

UDK 615.851-053.6	Godišnjak za psihologiju, vol 7, No 9., 2011, pp.	ISSN 1451-5407
-------------------	--	----------------

**Mirjana Stanković – Đorđević<sup>4</sup>**

Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača,  
Pirot

## **TRANSFERNE RELACIJE U PSIHOTERAPIJI DECE I MLADIH**

### **Apstrakt**

*Psihoterapija deteta je prošla dug put od (prvobitnog) shvatanja da se izlječenje krije u razrešenju nesvesnog konflikta koji je produkovao simptome, kao neadaptivne mehanizme pacijenta, gde je analitičar bio „funkcionalno neutralan“. Savremeno poimanje psihoanalitičke situacije podrazumeva intrersubjektivni sistem analitičar - analizant, ističe značaj uvida, ali i afektivne vezanosti za analitičara i razrešenje odnosa „ovde i sada“ i uronjenosti u psihodinamiku porodice i porodičnih odnosa. Istorijski gledano, naglasak se pomerio sa psihoanalitičkog determinizma ka slobodi Ja. Transfer podrazumeva odnos između tri osobe: subjekta, objekta iz prošlosti i objekta sadašnjosti. On vodi poreklo od ranih odnosa deteta sa majkom, koji počinju prenatalno i izgrađuju se u prvim mesecima i godinama života. Taj odnos može biti za dete pozitivan i zadovoljavajući (“dovoljno responzivna majka”), ali nekada neskladna i neravnomerna ulaganja u čula i telo deteta od strane značajnih osoba vode u patologiju. Transfer u psihoterapiji podrazumeva kreiranje prošlosti u sadašnjosti na jedan poseban način i u posebnim uslovima. U psihoterapiji transfer postaje deo ličnog, intersubjektivnog odnosa, istinski ljudski odnos i prostor, mogućnost pacijentu da uz terapeuta proživi na pozitivan način ranija traumatska iskustva i krene putem rasta i razvoja. Pri tom empatijski odnos – sadoživljavanje, saučestvovanje postaje osnova terapijske komunikacije.*

**Ključne reči:** psihoterapija, transfer, transferna neuroza, empatija

---

<sup>4</sup> djordjevic\_lj@open.telekom.rs

*“Stvari imaju onakav izgled, kakav im daje naša duša”*

*J. Dučić*

## **Uvod**

Pojam transfera kao “*osnovne poluge terapijskog postupka*” često se koristi, pre svega u psihoanalitičkim psihoterapijskim krugovima. Tokom vremena, od uvođenja pojma u psihoterapijsku praksu davne 1895. godine od strane Frojda i njegove, metapsihološki precizne definicije, po kojoj transfer označava „spajanje potisnutih infantilnih objekata libidnih nagona (urges) (pre) svesnim težnjama koje su povezane sa objektima u sadašnjosti“ (Kondić, 1996, str. 294) do danas pretrpeo je niz izmena, čak i osporavanja. To se, uglavnom, odnosi na postojanje prave transferne neuroze i značaja negativnog transfera - kad je u pitanju psihoterapija dece. U psihoterapijskom postupku transfer je značajan fenomen – podrazumeva specifičan emocionalni odnos pacijenta prema terapeutu – kondenzaciju ranijih emocionalnih odnosa sa značajnim osobama iz prošlosti, koji se u terapiji pripisuju terapeutu i kreiraju odnos pacijent - terapeut. Transfer igra značajnu ulogu u objašnjenju nastanka i etiologije psihičkog poremećaja, ali i u samom psihoterapijskom procesu, iako se ispoljava u individualnim varijacijama, u manjoj ili većoj meri podložan je mehanizmima kondenzacije, premeštanja i sublimacije koji su definisani od strane klasičnih psihoanalitičara.

U radu ćemo se najpre osvrnuti na odnos između savremene psihoanalize i pojma mentalnog zdravlja, zatim ćemo dati kratak istorijski pregled psihoterapije dece i mladih, dok ćemo se drugom delu rada baviti shvatanjima pojma i značaja transfenih fenomena i razmatrati značajnije teorije koje analiziraju transferne relacije u psihoterapiji dece i mladih.

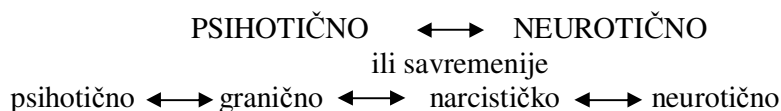
## **Savremena psihoanaliza i pitanje mentalnog zdravlja**

Frojd je tvrdio da je „glavni cilj psihoanalize na doprinese nauci psihologije, književnosti i životu uopšte“ (Blanton, prema Džekobi, 1975, str. 153), a da terapija „ako je civilizacija represivna, a neuroze duboko ukorenjene u nesvesno, može biti jedino dugotrajna i delimična“(isto), kontinuitet zdravlje-bolest treba proučavati i održati, jer oni stoje u odnosu svesne protivurečnosti i međusobom se dopunjuju, ovo posebno važi kada su u pitanju deca i mladi, čiji se mentalni sklop tek formira.

Psihoanaliza kao teorija i terapija je od svojih početaka imala za cilj razumevanje zdravog, normalnog čoveka, što je Frojd postulirao u „Psihopatologiji svakodnevnog života“ – razumeti normalnog čoveka koji želi, koji sanja, koji misli, koji govori...U pokušaju da razume „normalnog čoveka“ (i sebe samog kroz samoanalizu), Frojd na scenu uvodi nesvesno kao konstitutivni elemenat subjektivnog i dijalektičku antitezu svesnom. Klasična psihoanaliza se zalaže za stav „i – i“: postoji i ono ludo i ono mentalno zdravo, diskontinuitet je samo privid. Psihoanaliza ne prati medicinsko-psihijatrijski model – psihička bolest ima svoju semiotičku dimenziju – značenje. I u masovnim psihotičnim disocijacijama, kao i u svakodnevnim psihičkim manifestacijama (snovi, omaške), postoji značenje, na delu su često isti mehanizmi, ista logika (Jevremović, prema Dimitrijević, 2005).

M. Klajn je krenula korak dalje. Osim isticanja značenja nesvesnog, ona se usmerava na primitivnije modalitete mentalnog funkcionisanja, pritom imajući u vidu normalni razvoj. M. Klajn tvrdi: “U ranom detinjstvu javljaju se strepnje karakteristične za psihozu i te strepnje nagone Ja da razvije specifične odbrambene mehanizme“ (Jevremović, prema Dimitrijević, 2005). Jezgro subjektivnosti ne sadrži samo neurotične elemente, „svaka ličnost sadrži shizofreni deo, koji, u cilju održanja mentalnog zdravlja, mora biti otcepljen i projektovan u spoljašnjost, jer u samoj je njegovoj prirodi nemogućnost integracije sa ostalim delovima ličnosti“ (isto). I subjekt analitičkog iskustva i, uslovno, normalni subjekt, nisu gotov proizvod. Proces razvoja ličnosti je dijalektički proces – individuacija sadrži elemente integracije, koja se odražava u povezivanju različitih delova Selfa. Dijalektička sinteza je imperativ mentalnog zdravlja, ali apsolutna koherentnost ne postoji.

Ono što je u čoveku najživotnije – Eros, trpi porobljeno u okovima nužnosti (društvenih odnosa). Frojd smatra da se nužnost suprotstavlja principu zadovoljstva, a neuroza i psihoza predstavljaju pobunu Onog u odnosu na spoljašnji svet – na nužnost. Neuroza realitet ne isključuje, samo ga preoblikuje, a psihoza ga isključuje i nastoji da ga zameni. I ponovo dijalektika – ponašanje je zdravo i normalno ako osoba kombinuje elemente oba tipa reakcije – ako isključuje realnost onoliko malo, koliko to neuroza čini, i ako sebe podstiče, kao kod psihoza, da bi izmenilo realnost. Psihoanaliza „zaranja u dubinu subjektivnosti, da bi otkrila (neljudske) društvene odnose“ (Džekobi, 1975, str. 159). Neurotično i psihotično su „krajnje odrednice jednog takvog sveta“. Savremene psihoanalize tome dodaju i granično i narcistično i time daju širu perspektivu kontinuuma:



Psihoanaliza se kao terapija bavi teleologijom – svrhovitošću, od subjektovog Ja se očekuje nešto – Frojd jasno kaže: *Gde je bilo Ono, neka bude Ja*. Pozitivitetu uma suprotstavlja se negativitet onog umu drugog – iracionalnog, što pesnik Kits naziva kapacitet za negativno (negative capability) (Jevremović, prema Dimitrijević, 2005). Ja je u stalnom pokretu, traženju – sinteze iskustva i strasti i samosvesti. Mentalno zdravlje znači – moći biti, moći podneti život među drugim ljudima (*pojedinač je čovek među ljudima, pre nego postane individua*), a ne raspasti se, što podrazumeva potenciju, mogućnost.

Psihoanalitički diskurs nije racionalistički, od Ja se očekuje nešto drugo od pukog trijumfa racija, ni humanistički, u smislu apstraktnog humaniteta – bitan je konkretan čovek i njegova otvorenost spram sebe i sveta spoljašnjih objekata, ideal je moći biti, a pri tom ne izgubiti sebe, suočiti se sa silama nemerljivim u sebi, nesvesnim, a opstati kao ličnost. Analiza se ne shvata kao konačan proces, ona je nezavršiva, subjektu je svojstvena težnja za razvojem i napretkom, nikako svemoć i savršenstvo. Vremenom analiza postaje pounutrena, prerasta u samoanalizu, unutrašnji dijalog – razgovor duše sa samom sobom.

Psihoanalitička teorija je *teorija normalnog funkcionisanja* (Hider, 1976) i pri tom pozitivistička – determinizam (bioloških instikata) boji naš život i negira ljudsku odgovornost i mogućnost izbora, a sa druge strane (uspešna) terapija sugeriše veću kontrolu individue nad svojom sudbinom. Čini se da stepen i vrsta pozitivizma u psihoanalizi zavisi „u čijim je rukama ta teorija i kako se interpretira masivno zdanje Frojdove misli“ (Hider, 1976, str. 58), što govori o složenosti psihoanalitičkog diskursa i potvrda je postojanja različitih diskursa u tumačenju psihoanalize i kao teorije i kao terapije.

Što se psihoterapije tiče „u početku je samo odnos ... čovek postaje ja u dodiru sa ti... elementarni utisci i čuvstva koji su razbudili duh „prirodnog čoveka“ jesu oni koji su potekli iz relacionih zbivanja – doživljavanje nekoga ko je naspram tebe i relacionih stanja, življenja sa nekim naspram tebe...“ (Buber, prema Tadić, 2004, str. 122).

Pitanju mentalnog zdravlja psihoanaliza prilazi suštinski drugačije nego što na ovo pitanje gleda medicina i psihijatrija. Zdravlje i bolest se nalaze na istom kontinuumu, među njima nema granica, zrno ludosti daje smisao životu – zaranjajući u dubine nesvesnog (iracionalnog) spoznajemo svoj kapacitet za razvoj i sazrevanje, moć da budemo i opstanemo kao individue u svetu, među drugima, a da pri tom konačnu istinu o nama samima ne saznamo, jer konačne istine i nema (živimo u mnoštvu nesamerljivih svetova – multiverzi). Uloga psihoanalize je da kao teorija i terapija doprinese razumevanju, sazrevanju i napretku konkretnog čoveka, rušeći barijere između normalnog i patološkog.

### **Psihoterapija dece i mladih**

Psihoterapija dece i mladih, kako primećuje N. Tadić (predgovor, Smirnof, 1967, str. 5) imala je manje sreće nego psihoanaliza odraslih. Iako njeni počeci sežu u period između XVI i XIX veka kroz interesovanja za specijalnu pedagogiju – lečenje i obučavanje hendikepirane dece i resocijalizaciju delinkvenata, tek je psihoanaliza najavila početkom XX veka „novo poglavlje“ u dečjoj psihopatologiji. Ali, sam Frojd nije poklanjao pažnju psihoterapiji dece – Slučaj Malog Hansa on je 1909. godine vodio uz pomoć Hansovog oca. Dvadesetih godina prošlog veka počinju sa radom specijalizovane ustanove i savetovaništa za decu i mlade (A. Ajhorn – lečenje maloletnih prestupnika sredinom; S. Bernefeld u Nemačkoj). U isto vreme V. Šmit se u sovjetskoj Rusiji bavio psihoterapijom dece koja su bila žrtve rata. Prvi simpozijum na temu dečje psihopatologije je održan 1927. godine (prema Smirnof, 1967), ali, po rečima M. Klajn, psihoanaliza deteta još nije dobila svoje konačne obrise, niti je postavila svoje glavne principe. Od tidesetih godina prošlog veka A. Frojd i M. Klajn (Bečka i Britanska škola) počinju da se bave psihoanalizom dece i postavljaju temelje savremene teorije i prakse psihoterapije razvojnog doba, pri tom psihoanaliza dece dobija nove modalitete kroz terapiju igrom i crtežom.

Tek u godinama posle drugog svetskog rata možemo govoriti o dečjoj psihoterapiji u pravom smislu reči – čemu doprinosi metod neposrednog posmatranja (igra, crtež) i podaci dobijeni eksperimentalnim putem. Neposredno posmatranje je metod primereniji dečjem uzrastu i precizniji, omogućava otkrivanje nedovoljno poznatih procesa kroz koje

prolazi najraniji razvoj psihičkog aparata kako kod prosečnog, tako i deteta sa razvojnom smetnjom.

Genetički pristup (Erikson, Hartman, Špic, Štern...) naglašava postepen i stalan razvoj psihičkog aparata i razvija konstrukte teorije objektnih odnosa, koja orijentaciju sa teorije nagona i modela konflikta, premešta na objektno odnose, poimanje Selfa i sredinskih preduslova za njegov razvoj. Smisao psihoanalitičkog posmatranja je proučiti rastuće psihološko polje konstituisano međuzavisnošću različito organizovanih subjektivnosti deteta i onih koji se o njemu brinu – pre svega, roditelja (Kondić, 1998).

Psihoterapija deteta je prošla dug put od (prvobitnog) shvatanja da se izlečenje krije u razrešenju nesvesnog konflikta koji je produkovao simptome, kao neadaptivne mehanizme pacijenta i gde je analitičar bio „funkcionalno neutralan“. Savremeno shvatanje psihoanalitičke situacije je analiza kao intrasubjektivni sistem analitičar - analizant, pri čemu je uvid od značaja, ali i afektivna vezanost za analitičara i razrešenje odnosa „ovde i sada“ i uronjenost u psihodinamiku porodice i porodičnih odnosa. Akcent se pomerio sa „ekskluzivnog razmatranja“ strukture i dinamike impulsa i odbrana, ka više fenomenološkom interesovanju za doživljene aspekte kao što su Self i objekt-reprezentacije i priroda i kvalitet objektnih odnosa - od psihoanalitičkog determinizma ka slobodi Ja.

Kod dece se psihoterapija koristi sa ciljem da se zaustave regresivni psihopatološki procesi i omogući detetu da krene ka putevima razvoja i dostizanja normalne zrelosti. Psihoterapija znači omogućiti mladoj osobi da u potpunosti doživi sebe kao autentičnu osobu sa sopstvenim potencijalima i ograničenjima, sposobnu da sačuva i održi osećanje prisnosti, razumevanja i poverenja u druge, kao i podstaći procese individuacije i separacije.

Prednost psihoterapije dece, u odnosu na psihoterapiju odraslih, je u tome što je psihički aparat dece fleksibilan i pogodan za uobličavanje pod uticajem socijalnih i psihoterapijskih delovanja. Psihoterapeut na sebe preuzima zadatak da učini *najbolje i najviše što može* u interesu dece da bi otklonio razvojna ometanja koja koče razvoj i sazrevanje urođenih bioloških dispozicija i ispravi iskrivljavanja i odstupanja u razvoju i sazrevanju. Tadić smatra (Tadić, 2004, str. 13) da je „cilj savremene psihoterapije dece i mladih omogućavanje normalnih procesa sazrevanja i razvoja svakog deteta, a sama terapija se ne može smatrati nikad u potpunosti završenom, kao ni razvoj“. Psihoterapija je nužno zlo koje ne može da zameni osećajna zadovoljstva i duhovno blagostanje dece i mladih. Sve veća potreba za psihoterapijom je dokaz nedovoljnosti društvenog

okruženja i neprimerenosti odnosa roditelj-dete. Za sada, ostaje nam optimističko verovanje će ona u budućnosti sve više postajati profilaktička i da će sve manje biti potrebe za lečenjem.

## **Transfer**

### **Određenje, poreklo i obeležja transfera**

Svaki interpersonalni susret je mešavina realnog odnosa i fenomena transfera – onoga što se dešava “ovde i sada” i naše životne istorije i životnih iskustava. Transfer proističe iz opšte ljudske osobine da iskustvo tumačimo u svetlu prošlosti . Svojstvo i težnja ljudskog psihizma je da se u odnosu sa drugom osobom, istovremeno pokreću različiti procesi koji obnavljaju prošlost. Transfer je stalno prisutan među ljudima i zasniva se na dva osnovna psihološka sadržaja: teškoći osoba da budu dugo u emocionalnoj izolaciji i sposobnosti da premeštaju obrasce emocionalnih odnosa sa jedne na drugu osobu, čime se uspostavlja veza između tih odnosa, pri tom se akcentuje značaj prvobitnih odnosa majka – dete.

U osnovi psihoterapijskog transfera, kao i primarnih objektnih odnosa je empatija. Trebješanin (Trebješanin, 2005, str.261) navodi da se „u svakoj psihoanalitičkoj psihoterapiji uspostavlja snažan emocionalni odnos pacijenta prema ličnosti terapeuta, za koji realne prilike, a ni ponašanje terapeuta ne daje nikakav povod”. Empatijski stav terapeuta karakteriše stvarnu prisutnost u komunikaciji sa pacijentom, poštovanje, zainteresovanost za njegove probleme, strpljenje i poverenje u proces građenja odnosa i prevazilaženje teškoća. Transfer je odjek i razumevanje afektivnog stanja ljudi u okolini i afektivne komunikacije sa drugim, te se smatra osnovnim slojem u psihoterapijskom odnosu. Po Vuču “transfer je deo ličnog, intersubjektivnog odnosa, istinski ljudski odnos i prostor, mogućnost koja se pruža pacijentu da uz terapeuta proživi na pozitivan način ranija traumatska iskustva i krene putem rasta i razvoja; pri tom empatijski odnos – sadoživljavanje, saučestvovanje, postaje osnova terapijske komunikacije “(prema Vukosavljević – Gvozden, 2007, str.49). Ono što transfer čini značajnim u psihoanalitičkoj psihoterapiji je činjenica da on predstavlja važan terapijski materijal koji treba razumeti i sa kojim treba raditi radi dobrobiti pacijenta.

Prve naznake o pojavi transfera pojavljuju se još u “Studiji o histeriji” Frojda i Brojera, (prema Erić, 2002), da bi 1905. godine tokom

rada na slučaju Dora, Frojd svoje ideje o tranferu i uobličio. Frojd je zapazio da “neki pacijenti dosledno teže da iznesu svoja lična osećanja prema terapeutu prenoseći na njega uznemiravajuće ideje iz svoje prošlosti” (prema Erić, 2002, str. 25). U godinama pred Prvi svetski rat Frojd je uobličio i definisao psihoanalitičke tehnike i postupke, među kojima transfer ima najznačajnije mesto – pacijent nesvesno ponovo odigrava odnos iz prošlosti umesto da ga se seća, i čineći to, unosi u lečenje čitavo bogatstvo informacija o prošlim odnosima.

U psihoterapiji dece transfer sadrži prirodu detetovih nagonskih potreba, Nad-Ja odgovora i Ja-funkcija na svim nivoima, uključujući i odnose sa objektima, odbrane i sintetičke funkcije, pri tom transferne relacije govore o aktualnom i prošlom funkcionisanju Ja.

Izraz prenos u psihoanalizi ima više značenja: prenošenje sadržaja iz jednog psihičkog prostora u drugi, stvaranje jednog smisla iz drugog i prenošenje, odnosno ponavljanje jednog sadržaja iz jednog vremena, prethodnog, u sadašnje vreme. Ranije postojeće, a potisnute u nesvesno, nagonske težnje, želje, osećanja, maštanja, misli, stavovi, odbrane...sa značajnim i bliskim osobama (objektni odnosi) oživljavaju i prenose se na odnos sa terapeutom i “boje” odnos pacijenta (deteta, adolescenta) sa terapeutom. Ti arhaični obrasci odnosa ne odgovaraju sadašnjem trenutku – odnosu i ličnosti terapeuta, te deluju pomereno i iskrivljeno. Što se osujećenja javljaju ranije, ukoliko su bila masivnija, mehanizmi odbrane su primitivniji i, srazmerno tome, i iskrivljavanja sadašnjih stvarnih odnosa su veća i više remete funkciju ličnosti.

Postklasični psihoanalitičari smatraju da transferne fenomene “treba videti pre kao mnogoznačenjske, nego kao prosto regresivne ili one koji se ponavljaju. Reč je o kreiranju prošlosti u sadašnjosti na jedan poseban način i u posebnim uslovima...transfer se pojavljuje kao eksternalizacija trenutne, sadašnje, unutrašnje situacije, ne kao ostatak prošlosti...svi naši spoljašnji odnosi imaju određen transferni kvalitet pošto dobijaju značenje od onoga što (aktualno) postoji u našem unutrašnjem svetu” (Vukosavljević–Gvozden, 2007, str. 8).

Kada o transferu govorimo kao o obliku objektnog odnosa, on podrazumeva odnos između tri osobe: subjekta, objekta iz prošlosti i objekta sadašnjosti. Uslovi pojave transfera su sposobnost pacijenta da uočava razliku između Selfa i objektnog odnosa i sposobnost da premosti reprezentacije objekta iz prošlosti na objekat iz sadašnjosti. R. Grinson (1974) smatra da je osnova transfera “glad za objektom” i da transfer pokreće sećanja na odnose sa majkom. Po njemu, transfer je funkcija Ega i



pokazuje njegovu snagu ili slabost – snažan Ego ima stabilnu reprezentaciju Selfa, odvojenu od reprezentacije objekta. Na dečjem uzrastu transfer je moguć kada detetov psihički aparat podrazumeva investiranje u druge objekte, relativnu trajnost tih investicija i usmeravanje i prenošenje potisnutih ili delimično potisnutih iskustava sa određenim osobama.

Grinson (prema Tadić, 2004) navodi da je prenos:  
vrsta umišljenog, varljivog objektnog odnosa;  
ponavljanje prošlog odnosa sa novim objektom – terapeutom;  
prenošenje ranijih sadržaja na novu ličnost – terapeuta;  
nazadujuća pojava, jer se sve dešava kao da je u prošlosti.

Transfer vodi poreklo od ranih odnosa deteta sa majkom, koji počinju prenatalno i izgrađuju se u prvim mesecima i godinama života. Taj odnos, sa aspekta teorije afektivne vezanosti, može biti za dete pozitivan i zadovoljavajući (“dovoljno responzivna majka”), ali, osim sigurne vezanosti za majku (u skoro dve trećine slučajeva), neskladna i neravnomerna ulaganja u čula i telo deteta od strane majke vode odbijajućem ili ambivalentnom vezivanju, te neposredna iskustva postaju izvor napetosti za dete. Naravno, poreklo prenosa ne mora da bude u dalekoj detetovoj prošlosti, nekad i noviji sadržaji odnosa sa, za dete važnim osobama, mogu biti potisnuti i preneti na odnos dete – terapeut.

Grinson govori o sledećim obeležjima prenosa:

Prenos se prepoznaje po neprimerenosti sadržaja i njegovog intenziteta stvarnom ponašanju i stavu psihoterapeuta. Na mlađem uzrastu neprimerenost i jačina sadržaja odnosa sa terapeutom predstavljaju posledicu pokretljivosti i burnih kolebanja nagonских težnji, osećanja, želja, fantazama i nedovoljno organizovanih funkcija Ja, što bi trebalo razlikovati od stvarnog prenosa. Nekad, opet, jaka osećanja adolescenta mogu sprečiti javljanje prenosa u terapijskom odnosu – tada je terapijski odnos ispunjen realnim sadržajima, a odnos sa stvarnim važnim osobama prenesenim sadržajima.

Bitna komponenta prenosa je ambivalentnost odnosa sa terapeutom. Poreklo ambivalencije je različito – suprotnost nagonских težnji (eros – tanatos), dualizam polnih obeležja, cepanje prvobitnih objekata na dobre i loše, aktivnost i pasivnost, težnja ka razvoju, nasuprot težnji ka regresiji. Što je odnos sa primarnim objektima bio protivurečniji, to je i transferni odnos ambivalentniji. Tokom terapije terapeut postaje značajna figura za pacijenta (dete i adolescenta), te dvojnost potiče i iz potrebe za vezivanjem i straha od približavanja, gubitka slobode, ličnog identiteta. Ambivalenciju

može da izazove i sam terapeut svojim (dvosmislenim) ponašanjem, a može biti i karakterna odlika samog pacijenta.

Osećanja, fantazmi, misli, stavovi, odbrane i ponašanja u transfernoj situaciji karakteriše hirovitost, promenljivost, neizvesnost i uporno ponavljanje – hirovitost je posebno karakteristika početne faze psihoterapije, dok se uporno ponavljanje nekih sadržaja javlja u kasnijim fazama ili je znak prisile ponavljanja.

Prenos se ispoljava na različite načine – pozitivna, negativna, dvojna osećanja, različita ponašanja – povlačenje, mirovanje, činjenje, smejanje, plač, ćutanje, preterano govorenje, fantazmi, preko telesnih simptoma ili fobičnih ispoljavanja...

Za prenos je karakteristična privremena regresija, koja se ispoljava na različite načine, reverzibilna je i ograničena ( Erić, 2002, str. 72, Tadić, 2004, str.128).

### **Mehanizmi transfera**

Razmatrajući obeležja prenosa ukazali smo i na sadržaje koje ga čine – skup ili delovi nesvesnih libidinalnih i agresivnih težnji, iskrivljena osećanja, predstave, želje, fantazmi, misli, stavovi, ponašanja... Da bi se sadržaji iz prošlosti preneli u aktualan odnos sa terapeutom, koriste se mehanizmi odbrane koji su nekad korišćeni u odnosima sa primarnim objektima.

Najčešći i najprisutniji mehanizam koji se javlja u prenosu je regresija. Regresijom pacijent ponavlja ranija stanja objektnih odnosa, sve prethodne stupnjeve u razvoju i funkcionisanje ranih oblika psihičkih struktura (Ida, Ega i Super-ega). Impulsi iz Ida teže zadovoljenju kroz transferni odnos, čemu se protivi Ego, a kako zadovoljenje u transfernom odnosu nikad nije potpuno, česta su ponavljanja regresivnih derivata, kompromisnih fantazija i zamena za realno zadovoljenje.

Kao mehanizmi transfera prisutni su i introjeksija, kao odjek detetove introjeksije majke ili nekog njenog dela (grudi, na primer), projekcija - dete u terapeuta izbacuje onaj materijal koji je bio neprihvatljiv i uznemirujuć u odnosu sa primarnim objektom. Teoretičari Klajnijanske orijentacije (Bion, Rozenfeld) govore o prenosu u kome učestvuju, nakon otepljenja “loših sadržaja”, projekcija i projektivna identifikacija.

Zavođenje je takođe deo prenosa. Zavođenje je je sastavni činilac uspostavljanja, učvršćivanja i održavanja opštemeđuljudskih, pa i

psihoterapijskih odnosa. Zavodjenje kao osnov ima nekadašnja ulaganja u majku, te ima za cilj i u aktualnom odnosu sa terapeutom obmanjivanje, pridobijanje pažnje, koristoljublje. Zavodjenje može biti na svesnom nivou i tada je izraz želje deteta da uspostavi “dobar” odnos sa terapeutom. Zavodjenje je najčešće uzajamno - i terapeut sa svoje strane “igra igru zavodjenja”. A. Frojd zavodjenje smatra delom pripreme faze i načinom da se otpočne i izdrži terapijski odnos i privuče pažnja na unutrašnje, nesvesne sadržaje (Ćeranić, 2005).

Sadržaji koje dete prenosi i unosi u terapijski odnos su arhaičnog porekla, sadrže bolne i zaplašujuće i libidinalne i agresivne impulse, fantazme, misli, zato su najčešće zbrkani i nerazlučeni, kao i osećanja koja ih prate. Sadržaji se menjaju tokom terapije, čak i tokom jedne seanse.

### **Vrste transfera**

Kada analiziramo ton prenosa, možemo govoriti o pozitivnom, negativnom i dvojnog prenosu. Dok je pozitivan prenos obojen pozitivnim osećanjima - divljenjem, poštovanjem, naklonošću, odanošću, ljubavlju, dotle je negativan ispunjen nepoverenjem, ljutnjom, besom, mržnjom, obezvređivanjem, odbacivanjem, prezirom, potcenjivanjem... Ambivalentan odnos, opet, karakterišu međusobno suprotstavljena i pozitivna i negativna osećanja.

Pojava pozitivnog transfera, najčešće prema terapeutu suprotnog pola, može da ugrozi terapijski proces, jer bilo erotizovani, erotski ili seksualizovani, onemogućava dosezanje do razumnog Ega i stvaranje uvida. Takođe, može da izazove i kontratransfer, posebno kod neiskusnih terapeuta. Pozitivan prenos je nekad samo prividno pozitivan – može biti izraz reaktivne formacije i u suštini je negativan i može voditi prekidu terapije, te se, kao i negativan, mora analizirati kad se pojavi i prepozna.

Negativan transfer, ukoliko je uspostavljen terapijski savez, predstavlja znak napretka terapije – isplivavanje mržnje, besa, hostilnosti prema primarnim objektima vodi izlečenju – za M. Klajn nema terapije bez negativnog prenosa- on je jedan od preduslova za analizu dubljih slojeva svesti (1983). Ukoliko nema negativnog transfera, pacijent je u snažnom otporu, to najčešće prikriva humorom ili intelektualizacijama, a nekad negativna osećanja prema terapeutu otcepljuje ili pomera na pomoćni transfer-objekat. Ponekad je negativan transfer i odbrana od pozitivnog, posebno ukoliko je obojen homoseksualnim težnjama prema terapeutu.

Negativan transfer može biti i izraz straha i nepoverenja u odnosu na terapeuta.

Fazno gledano, dete može na terapeuta preneti osećanja, fantazme, misli iz neke od faza razvoja – dete može da doživi terapeuta kao osobu koja zadovoljava njegove oralne potrebe ali i koja ga guta, razdire, ili je restriktivna, kao roditelj u analnoj fazi, te prema njemu može da ima ambivalentna osećanja. Obnavljanje odnosa iz Edipalne faze vodi pojavi osećanja ljubavi, ljubomore, suparništva, krivice. Kod adolescenata, ređe mlađe dece, javlja se i ljubavni prenos, koji je višeslojan (sadrži nanose iz prethodnih faza), hetero ili homoseksualan, obojen jakim otporima i ambivalencijom osećanja prema terapeutu, što otežava uspostavljanje saradnje između posmatrajućeg i razumnog Ja pacijenta (Kondić, 1998).

Specifična pojava je “prenos prenosa” – kada su roditelji dominantni i preplavljuju dete u toj meri da ga onemogućavaju da stvori prenos u odnosu na terapeuta, odnosno stvori svoj sopstveni prostor zamišljanja, osećanja i mišljenja. U toj situaciji dete najčešće introjektovalo roditeljsku neurozu, što ugrožava prenos u odnosu na terapeuta (Erić, 2002).

Prenos može biti oblikovan kao prenosni odgovor, prenos u užem značenju i kao prenosna neuroza.

Prenosni odgovori su prolazni, neorganizovani, kratkotrajni, često i za terapeuta neupadljivi i kod mlađe dece tokom čitave terapije prenos se svodi na tu vrstu reakcija i zato terapeut treba da ih prepozna i “radi sa njima”. Ukoliko je dete starije, u terapijskom odnosu može se razviti pravo prenosno stanje kao celokupni detetov emocionalni odgovor na terapeuta sa kojim “terapeut radi” da bi pacijent dosegao razumni Ego i adekvatan nivo funkcionisanja.

Kako smatra K. Kondić, za pojavu transfera (i kontratransfera) bitni su sledeći činioci:

uzrast deteta;

dostignuti nivo razvoja Ego-funkcija, njihova očuvanost, odnosno narušenost;

uloga roditelja (njihovo postojanje ili nepostojanje, saradnja – nesaradnja, uključenost – neuključenost u terapijski postupak);

terapeut;

vrste tehnika koje se primenjuju

(Kondić, 1998) .

Za pravi transferni odnos važno je da je dete dostiglo dovoljan nivo separacije od primarnih objekata. Da bi osećanja moglo da usmeri na drugi objekat – terapeuta, važan je dosegnut nivo razvoja instanci ličnosti,

posebno razvoj funkcija i snaga Ja – prevođenje primarnih u sekundarne procese, kao i odbrane koje dete koristi. “ U svakoj transfernoj reakciji ima bar zrno istine” (Langs) - realno prisustvo roditelja (i ako ne prihvatimo u potpunosti mišljenje A. Frojd) pokreće značajne transferne reakcije i može imati formu akutnih frustracija i trauma koji su manje ili više “okidači” za transfer. Sa druge strane, realno iskustvo sa terapeutom omogućava detetu da obnovi izgubljena ili nikad doživljena iskustva prihvatanja i podrške.

Svaka terapija deteta uključuje i rad sa roditeljem – starateljem. Roditelji, “pomoćni roditelji”, braća, sestre... svojim ponašanjem prema detetu, u porodičnim relacijama, odnosom prema terapiji i terapeutu pokreću značajne transferne fantazije i reakcije, a neretko imaju formu akutnih frustracija i trauma.

Neurozu transfera kao pojam u psihoanalitičku praksu Frojd uvodi 1914. godine, da bi njime označio “veštačku bolest” koja nastaje tokom psihoterapije i podrazumeva odnos pacijent – terapeut. “Oživljavanje, nagomilavanje i zgušnjavanje detetovih ranih sukoba, potisnutih neurotičnih želja, osećanja, mehanizama odbrane, fantazama, stavova u psihoterapijskoj situaciji naziva se prenos-neuroza” (Tadić, 2004, str.133). Kod mlađe dece neuroza prenosa se ređe formira, starija deca – u pubertetu, adolescenciji, imaju izgrađene instance ličnosti, kao i mehanizme odbrane i mogućnost saopštavanja svojih unutrašnjih sadržaja. Diskutabilno je pitanje da li je transferna neuroza neophodan uslov za psihoanalitičko lečenje ili, što je prihvaćenije, transferna neuroza predstavlja redundantan pojam, jer je za nju dovoljno koristiti samo pojam transfer.

### **Transfer u teoriji A. Frojd**

A.Frojd je smatrala da se psihoanaliza deteta bitno razlikuje od psihoanalize odraslog, pre svega u odnosu na motivaciju za terapiju koja detetu, zbog njegove nezrelosti i zavisnosti, potreba za terapijom nije “osveščena”. Ona je zastupala stav da psihoanaliza deteta mora da pretrpi značajna prilagođavanja:

- neophodnost faze pripreme;
  - izmene klasičnih psihoterapijskih tehnika i korišćenje igre, snova i realnih životnih situacija;
  - promene u “rukovanju” transferom, kao i
  - pedagoški cilj terapije
- (Ćeranić, 2005).

Faza pripreme – “zavođenje”, podrazumeva motivaciju deteta da prihvati i izdrži terapijski odnos. U ovoj fazi dete treba da prihvati terapeuta i shvati korisnost terapije i značaj terapeuta za razrešenje njegovih problema, što treba da dovede do uspostavljanja transfernog odnosa, neophodnog za terapiju. Klasična postavka A. Frojda o zavoenju kao neophodnosti za uspostavljanje i uspešnost psihoterapijskog rada sa decom podrazumeva da “analiza bez transfera nije moguća: pozitivan transfer je preduslov za celokupan kasniji terapijski rad i dok kod odraslih negativan transfer i može da bude koristan, dugi periodi negativnog transfera nisu nisu poželjni u terapiji dece i treba raditi na njihovom skraćivanju” (prema Kondić, 1998, str. 219).

Ono radi čega se najviše sporila sa M.Klajn je da li su interpretacije moguće na ranom uzrastu (Smirnof, 1967, Kondić, 1998). A.Frojd igru smatra prirodnom i mnogostruko korisnom aktivnošću deteta, ali je primenjuje samo kao pomoćno sredstvo u pripremnoj fazi terapije i ne smatra je za korelat slobodnih asocijacija. Ona interpretira neurotične odbrane deteta, uzdržavajući se od interpretacija nesvesnih fantazama i transfera, zatim, interpretira snove deteta i realne životne situacije za koje saznaje od okoline. Dakle, interpretacije A. Frojda su površne, ona smatra da ne treba interpretirati sve, ne interpretirati često, već samo povremeno i ponešto. Ona u svom viđenju psihoanalitičkog setinga daje prednost bezbolnim i površnim interpretacijama. U kasnijim radovima (Normalnost i patologija u detinjstvu, 1966) prihvata mogućnost interpretacija “karakternih” odbrana deteta u odnosu na terapeuta, ali ne i interpretacije nesvesnih fantazama i transfera u pravom smislu reči. Izmene psihoterapijskih tehnika se ogledaju u tome što je A.Frojd svesna da *dete izmiče primeni osnovnog pravila* (prema Kondić, 1998), te, da bi pristupila detetovim nesvesnom, metodu slobodnih asocijacija zamenjuje interpretacijom sadržaja snova koje dete iznosi, crteža koje dete pravi tokom seansi i aktivnosti igre za vreme seansi. Iako pripisuje simboličko značenje svim fazama igre, odbacuje mogućnost interpretacije igre u svrhu osvetljavanja transfera.

Po pitanju transferne neuroze u psihoanalizi dece A. Frojda je jasna – transfer u smislu prave neuroze transfera (ponavljanja odnosa sa primarnim objektima u terapijskoj situaciji, kakav mogu da ostvare odrasli) nije moguć. Kada su u pitanju deca, primarni objekti – roditelji su za dete realno prisutni i odnos sa roditeljima ostaje aktualan tokom čitavog procesa psihoterapije tako da terapeut ne može da zauzme mesto roditelja. Terapeut

može jedino da očekuje da dete teži odnosu sa njim da bi dobilo ono čega je lišeno u realnoj situaciji.

Sa druge strane, terapeut je odrasla osoba i kao takva treba da ispunjava i svoju vaspitnu ulogu – terapija ima i “normativni cilj”. Neuroza transfera može da se ostvari izolacijom deteta od “konfliktnih figura – roditelja”, ali ostaje pitanje razrešenja tako manipulacijom stvorenog transfera. Šta, dakle, ostaje terapeutu na raspolaganju “kao poluga lečenja”? Ako u osnovi detetovog problema leži neprepoznata anksioznost, prekrivena mehanizmima odbrane, terapeut radi na osvetljavanju tih mehanizama. Tu stupa na scenu “vaspitna uloga” terapeuta – detetovo Nad-ja je još neformirano i *nije dostiglo status bez ličnog predstavnika*, što može da oteža terapijski postupak - uloga terapeuta je da se “postavi na mesto ideal-ja deteta u toku trajanja čitave analize”(Tadić, 2005). Dvojnost uloge terapeuta ogleda se u tome da on treba da omogući detetu da izrazi svoje nesvesne želje i fantazme i da ih “privede svesti”, a sa druge strane, on treba da bude brana neposrednim gratifikacijama, potpomaže formiranje “korisnih” mehanizama odbrane i razvoju detetovog psihizma. “Olabaviti krutost zahteva Nad-ja i razrešiti neurotične simptome koji kontrolišu strah, rođen iz sukoba Ono, Ja i Nad-ja deteta. Analitičar treba da potpomogne formiranju drugog Nad-ja koji je manje tiranski i više vezan za društvenu realnost” (Smirnof, 1967, str. 156). Cilj psihoterapije kako ga vidi A. Frojd, je “psihosocijalno prilagođavanje” deteta.

### **Transfer i Britanska škola - M. Klajn**

M. Klajn po pitanju pojave transfera u psihoanalizi deteta ne prihvata ograde koje je definisala A.Frojd. Neuroza transfera je moguća i poželjna u psihoterapijskom radu sa decom. Na ranom uzrastu (2 – 4. godina) deca su već intrernalizovala primarne objekte i u analizi su to već slike objekata; što omogućava analizantu da se prema detetu u analizi postavi kao prema odraslom. Odnos analizanta (i deteta i odraslom) i terapeuta je uglavnom zasnovan na nesvesnom fantazmu. Transferni fenomeni i stavovi omogućavaju da se u sadašnjoj situaciji *odgonetne igra arhaičnih fantazama* i njihov odnos sa ranije doživljenim iskustvima. Nesvesne fantazije se eksternalizuju u terapiji “sada i ovde”.

“Međusobnu povezanost pozitivnog i negativnog prenosa možemo u potpunosti pojmiti samo ako istražimo rano uzajamno delovanje ljubavi i mržnje, začarani krug agresivnih poticaja, teskoba, osećaja krivice i

povećanje agresivnosti, kao i različita obeležja objekta prema kojima su ove suprotne emocije i teskobe usmerene” (Klajn, 1983, str. 198).

Posebnu pažnju M. Klajn pridaje negativnom transferu kao preduslovu za analizu dubljih slojeva svesti. Ona se trudi da, za razliku od A.Frojd, iskoristi negativan transfer kako bi mobilisala ono što podržava anksioznost. Ovo je dovelo do shvatanja transfera kao totalne situacije – u raspletanju detalja transfernog odnosa od suštinskog značaja je analiza totalne situacije koja se prenosi iz prošlosti u sadašnjost, kao i analiza osećanja, odbrana i ranih objektnih odnosa. Jasno je, kaže M.Klajn, da pacijent aktualizuje u analitičkoj situaciji odnos sa roditeljem, ali je od ključne važnosti za uspeh terapije da razumemo koji je aspekt roditelja oživljen – majka koja proždire, dojka koja progoni, mleko koje truje i sl. Što su poremećaji pacijenta ozboljniji i dublja nazadovanja, to su i odbrane arhaičnije.

Sporenja A. Frojd i M. Klajn u vezi uloge roditelja koji su aktualno prisutni i ortopedagoškog značaja psihoterapije dece, čini se da su dala za pravo M. Klajn - stvarna okolina zauzima samo podređeni položaj u vezi sa unutrašnjim subjektivnim konfliktima, a terapeut ne može po svom “formacijskom položaju” da bude i vaspitač. ”Za analizu vrede jedino projekcije i introjekcije dobrih i loših objekata”, naglašava Smirnof (Smirnof, 1967, str.168). Cilj psihoterapije po M.Klajn je da uvede dete u simbolički red koji mu omogućava bolje razumevanje sebe i spoljašnjeg sveta. Analitičar je instrument projekcije, a analiza mesto za razgovor i interpretaciju, neutralno područje, dok detetu pripada uloga da igra svoju vlastitu igru.

Klajnova je obogatila i proširila koncept transfera pokazujući kako su u transfernom odnosu unutrašnji objektni odnosi i delovi Selfa mobilisani i projektovani na analitičara, a zatim modifikovani interpretacijama. Uviđanje komunikacionog značaja projektivne identifikacije je doprinelo stavu da kontratransfer nije prepreka u psihoterapiji, naprotiv, kontratransfer je ključni instrument za rad u psihoterapijskom setingu, kako sa odraslim pacijentima, tako i sa decom.

### **Sledbenici M.Klajn i njihov doprinos shvatanju transfera (T. Ogden, A. Bion)**

T. Ogden u svojim teorijskim razmatranjima ističe značaj projektivne identifikacije kao oblika komunikacije i ukazuje na značaj rane dijade dete



– majka – “da bi dete počelo da organizuje svoja iskustva potrebna mu je majka” (Ćeranić, 2005, str.92). Projektivna identifikacija je potrebna detetu da sačuva ono što oseća kao dobro i osigura distancu prema onom što oseća kao loše i opasno (isto). Majka vraća detetu prerađene osećajne frustracije i osvetničke želje i tako omogućava reinternalizaciju. Ono što ne može “loše balansirajuća majka”, može i mora terapeut – transferni odnos sa terapeutom ponavlja iskustva sa primarnim objektom ali sada na, po dete, adekvatan način. Prema Ogdenu, u psihoterapijskom procesu terapeut (ponovo) inicira primarni odnos, ali ovog puta indukovana osećanja mogu biti doživljena i metabolirana od strane terapeuta. Umesto da se ponaša i oseća u skladu sa sadržajem nesvesne fantazije ili da negira proces, terapeut nastoji da procesu da značenje.

Po rečima T. Vukosavljević-Gvozden (2007), “Bion je svakako najznačajniji i najoriginalniji sledbenik Klajnove, načinio je spoljašnji objekat integralnim delom klajnijanskog teorijskog sistema, ističući ne samo da sredina jeste značajna, već i pojašnjavajući sam način na koji je značajna“ (str. 37). Bion smatra da terapeut treba i mora da se ponaša kao senzibilna majka – transferni odnos u terapiji služi izgradnji i internalizaciji kapaciteta za kontejniranje, koji omogućava “dalju simboličnu komunikaciju”, uspostavljanje emocionalne stabilnosti i razvoj kapaciteta za mišljenje.

Bion je tvrdio da pacijent, pod uticajem prošlih iskustava sa primarnim objektom, percipira analitičara na iskrivljen način i reaguje na to iskrivljeno poimanje. Takođe, putem projektivne identifikacije on nešto “čini” analitičarevom umu (evokativna projekcija) i tako utiče na terapeutov kontratransfer. Terapijske promene po Bionu imaju dve faze – u prvoj fazi pacijent koristi terapeuta kao kontejner koji sakuplja, integriše i daje značenje otcepljenim delovima Selfa, a druga uključuje proces suočavanja sa gubitkom ovakvog objekta (kontejnera) i tugovanja koje neminovno sledi. Bion terapijski odnos smatra ličnim, jedinstvenim i neponovljivim, to je prostor, i za pacijenta i za terapeuta, za učenje iz iskustava, za promišljanje. “Psihoterapijski odnos postaje misleći prostor za određivanje, rasvetljavanje, suočavanje, tumačenje, osveščivanje i uviđanje osećajne, misaone i moralne zbrke u kojoj se dete nalazi” (Tadić, 2004, str.137). Analiza prenosa za Biona je stvaralački čin – terapeut metabolizira i vraća projektovane i prenešene unutrašnje sadržaje pacijentu, što omogućava da u prenosu oživljeno i osveščeno rano iskustvo postaje uslov povezivanja i jačanja Ja i izlečenje.

Klanijanski analitičari kao najznačajniju crtu svoje psihoterapije navode aktualnost transfera i izražavanje unutrašnjih objektnih odnosa u transfernoj situaciji. Detaljan rad u transferu i interakcija između analitičara i pacijenta u rigoroznom analitičkom setingu su garant uspeha psihoterapije i mada im se može zameriti insistiranje na munjevitom razvoju psihizma, koji uključuje složene obrasce funkcionisanja već tokom prve godine, Klanijanska škola je napravila ogroman korak u istraživanju smisla i značaja objektnih odnosa.

### **Nezavisna britanska škola i transfer – D. Vinikot**

Vinikot smatra da je u radu sa osobama koje su iskusile ekcesivno rano lišavanje, koje čini da osoba oseća kao da ne postoji, jedan od osnovnih ciljeva psihoterapije ponovno uspostavljanje kontinuiteta sa onim što određuje pacijentov lični početak (prema Čeranić, 2005). Prelaz od (nekog) nivoa lažnog Selfa, u zavisnosti od dubine regresije, ka istinskom Selfu, omogućava terapeut. On svojim stavom doprinosi da se pacijent u transfernom odnosu oslobodi odbrana i doživi i preživi *primitivnu agoniju*. Nju čini strah – biti dezintegrisan, nestati zauvek, nemati odnos između psihe i tela ili nemati orijentaciju i istovremeno dosezanje nivoa *kapaciteta za brigu i da se bude sam*. Ovo znači biti nezavistan od aktualnog učešća majčine ili nečije druge subjektivnosti, nivo osećaja živosti i životnosti i vodi razvoju kapaciteta za život i kreativnost.

Transferni odnos je za Vinikota prostor u kome se otkrivaju nova značenja i označavanja, dotad neotkrivena, neprepoznata i neizgovorena. To je prostor u kome se traži i otkriva istina o sebi i svetu u kome se postoji, prostor novih ostvarenja i postojanja pod idealnim uslovima. Introjektivnom i identifikacijom sa osećajno-misaonim delom terapeuta, započinje se i podstiče promišljanje i uspostavlja bolji odnos između osećajno-iskustvenog i sazajnog, između verbalizacije i osvešćenja. Transferni odnos sa terapeutom, po Vinikotu, mora da ima važnost holding okruženja. Terapija je potraga za Selfom i omogućava regresiju u zavisnost, izgradnju istinskog Selfa, odmrzavanje neuspeha okruženja, osećanje i ispoljavanje besa u aktualnoj (terapijskoj) situaciji koji se, u stvari, odnosi na rani neuspeh okruženja, ali i povratak iz regresije i zavisnosti u nezavisnost i, na kraju, realizovanje potreba i želja sa životnošću i snagom – kapacitet da se bude sam i stvaralac.

## H. Kohut- Self-psihologija

Kohut je, kao i Kernberg, istraživao prostrano, nedovoljno ispitano područje između neuroza i psihoza i mogućnosti terapijskih intervencija narcističkih poremećaja ličnosti i time, postavio temelje Self-psihologije. Kohut Self smatra “dinamičkom rezultantom dejstva drugog (majke) na dete” (prema Kondić, 1998, str. 105), a dete je “rođeno u vezi Selfa i Self-objekta” (Ćeranić, 2005, str.125). Svi poremećaji u osnovi imaju poremećen odnos Selfa i Self-objekta. Ukoliko majka, kao roditeljski Self-objekat, empatički izlazi u susret detetovim self-potrebama, fragmentisani (rani, preverbalni) Self se razvija u kohezivni, zdravi Self; u suprotnom – ako majka ne poseduje empatičnost kao ključnu karakteristiku i ako frustracije nisu razvojno optimalne, dete razvija narcistički poremećaj ličnosti – koji ima dva karakteristična oblika transfera – ogledajući u idealizujući transfer. Da bi dete povratilo osećaj “blaženog savršenstva veze sa majkom” razvija “grandiozni Self” ili “idealizovani roditeljski imago”. U prvom slučaju dete poriče potrebu za majkom (živi kao u “plastičnom mehuru”), u drugom se stapa sa idealizovanom roditeljskom slikom. Oba rešenja su nezadovoljavajuća – identitet je slab i lomljiv, stalno gladan gratifikacija i povlašćivanja, ako oni izostanu, javlja se opasnost od razgradnje identiteta.

Narcistički transfer i nije transfer u pravom smislu reči, jer dete nije stiglo da napravi “skriveno zalihe arhaične objekt-ljubavi ili mržnje na kojima bi se transfer mogao razvijati” (Kondić, 1998, str. 217). U transfernom odnosu sa terapeutom, tokom terapije, narcistički pacijent razvija kohezivni self i zdrave ambicije i asertivnost, odnosno zdrave idealvrednosti. Tako terapeut na sebe uzima ulogu empatične self-objekat okoline i doprinosi ozdravljenju pacijenta.

## Zaključak

Razvoj psihoanalitičke teorije i psihoanalitičkih terapija, nasuprot tvrdnjama da savremeno (potrošačko) društvo „nema vremena“ za psihoanalizu, nastavlja se i daje značajne doprinose. Odnos prema psihoanalizi, kako onih koji je vole, tako i onih koji je žarko osporavaju, po pravilu je „prilično ostrašćen“ – teško je priznati da nismo toliko moćni da upravljamo sobom i „silama nemevljivim“ koje vitlaju našim nesvesnim. Broj članova Svetske psihoanalitičke asocijacije povećava se iz godine u

godinu. Po mišljenju Mičela (Mičel, prema Vukosavljević–Gvozden, 2007) „danas ona predstavlja najmnogobrojniji i najuticajniji psihoterapijski esnaf XXI veka. Na elitnim univerzitetima – Jejl, Oksford ... organizuju se interdisciplinarni timovi koji proučavaju osnovne Frojdove postavke, organizuju se škole za psihoanalitičko istraživanje. Različite psihoanalitičke škole koje danas postoje sve su više eklektičke – među njima nema nepremostivih granica, osim „jedne demaracione linije koja može poslužiti kao orijentir – dva modela – model nagona – odnosno konflikta i model razvojnog zastoja (str. 216).

Naš rad nije pretendovao sagledavanju svih aspekata psihoanalitičke psihoterapije dece, čak ni sve tananosti transfernog (i kontratransfernog) odnosa terapeut – dete–pacijent. Ova skica daje samo pregled razvoja psihoterapijskog, pre svega transfernog odnosa kroz tok psihoanalitičke misli i terapije od njenih početaka do današnjih dana. Pravi transfer – transferna neuroza u Frojdovom smislu reči je snažan emocionalni odnos pacijenta prema ličnosti terapeuta, za koji realne prilike, a ni ponašanje terapeuta ne daje nikakav povod. Psihoanaliza bez transfera ili prenosa nije moguća, kaže Frojd. Razrada pojma je sledila od strane A.Frojd i Bečke škole, M. Klajn i Londonske škole, kao i Britanske nezavisne grupe, preko shvatanja Ego-psihologa, Self-psihologa (Kohut), francuskih psihoanalitičara (Lakan), Intersubjektivne teorije Stolorova... Transfer postaje deo ličnog, intersubjektivnog odnosa, istinski ljudski odnos i prostor, mogućnost pacijentu da uz terapeuta proživi na pozitivan način ranija traumatska iskustva i krene putem rasta i razvoja. Pri tom empatijski odnos – sadoživljavanje, saučestvovanje postaje osnova terapijske komunikacije. Sasvim nam je prihvatljiva tvrdnja Vuča (Vučo, prema Vukosavljević–Gvozden, 2007) da je svakako najrevolucionarnija promena u shvatanju transfernog odnosa to da pored psihoanalitičke objektne dijade, „postoji važan treći objekat – analitički treći – zajednički, ali asimetričan, konstruisan i doživljen set svesnih i nesvesnih intersubjektivnih iskustava u kojima oba člana učestvuju“ (str.192).

Frojdova psihoanalitička psihoterapija je kao cilj imala da „histeričnu bedu, pretvori u svakidašnju nesreću“ (Džekobi, 1975, str. 151). I danas je psihoterapija „nužno zlo“ koje ne može zameniti osećajna zadovoljstva i duhovno blagostanje, kako odraslih, tako i dece i mladih. Naglašena potreba za psihoterapijom danas je često dokaz razarajuće patnje i neprimerenosti porodice i društva detetu i adolescentu. Psihoterapija ne može da nudi sreću i blagostanje, ali bi trebalo da ponudi deci i mladima bar život dostojan čoveka i pomiri ih sa sobom. Smirnof (Smirnof, 1967) je

tvrdio: “Mi želimo da ostvarimo prilagođavanje deteta ali ne u smislu društvenog konformizma, nego samo sa namerom da se dete oseća slobodnim da raspolaže samim sobom, da deluje i da govori u svoje vlastito ime” (str.172). Za razliku od klasične psihoanalize, koja kao krajnji cilj psihoterapije navodi razvijanje sposobnosti da se radi i voli, H. Kohut optimistično ističe kao cilj psihoterapije razvoj kapaciteta osoba da se raduju i budu ponosne na svoje potencijale (Vukosavljević – Gvozden, 2007).

### Literatura

- Vigotski, L.S. (1990). Istorijski razvoj ponašanja čoveka, Zbornik Kognitivni razvoj deteta, Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Vukosavljević–Gvozden T. i sar. (urednik) (2007). Psihoanaliza nakon Frojda – Razvoj i relacione perspektive. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
- Dimitrijević, A. (urednik) (2005). Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
- Džekobi, R. (1975). Društveni zaborav. Beograd: Nolit.
- Erić, Lj. (2002). Psihoterapija. Beograd: Medicinska knjiga.
- Hider, N. (1979). Radikalne perspektive u psihologiji. Beograd: Nolit
- Klajn, M. (1983). Zavist i zahvalnost. Zagreb: Naprijed.
- Kondić, K. (1998). Psihodinamska razvojna psihologija. Beograd: Plato.
- Kondić K.(1996). Psihologija ja. Beograd:Plato.
- Kondić, K. Levkov, Lj. (1997). Prvih deset godina. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Međedović, J. (2009). Ka novom teorijskom konceptu empatije, U: Tematski zbornik radova *Ličnost, profesionalno usmerenje i radni kontekst*, 5 – 21. ur. Stojiljković, S. Nešić, V. Hedrih, V, Niš:Filozofski fakultet.
- Smirnov V. (1967). Psihoanaliza deteta. Beograd: Kultura.
- Tadić, N. i sar. (2004). Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih. Beograd: Naučna KMD.
- Trebješanin, Ž. (2005). Leksikon psihoanalize. Podgorica: Nova knjiga.
- Ćeranić, S. (2005). Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Stanković – Đorđević Mirjana

**TRANSFERENCE RELATIONSHIPS IN THE PSYCHOTHERAPY  
OF CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Abstract**

*Child psychotherapy has come a long way since the earliest belief that the cure was hidden in the solution to the unconscious conflict which causes the symptoms in the form of a patient's inadaptability mechanisms, with the analyst being „functionally neutral“. The contemporary concept of psychoanalytic situation comprises intersubjective analyst – patient system and it points up the significance of insight and affective attachment to the analyst, the solution of the „here“ and „now“ relationship as well as the comprehension of a family psychodynamic and relationships within it. Historically speaking, the focus has moved from psychodynamic determinism to the freedom of ego. Transference implies the relationship between three persons: the subject, the object from the past and the object of the present. It originates from the earliest relationship between a child and a mother, which starts prenatally and continues with its development in the first months and years of the child's life. That relationship can be both satisfactory and pleasing to a child („sufficiently responsive mother“). However, an imbalanced and inadequate effort made by a significant person with respect to child's body and senses can sometimes lead to pathology. Transference in psychotherapy comprises the creation of the past in the present moment in a particular manner and under particular circumstances. In psychotherapy, transference becomes the part of a personal, intersubjective relationship, and it points up the significance of honest human relationships as well as the space within which the patient is granted a possibility to relive earlier traumatic experiences with the help of a therapist and to continue with growth and development. The emphatic relationship - self-perception and self-participation - becomes the basis of therapy communication.*

**Keywords:** *psychotherapy, transference, transference neurosis, empathy*