unor mesaje recurente privind relațiile umane și convingerile despre lume din partea predecesorilor, a identificării similarităților dintre patternurile relaționale, comportamentale ale predecesorilor și ale pacientului.
4. Păstrarea traumatismului familial într-o formă neelaborată poate fi explicată prin ipotezele psihanalitice asupra traumei, care se referă la excitația psihică masivă ce însoțește trauma și care nu permite asocierea și reorganizarea reprezentărilor simbolizabile. De aici derivă dificultatea primelor generații de a întreprinde un lucru personal de conștientizare și de elaborare a traumei.

Discuții

Comunicarea dintre generații asupra subiectului memoriei traumatice are multe caracteristici specifice. Întâi de toate, caracteristici traumatice, prin care se prefigurează prioritar o comunicare care implică nevoia de evacuare a afectelor, de verbalizare, de conținere din partea Celuilalt. În acest context, descendentul, în poziția sa de ascultător, este receptorul și conținătorul narațiunii predecesorului. Această narațiune este una subiectivă, nu în sensul factual al lucrurilor, ci în sensul atribuirii semnificațiilor, deseori marcată de clivaje, idealizări, devalorizări, zone oarbe, dificultăți de reprezentare. În acest sens, descendentul trebuie să analizeze de unul singur materialul traumatic transmis, iar acest lucru este dificil de realizat. Aceste realități ne confirmă încă o dată nevoia

de asistență socială, educațională, culturală a familiei care a trecut prin deportări. Elaborarea traumatismului unei familii ce ține de un trecut represiv poate fi realizată doar prin implicarea comunității. În opinia noastră, comunicarea dual predecesor-descendent sau chiar deportat-psiholog ori descendent-psiholog nu este suficientă pentru a elabora traumatismul istoric masiv. Traumatismele masive, de genul deportărilor, solicită un Terț, care ar organiza un spațiu colectiv de gândire, în care să fie create semnificații, reprezentări, interogații, problematizări – ceea ce ar asigura diminuarea clivajelor și a fixațiilor paranoid-schizoide. Relația dual în această comunicare are o limită a potențialității de elaborare. Grație efortului demersului terapeutic, ea poate crea zone izolate de gândire, dar pentru obținerea unui impact colectiv și pentru o vindecare a individului concret este nevoie de ceea ce psihanaliza numește „triangulare". Respectiv, doar prezența Terțului, care este reprezentat de comunitate, instituții ale statului, reprezentanți ai instituțiilor statului, asigură accesul plenar la simbolizare și la gândirea fenomenului represiv, sub aspect individual și colectiv. Materialul clinic din cadrul demersului psihoterapeutic ne oferă posibilitatea de a identifica relația dintre simptomatologia pacientului și istoricul familiei, prin prisma eforturilor de definire a identității proprii, de elaborare a trecutului familial și de separare de destinul traumatic al predecesorilor.

Activități de învățare:

1. *Definiți transmiterea transgenerațională.*
2. *Stabiliți felul în care fenomenul transmiterii transgeneraționale a fost revelat în studiul de caz.*
3. *Descrieți simptomatologia și conflictualitatea psihică prezentate în caz.*
4. *Analizați evoluția cazului din perspectiva conștientizării de sine și a diminuării simptomatologiei.*

5. *Comparați studiul de caz prezentat cu un studiu de caz de factură cognitiv-comportamentală.*
6. *Comparați studiul de caz prezentat cu un studiu de caz de factură experiențialistă.*

BIBLIOGRAFIE:

1. AULAGNIER, P. (1976/2003). Le contrat narcissique. En: AULAGNIER, P. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris: PUF. ISBN 978-2130537205.
2. BAROCAS, H. A., BAROCAS, C. B. (1980). Separation-individuation conflicts in children of Holocaust survivors. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 11, no. 1, pp. 6-14.
3. BAROCAS, H. A., BAROCAS, C. B. (1980). Manifestation of concentration camp effects on the second generation. In: *American Journal Psychiatry*, vol. 130, no 7, pp. 820-835.
4. BOLEA, Z. (2021). Unele aspecte privind specificul transmiterii transgenerațională în cazul deportărilor din RSSM. În: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe sociale*. Chișinău: CEP USM, pp. 13-15. ISBN 978- 9975-152-48-8.
5. BOLEA, Z. (2022). Reprezentări ale descendenților asupra memoriei traumatice a deportărilor din RSSM. În: *„Current Affairs and Perspectives in Psychological Research". International conference of applied psychology.* Chisinau: CEP USM, pp. 30-36. ISBN 978-9975-159-97-5.
6. FAIMBERG, H. (2005/2020). *Telescopajul generațiilor*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998206.
7. GAMPEL, Y., (2003). Violence sociale, lien tyrannique et transmission radioactive. En*: Psychanalyse du lien tyrannique*. Paris: Dunod. ISBN 978-2-10-057335-6.
8. KAËS, R. (1989). Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire. En: *Violence d'état et psychanalyse*. Paris: Dunod. ISBN 978-204016983.
9. LEBOVICI, S. (1998/2006) *Arborele vieții. Elemente de psihopatologia bebelușului*. București: Editura Fundației Generația. ISNB 973-87797-0-7.
10. PUGET, J. (1989). Etat de menace et psychanalyse. De l'éstrange structurant à l'éstrange aliénant. En: *Violence d'état et psychanalyse*. Paris: Dunod, pp. 10. ISBN 978-2040169831.

11. WINNICOTT, D. (1978/2004). Perturbarea Eului în termeni de sine adevărat și fals. În: WINNICOTT, D. *Procesele de maturizare*. București: Trei, pp. 178-194. ISBN 973-8291-19-4.

BIBLIOGRAFIE:

1. AULAGNIER, P. (1976/2003). Le contrat narcissique. En: AULAGNIER, P. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris: PUF. ISBN 978-2130537205.
2. BAROCAS, H. A., BAROCAS, C. B. (1980). Separation-individuation conflicts in children of Holocaust survivors. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 11, no. 1, pp. 6-14.
3. BAROCAS, H. A., BAROCAS, C. B. (1980). Manifestation of concentration camp effects on the second generation. In: *American Journal of Psychiatry*, vol. 130, no. 7, pp. 820-835.
4. BOLEA, Z. (2022). Reprezentări ale descendenților asupra memoriei traumatice a deportărilor din RSSM. În: *„Current Affairs and Perspectives in Psychological Research". International conference of applied psychology*. Chisinau: CEP USM, pp. 30-36. ISBN 978-9975-159-97-5.
5. BOLEA, Z. (2021). Unele aspecte privind specificul transmiterii transgenerațională în cazul deportărilor din RSSM. În: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe sociale*. Chisinau: CEP USM, pp. 13-15. ISBN 978- 9975-152-48-8.
6. BOLEA, Z. (2019). *Psihanaliză clinică*. Chișinău: CEP USM. ISBN 978-9975-149-54-47.
7. BOLEA, Z., CAȘCAVAL, I. (2020). Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare. În: *Studia Universitas Moldaviae*, nr. 5 (135), pp. 129-133. ISSN 1857-2103.
8. CAȘCAVAL, I. (2021). Perspective psihanalitice asupra narcisismului parental. În: *Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare: Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei*. Chișinău: CEP USM, pp. 54-58. ISBN 978-9975-159-16-6. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/54-58_41.pdf
9. CAȘCAVAL, I. (2019). Specificul imaginii de sine la mamele ai căror copii suferă de simptomatologie nevrotică. În: *Integrare prin cercetare și inovare: Științe sociale.* Chișinău: CEP USM, pp. 204-207. ISBN: 978-9975-149-50-1. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/204-207_7.pdf

10. FAIMBERG, H. (2005/2020). *Telescopajul generațiilor*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998206.
11. FREUD, A. (1937/2002). *Eul și mecanismele de apărare*. București: Trei. ISBN 973-85683-0-7.
12. FREUD, S. (1895/2017). Studii despre isterie. În: FREUD, S. *Studii despre isterie*. Bucureşti: Trei, pp. 71-282. ISBN 978-606-40-0107-8.
13. FREUD, S. (1905/2001). Fragment dintr-o analiză de isterie. În: FREUD, S. *Inhibiţie, simptom, angoasă*. Bucureşti: Trei, pp. 75-166. ISBN 973-9419-97-6.
14. FREUD, S. (1909/2000). Analiza fobiei unui băiețel de 5 ani. În: FREUD, S. *Nevroza la copil*. București: Trei, pp. 7-120. ISBN 973-9419-44-5.
15. FREUD, S. (1900/2003). *Interpretarea viselor*. București: Trei. ISBN 978-973-707-317-4.
16. FREUD, S. (1912/2004). Despre dinamica transferului. În: FREUD, S. *Tehnica psihanalizei*. București: Trei, pp. 89-100. ISBN 973-707-011-9.
17. FREUD, S. (1937/2004). Construcții în analiză. În: FREUD, S. *Tehnica psihanalizei*. București: Trei, pp. 363-378. ISBN 973-707-011-9.
18. FONAGY, P., LUYTEN, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. In: Dev*elopment and Psychopathology*, 21(4), 1355–81. doi:10.1017/ S0954579409990198.
19. HOWARD, S. (2010/2010). *Psihoterapie și consiliere psihodinamică*. București: Herald. ISBN 978-973-111-177-3.
20. GAMPEL, Y., (2003). Violence sociale, lien tyrannique et transmission radioactive. En*: Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris: Dunod. ISBN 978-2-10-057335-6.
21. ETCHEGOYEN, R. H. (1991/2011). *Fundamentele tehnicii psihanalitice*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-973-1998-11-4.
22. IONESCU, Ș. (2006/2009). Elaborarea unui proiect de cercetare. În: IONESCU Ș., BLANCHET, A. (coord.) *Tratat de psihologie*

clinică și psihopatologie. București: Trei, pp. 277-298. ISBN 978-973-707-251-1.
23. IONESCU, Ș., JACQUET, M.-M., LHOTE, C. (2020). *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*. Ed. a III-a. Iași: Polirom. ISBN 978-973-46-8102-0.
24. KAËS, R. (1989). Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire. En: *Violence d'état et psychanalyse*. Paris: Dunod. ISBN 978-204016983.
25. KLEIN, M. (1937/2011). Doliul și relația sa cu stările maniaco-depresive. În: KLEIN, M. *Iubire, vinovăție și reparație*. București: Trei, pp. 536 - 576. ISBN 978-973-707-558-1.
26. LEBOVICI, S. (1998/2006). *Arborele vieții. Elemente de psihopatologia bebelușului*. București: Editura Fundației Generația. ISNB 973-87797-0-7.
27. LE GUEN, C. (2018/2021). *Dicționar freudian*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998176.
28. MANZANO, J., ESPASA, F., ZILKHA, N. (1999/2002). *Scenariile narcisice ale parentalității*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-85683-1-5.
29. MARTY, P., De M'UZAN, M., CRISTIAN, D. (1968/2019). *Investigația psihosomatică*. București: Editura Fundației Generația. ISBN: 9789731998183.
30. MCWILLIAMS, N. (2011/2014). *Diagnostic psihanalitic*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 978-973-1998-14-5.
31. MCWILLIAMS, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guilford Press. ISBN 1-57230-462-6.
32. PLETSCH, C. E. (1992). Freud's Case Studies and the Locus of Psychoanalytic Knowledge. In: *Partisan Review*, no. 49/1, pp. 101-118.
33. PONTALIS, J.-B., LAPLANCHE, J. (1990/1994). *Vocabularul psihanalizei*. București: Humanitas. ISBN 973-28-0430-0.
34. QUINODOZ J.-M. (2005). *Citindu-l pe Freud. Descoperirea cronologică a operei freudiene*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 973-86377-4-0.
35. ROLLS, G. (2024). *Studii de caz clasice în psihologie*. București: Trei. ISBN 978-606-40-2359-9.

36. ROUSSILLON, R. (2007/2010). *Manual de psihologie și psihopatologie clinică generală*. București: Editura Fundației Generația. ISBN 9789731998060.
37. SAVA, F. A. (2013). *Psihologia validată științific. Ghid practic de cercetare în psihologie*. Iași: Polirom. ISBN 9789734622382.
38. ȘANDOR, V. (2018). Psihanaliză și cercetare. Eseu despre cercetarea în psihanaliză. În: *Studia Universitatis Moldaviae*, vol. 119, nr. 9, pp. 282-285. ISSN 1857-2103.
39. THOMA, H., KAHELE, H. (2006/2011). *Tratat de psihanaliză contemporană. Cercetare*. București: Trei. ISBN 978-973-707-511-6.
40. ZAMFIRESCU, V. D. (2003). *Introducere în psihanaliza freudiană şi postfreudiană*. București: Trei. ISBN 973-8291-56-9.
41. WINNICOTT, D. (1967/2006). Localizarea experienței culturale. În: *Joc și realitate*. București: Trei, pp. 139-149. ISBN 973-707-080-1.
42. YIN, R. C. (2003/2005). *Studiul de caz: designul, analiza și colectarea datelor*. Iași: Polirom. ISBN: 973-681-919-1.

Anexa 1

Grila de evaluare a scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

Proiecție predominantă a părinților	
Contraidentificarea părinților	
Scopul proiecției	
Reacțiile copilului la proiecție	
Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți	
Pretransferul părinților	
Pretransferul copilului	

Contraatitudinea psihoterapeutului	
Intervențiile psihoterapeutului	
Evoluția situației	

Zinaida BOLEA Ion CAȘCAVAL

STUDIUL DE CAZ PSIHANALITIC

Ghid metodic

Redactare: *Ariadna Strungaru*
Machetare computerizată: *Tatiana Capliuc*

Bun de tipar *11.02.2026.* Formatul *60×84 1/16*
Coli de tipar *6,1.* Coli editoriale *4,3.*
Comanda *53.* Tirajul *20 ex.*

Editura USM
str. Al.Mateevici, 60, Chișinău, MD-2009
e-mail: editurausm@gmail.com