

DINAMICI PREOEDIPIENE ÎN PSIHOPATOLOGIA ADOELSCENTELOR

ROXANA RĂZĂROIU^[1]

„Psihanaliza este o experiență emoțională trăită. Ea nu poate fi perfect tradusă, transcrisă, înregistrată, explicată, înțeleasă sau spusă în cuvinte. Este ceea ce este. Cu toate acestea, cred că este posibil să spui ceva despre această experiență trăită, ceva valoros pentru a gândi despre ceea ce se întâmplă între analiști și pacienții lor atunci când sunt angajați în travaliul psihanalitic.”

Th. Ogden

Vom regăsi în psihopatologia adolescentelor, în forme diverse, imaginile antagonice neintegrate, clivate, ale obiectelor parțiale: ”mama bună” și ”mama rea”. Maternaajul insuficient de bun, în dezacord cu nevoile primare ale copilului, fie că este vorba despre deprivare, lipsă, despre inconstanță și în cealaltă extremă despre exces, sau/și despre mame care nu pot suporta inconștient procesul natural de separare, izvorât din impulsul sănătos de creștere al copilului, va repercuta în mod dramatic la pubertate. În jurul acestor dinamici arhaice se vor cristaliza tulburările ulterioare, al căror prim debușeu va fi de cele mai multe ori adolescența.

¹ Roxana Răzăroiou este psihoterapeut psihanalitic afiliat INSIGHT- Asociația pentru promovarea psihanalizei teoretice și clinice. Email: roxanarazaroiu@yahoo.com

Dinamicile arhaice fundamentează maniere particulare în care adolescentele își experimentează corpul, acesta fiind transformat în teatru de proiecție. Conduitele automutilante și conduitele alimentare deviante sunt observate mai ales în cazul fetelor și pot fi de multe ori privite printr-o lupă a perversiunii declinate la feminin, fiind "pervertite", impregnate de sexualitate.

CUVINTE-CHEIE: adolescență, sexualitate, perversiune, "mama bună" și "mama rea", dinamici preoedipiene.

În ultima perioadă de timp, munca mea în cabinetul de psihoterapie a început să graveze în jurul pacienților adolescenți. Numărul pacienților adolescenți cu care lucrez a crescut, fără a depăși însă numărul de pacienți adulți pe care îi am în terapie la momentul prezent. Totuși, dat fiind gradul de tulburare în care acești tineri pacienți se află, alături de dificultățile specifice acestei etape de vârstă, atenția și interesul meu pentru lucrul cu adolescenți au crescut.

Lucrând cu adolescenții, și în mod particular cu cei de sex feminin, mi-a atras în plus atenția această arie a femininului cu manifestările ei patologice, pot să spun spectaculoase fără teama de a exagera. Am început treptat să mă întreb dacă există elemente comune tuturor acestor paciente și, dacă ele există, care sunt acelea.

M-am îndreptat către discrepanța, prăpastia dintre aparența inițială a unei familii nicidecum disfuncționale, imaginile relativ pozitive ale părinților prezenți în cabinet la consultațiile inițiale sau periodice, îndeosebi aceea a mamei, relația aparent bună dintre aceștia, între ei ca și parteneri de cuplu, cât și cu pacientele în calitate de părinți, istoricul inițial fără evenimente aparent semnificative și, pe de altă parte, gradul de tulburare în care

pacientele se aflau. Aceste două aspecte nu se corelau. Însă ce se potrivea, totuși, tuturor, era tocmai această suprafață a „normalității” și în mod specific imaginea unei mame dedicate, o mamă preocupată de fiica sa, o mamă aproape „perfectă”, iar acolo unde apare imaginea perfecțiunii apare și un semnal de alarmă.

Erau, prin urmare, pacientele mele fiicele unor mame „perfecte”. Ulterior, pe măsură ce avansam în terapie, s-a dovedit că simptomatologia acestor paciente developa și făcea transparentă tocmai relația cu aceste mame „purificate”, dinamicile preoedipiene pe care se sprijinea psihopatologia lor și în plus existența unor figuri paterne absente sau denigrate, care amplificau legătura patologică dintre mamă și adolescente. O traumă „cumulativă” fundamentată pe insuficienta satisfacere a unor nevoi vitale ale copilului, un tsunami declanșat de cutremure îndepărtate, care amenință să devasteze prezentul și să distrugă viitorul, traumă cu atât mai periculoasă cu cât ea este „neștiută”, demult „uitată”.

Între prea puțin și prea mult, în condiții de „criză”

Între copilărie și vârsta adultă, adolescentul este plasat într-un spațiu de tranziție în care nu mai este nici copil, dar nici încă adult, un spațiu în care pendulează între renegarea copilăriei și căutarea unui sentiment nou de continuitate și identitate adultă. Ca urmare a rapidității cu care corpul adolescentului se transformă și a elementului complet nou apărut, acela al maturizării genitale, identitatea sa și sentimentul continuității de sine ce au fost anterior constituite sunt puse la îndoială. În urma intensificării pulsuniilor, dar și ca urmare a perturbării identitare și a nevoii de coerență și echilibru ale Eului, adolescența capătă un caracter de criză ce forțează reluarea multor lupte din anii anteriori.

Există câteva mijloace de apărare care par specifice acestei perioade și spre care adolescenții se orientează cu precădere. Anna Freud a subliniat faptul că frica de intensitatea pulsionilor, care devin extrem de puternice în anumite perioade ale vieții, constituie unul dintre „motivele” mobilizării defensive, o astfel de perioadă fiind cea a pubertății, ea menționând intelectualizarea și ascetismul ca predilecte pentru adolescență.

„Celelalte două motive de apărare descrise de Anna Freud aparțin Eului. Unul dintre ele este frica de intensitatea pulsionilor, care devin extrem de puternice în anumite momente ale vieții, cum ar fi pubertatea (...) La pubertate reacția față de forța în creștere a pulsionilor poate îmbrăca forma ascetismului, care se opune nu numai satisfacerii pulsionilor, ci și oricărei satisfaceri, mergând până la limita autoconservării (refuzul de a purta haine groase în anotimpul rece, reducerea hranei, amânarea urinării și defecației). O altă formă de apărare față de pulsioni caracteristică pubertății este intelectualizarea. În loc de a evita pulsionile, ca în cazul ascetismului, intelectualizarea le abordează într-o formă abstractă, teoretică. Interesele intelectuale și discuțiile pe teme abstracte de tip filosofic, atât de frecvente la pubertate, nu urmăresc rezolvarea unor probleme impuse de realitate, subliniază Anna Freud, ci mai curând exprimă tensiunea conflictului pulsional, pe care-l traduce în termeni abstracti cu scopul de a-l controla.”(Zamfirescu V.D., 2007, p. 281-282)

În plus față de intelectualizare și ascetism reapar mijloace de apărare arhaice, cum ar fi clivajul, cu alternanțe bruște și extreme de la o stare la alta, de la o opinie la alta și mecanismele asociate: identificarea proiectivă, cu „adeziuni bruște și masive la sisteme de idealuri fără nuanțe” (Marcelli D, Braconnier A., 2006, p. 36); idealizarea extremă (de sine sau de obiect); proiecția persecutorie, în care lumea este un loc periculos și ostil. Impulsivitatea și trecerea la act pot fi de asemenea deosebit de accentuate.

„Anna Freud insistă în mod particular asupra maturizării Eului la adolescență și a mecanismelor defensive îndreptate împotriva legăturii cu obiectul infantil și împotriva pulsionilor (...) Combaterea pulsionilor și acceptarea lor, evitarea lor în mod eficace și strivirea de către ele, iubirea pentru părinți și ura, revolta față de ei și dependența, sunt poziții extreme ale căror fluctuații de la una la alta ar fi total anormale la orice altă vârstă. La adolescență ele nu reprezintă decât semnul apariției treptate a unei «structuri adulte a personalității».”(Marcelli D, Braconnier A., 2006, p. 66-67)

Însă, tocmai ca urmare a acestui caracter de „criză” ce este specific adolescenței, atât părinții, cât și clinicienii pot fi tentați să se poziționeze în două direcții diametral opuse, în egală măsură nefericite: fie minimizarea și normalizarea unor turbulențe, un *laissez faire, laissez passer* și refugiarea în pasivitate din partea familiei, fie „diluarea” și estomparea semnificațiilor psihopatologice ale unor simptomatologii din partea clinicianului, care ar putea fi tentat să considere, de asemenea, că nimic serios nu se întâmplă sau patologizarea excesivă a unor conduite minore, ne semnificative și instituirea unor măsuri de forță și de îngrijire disproportionale, ce pot duce la „lipirea” de identitatea adolescentului a unui diagnostic de tulburare, care exacerbează angoasele și care poate determina în final identificarea negativă a adolescentului cu „eticheta”.

Adolescența ca travaliu de doliu

Corpul adolescentului, ca și mintea lui, a pierdut liniștea anterioară, acea capacitate de a fi mulțumit și satisfăcut așa cum era în copilărie, el este acum tot timpul într-o tensiune. Adolescentul este în plin travaliu de doliu, de renunțare la obiectele oedipiene, el a pierdut refugiul matern, copilăria, vechile obiceiuri, vechea funcționare.

„Sigmund Freud, a comparat încă din 1915 starea de doliu la adult cu cea de melancolie. Anna Freud, a realizat în 1958 o comparație între doliu și adolescență: «Un oarecare doliu după obiectele din trecut este inevitabil», declara ea, vorbind despre travaliul psihologic cu care se confruntă orice adolescent (...)

Această comparație între doliu și adolescență va fi reluată de mai mulți autori, unii folosind chiar «travaliul de doliu din adolescență» ca pe un fir roșu, ca pe o axă a înțelegerii și reperării primordiale a ansamblului de transformări psihologice constatate la această vârstă. În literatura anglo-saxonă de inspirație analitică (Blos, Hellman, Laufer) a fost reluată această comparație între doliu și travaliul psihologic al adolescenței. Și școala franceză preia însă tema, iar Haim scrie în 1970: «La fel ca un îndoliat, adolescentul rămâne un oarecare timp scufundat în amintirea obiectelor pierdute și, precum acesta, ideea morții îi trece prin minte. Dar, așa cum dinamica doliului normal permite ca acesta să fie prelucrat, cea a adolescentului face în așa fel încât să nu se fixeze nimic. »”(Marcelli D., Berhault E., 2007, p. 125)

Travaliul de la adolescență este însă unul mai complex decât cel al unui „simplu doliu”, căci presupune pierderi nu doar multiple, ci și simultane, însă diferența majoră față de un proces de doliu este aceea că toate aceste pierderi nu sunt doar gestionate, tolerate, sau ar trebui să fie într-un proces natural de creștere și dezvoltare, ci și de dorit, căci ele sunt inerente acestui proces.

Corp, sexualitate și psihic în adolescență

În adolescență corpul acaparează un rol central atât în relația directă și concretă cu cei apropiați, cât și pe scena mentală a subiectului adolescent.

Conflictele psihice sunt puse în scenă pe planul corpului imaginar, care este un corp fantasmatic construit, o sinteză actuală și prezentă a istoriei noastre emoționale.

Etapei adolescenței îi este caracteristică în primul rând maturizarea sexuală din punct de vedere biologic, un corp într-o continuă și profundă transformare, fapt ce declanșează rearanjarea întregii funcționări psihice în jurul experienței subiective a plăcerii sexuale. Schimbările acestei etape implică nu doar aspecte cantitative, ci și calitative, căci se trece acum de la sexualitatea infantilă, pregenitală, la cea adultă, genitală. Tot acest proces de transformare cantitativă și mai ales calitativă este complicat și de travaliul pe care îl presupune efectul retroactiv, *après coup* ce imprimă sexualului specific infantil o alură potențial incestuoasă.

În general, conduitele adolescenților care gravitează în jurul corpului sunt circumscrise sexualității, într-o formă sau alta, în încercarea de a gestiona sau de a controla tensiunea sexuală și bulversarea liniștii corpului de către aceasta. Ei își manipulează în diverse moduri corpul fizic și nevoile fiziologice, în mod preponderent cele alimentare și de somn. Adolescentul își va folosi de multe ori corpul ca pe un obiect tranzitional spre care își va reorienta erotismul și agresivitatea.

„Atunci când se abordează câmpul specific al psihopatologiei conduitele centrate pe corp trebuie avute în vedere două tipuri de mecanisme defensive a căror prevalență este mai mare decât a altora: 1) nevoia de control, defensă pusă în folosul progresului, evidențiată în clinică de ascetism, dar care poate lua o asemenea intensitate încât toată emergența pulsională trebuie anihilată (ca în cazul anorexiei mentale); 2) capacitatea de regresie, în dimensiunea sa temporală, marcată de întoarcerea la sursele de satisfacție anterioare, parțial abandonate.” (Marcelli D., Braconnier A., 2006, p.158)

Apariția pubertății este cu certitudine un moment în care pulsivitatea

sexuală, dar și cea agresivă sunt intensificate, iar această intensificare determină o stare tensionată în interiorul subiectului, pe care acesta va încerca să o gestioneze sub diverse forme pe care le are la îndemână și potrivit modului în care s-a structurat funcționarea sa psihică până la acel moment.

„Agitația internă este adesea resimțită de către adolescent ca un semn de agresivitate – cu atât mai mult cu cât cei din anturajul lui o numesc astfel. Winnicott (1985, 1975) redă pe scurt acest punct de vedere astfel: «A crește este prin natura lucrurilor un act agresiv». El adaugă: «Dacă în fantezmele primei copilării întâlnim moartea, în cele ale adolescenței întâlnim crima.»” (Marcelli D., Berhault E., 2007, p. 132)

Raportându-ne la sexualitate, caracteristica psihicului infantil este aceea a nefinalizării, a neîmplinirii, nu poate intra în joc o satisfacție sexuală adevărată și toată această tensiune va rămâne să fie reglată prin intermediul gândirii și/sau al cuvântului, copilul trebuind să simbolizeze ceea ce nu poate împlini încă, însă are potențialul să o facă în viitor. Este stabilit așadar un sistem de autoreglare (bazat de capacitatea mediului de a îndeplini funcția sa de „barieră împotriva excitațiilor”, deci pe funcția sa de a fi oferit copilului reglarea din exterior), potrivit căruia „actul” nu este posibil și este substituit (se poate realiza/ ține loc) de către gândire/cuvânt, cu alte cuvinte prin reprezentare/simbolizare.

„Cadrul familial – este rolul său – va încerca să mențină intensitatea excitațiilor cu care copilul este confruntat la un nivel pe care el le poate «conține» și gestiona în funcție de capacitățile sale; el asigură sau trebuie să asigure o funcție de «barieră împotriva excitațiilor.»” (Russillon R., Chabert C., Ciccone A., Ferrant A., Georgieff N., Roman P., 2010, p. 227)

Această mișcare psihică are rolul și de a amâna/renunța în prezent, în speranța unui viitor în care realizarea/punerea în act va deveni posibilă. Adolescența introduce o răsturnare a acestei organizări, iar organizarea an-

terioară este destructurată de noile date ale realității.

Cuplul mamă/copil

Copilul a fost privit pentru mult timp ca o figură ingenuă, i s-au „refuzat” toate afectele, senzațiile și trăirile ce nu se puteau circumscrie acestei figuri angelice și, poate și în raport cu această imagine, și cealaltă, aflată la celălalt capăt al relației obligatorii în interiorul căreia un copil se dezvoltă inițial și anume mama sa, a fost în plus idealizată. A fost nevoie și de mai mult timp pentru ca maternitatea să iasă la rândul ei din ideal.

Dependența unui copil de obiectul său primar (mama sa sau un substitut matern) este absolută, iar cea mai mare traumă prin care poate trece un copil este aceea a pierderii iubirii materne. Așa cum a arătat Fairbairn, un copil care trăiește sentimentul respingerii materne își va intensifica atașamentul față de această figură, ca urmare a lipsei de opțiuni pe care copilul mic le are la îndemână. De fapt, copilul mic nu are nicio opțiune, nu poate alege altceva/pe altcineva, el este complet dependent în mod obiectiv, iar o eventuală rupere a atașamentului va fi resimțită ca o amenințare la viață. Copilul va fi obligat să accepte ceea ce îi oferă părintele, indiferent cât de toxic este acesta și ceea ce îi oferă el. Deprivarea va avea în timp efecte cumulative, iar nevoia copilului va deveni din ce în ce mai mare, pe măsură ce acesta crește.

„Tendința de a crea legături emoționale intime cu anumiți indivizi este un element fundamental al naturii umane, deja prezent într-o formă germinală la nou-născut și care continuă să existe la vârsta adultă, până la bătrânețe. În perioada de sugăr și în copilărie, aceste legături se creează cu părinții (sau înlocuitori ai acestora), care sunt căutați pentru protecție, liniștire și sprijin(...) Prin urmare(...), legăturile emoționale intime nu sunt

înțelese nici ca fiind subordonate nevoilor de hrănire și sexuale, și nici derivând din acestea.”(Bowlby J., 2011, p. 195-196)

Mama bună și mama rea

Amintirile, sau mai bine spus experiențele pozitive ale copilului din relația cu obiectele externe și în mod esențial cu mama, vor fi grupate în jurul unei imagini în terne a unei *mame bune* și devin internalizate (introiectate), iar copilul va fi capabil să le păstreze/aceseze în interiorul său și în lipsa fizică a obiectelor externe. Copiii care nu au suficient de bine conturată această zonă internă vor fi incapabili să se separe de părinți sau procesul va fi extrem de problematic și supus riscurilor. Similar, pe baza experiențelor negative, frustrante și nesatisfăcătoare se va constitui imaginea unei *mame rele*, percepută inițial ca fiind complet separată de imaginea *mamei bune*; acestea nu sunt două aspecte diferite ale aceleiași persoane, ci sunt percepute ca două persoane diferite. Echilibrul acestor două forțe antagonice este esențial în integrarea ulterioară a imaginilor clivate într-una singură și atingerea ambivalenței. Cu cât experiențele legate de frustrare, respingere și neplăcere sunt mai accentuate față de cele legate de iubire, acordaj și gratificare, optimul este depășit iar integrarea nu poate avea loc, căci capacitatea psihică a copilului de a tolera realitatea unei mame insuficient de bune este cu mult depășită.

Însă integrarea celor două imagini antagonice de obiect parțial într-unul singur este în strânsă legătură cu integrarea internă a părților diferite din sine. În măsura în care mama este percepută ca fiind rea, în aceeași măsură mobilizează percepția de sine ca fiind un sine rău, lipsit de valoare, nemeritos și invers, experiența obiectului gratificant declanșează percepția unui sine bun, iubit, valoros. Eșecul integrării obiectului va fi direct pro-

porțional cu eșecul integrării sinelui, iar copilul nu va putea să se trăiască pe sine ca fiind una și aceeași persoană în momente diferite.

În mod ideal, figura de atașament este o *mamă suficient de bună*, după cum o numește Winnicott, cu alte cuvinte o mamă adaptată la nevoile copilului ei, care să furnizeze un acordaj suficient între nevoie și răspuns, de asemenea manieră încât să ofere bebelușului iluzia de omnipotență creatoare a obiectului, iluzie necesară atât dezvoltării ulterioare a unui Eu puternic, cât și a unui sentiment de a fi real și autentic (*Sine real versus Sine fals*).

În cealaltă extremă există mama psihotică, ce poate avea capacitatea de a gestiona inițial bebelușul până acolo unde acesta începe să aibă, așa cum este și firească, nevoie graduală de separare, moment în care mama nu se poate ajusta noii etape, rămânând patologic preocupată de bebeluș și identificată cu acesta.

Winnicott considera că cel mai greu de tolerat mediu (mamă) este cel (cea) care se schimbă imprevizibil, vorbind despre mama amăgitoare (*tantalizing mother*) în relație cu care bebelușul va fi obligat să compenseze intelectual și să se apere prin intelectualizare.

„Anumite tipuri de eșec din partea mamei, mai ales comportamentul schimbător, produc o supra-activare a funcționării mentale. În acest caz, de creștere excesivă a funcției mentale ca reacție la maternajul imprevizibil, observăm că se poate dezvolta o opoziție între minte și psihe-soma, deoarece, ca reacție la această stare anormală de mediu, gândirea individului începe să preia controlul și să organizeze îngrijirea psihe-somei, în vreme ce, în starea de sănătate acestea sunt funcțiile mediului. În condiții sănătoase mintea nu uzurpă funcția mediului, ci face posibilă o înțelegere și, în cele din urmă, o utilizare a eșecului relativ al mediului. (Winnicott, *Mind and its relation*, 1949, p. 246)” (Abram J., 2013, p.313)

Astfel, copilul supraviețuiește psihic prin intermediul minții, în fața unei mame care a eșuat să se adapteze la nevoile lui. Aceasta este un tip de mamă ce va parazita copilul și va exploata capacitatea minții acestuia de a gândi, de a face legături, de a înțelege și în final copilul o va substitui pe mamă, îi va prelua funcția pe care aceasta nu o poate îndeplini corespunzător și se va materna de unul singur. Acest fel de inteligență sclipitoare compensează o deprivare maternă pe măsură, este invers proporțională cu ce a putut mama să ofere.

Multe mame nu pot suporta inconștient procesul natural de separare, izvorât din impulsul sănătos de creștere al copilului, deoarece acest tip de mamă se apără de diverse afecte folosindu-și copilul, se hrănește din relația cu copilul ca dintr-un sân simbolic, ea se sprijină intern pe copil și nu invers cum ar fi firesc, iar copilul devine un prizonier, un obiect furnizor.

O mamă care recompensează copilul pentru pasivitate și dependență și care se retrage, își retrage afecțiunea când este confruntată cu agresivitatea copilului și cu dorința lui de individuare/separare poate fi regăsită în geneza funcționării borderline.

„Particularitățile variază de la o familie la alta, dar, în general, tatăl copilului borderline nu se implică în relația mamă-copil. Influența sa este aproape întotdeauna, prin absență, mai degrabă o întărire a relației strânse, exclusive, mamă-copil, decât un efort de a se opune acesteia prin ghidarea copilului spre lumea externă...

În studiul meu, când am examinat dinamica dintre părinții pacienților mei, am descoperit că există în cuplu un contract emoțional inconștient, de cele mai multe ori neverbalizat, în care mama îi permite tatălui să se îndepărteze de casă, indiferent de motiv sau beneficiu, fie pentru carieră, hobby sau alte relații de prietenie, pentru a-i lăsa mamei, în schimb, dreptul exclusiv de îngrijire – și de control – asupra copilului. Mama nu s-a plâns

niciodată de timpul neobișnuit de mare pe care tatăl îl petrecea în afara casei. Ceea ce am învățat este că mama nu îl dorea în casă pe tată, mai ales dacă el voia să joace rolul de «eliberator» sau salvator, extrăgând copilul de sub tutela ei și introducându-l în realitatea generoasă.”(Masterson J. F., 1990, p. 95-96)

În unele cazuri particulare doar durerea și suferința fizică mobilizează în adult capacitatea de a se ocupa de copil și astfel acesta va suferi veșnic de dureri de burtă, de cap, de urechi, de orice fel de durere pentru a putea realiza un schimb afectiv. Dacă există dureri reale, acestea par a da acestor subiecți iluzia că în izolarea lor afectivă există ceva real. Ființa se disociază de starea de bine, pentru a se lega de o stare patogenă cum este durerea care îi devine singura companie reală, un semnificant al unei relații imaginare cu „orice altceva” în absența cuiva.

Astfel o parte din corpul subiectului sau întregul său corp devine „ca un altul”, ocupându-se unul de celălalt ca în interiorul unei relații reale. Se fundamentează astfel la nivel simbolic o relație de *automaternaj*. „Atunci când are bani și vede mulți medici, îi face neputincioși să îl ajute, dar nici măcar nu-i face plăcere. Ei sunt doar martorii conversației sale interminabile cu răul din propriul corp, care este imposibil de vindecat... Este ca în cazul anumitor nevroze și al anumitor bolnavi psihosomatici, pentru care vindecarea nu trebuie să se realizeze complet: trebuie doar alinați; vindecarea ar fi pentru ei simbol al pierderii narcisice, al amenințării morții. Sunt mult prea singuri...Este o formă de dragoste pentru ei înșiși, în care sunt în același timp și mama și copilul...Este o iubire care ocupă.”(Dolto F., 2005, p. 264-265)

Atacul (asupra) corpului

„Impulsivitatea implică întotdeauna și o formă de «satisfacție-surogat» care determină persoana să se simtă bine o scurtă perioadă. Fairbairn este cel care a recunoscut acest comportament. Aceste forme de gratificare servesc drept substitute temporare pentru intimitatea și iubirea care sunt absente. De obicei aceste comportamente compensatoare includ dependențe, cum ar fi: exerciții fizice excesive, tulburări alimentare, dependența de cumpărături și jocuri de noroc, abuz de alcool sau de droguri.”(Celani D.P., 2014, p. 130)

Fluctuațiile intense între iubire și ură sunt în general caracteristice copiilor care au avut părinți narcisici, mame care oferă sânul, pentru ca în momentul următor să îl retragă, prin sân înțelegând mai mult decât partea corpului responsabilă cu hrănirea și anume tot ce înseamnă dragoste, plăcere, siguranță, reglaj emoțional, cât și senzațiile mai timpurii de căldură, moliciune, plenitudine și calmare a disconfortului. Unele mame inversează rolurile, copilul devenind pentru acestea un „sân” a cărui sarcină este să le „hrănească” și să aibă grijă de ele. Retragerea sânului în modul descris mai sus, precum și inversarea rolurilor atrag după ele o furie ucigașă, copleșitoare pentru copilul mic.

„În timpul adolescenței, dacă urăște corpul sexual al mamei sale și nu se poate identifica cu aceasta și cu corpul acesteia, adolescenta își va folosi propria mână pentru a-și ataca propriul corp într-o manieră compulsivă, de exemplu tăindu-și încheieturile sau brațele. Aceste activități, potrivit lui Lauffer, apar ca o consecință a «izbucnirii de necontrolat a agresivității împotriva mamei, a partenerului sexual sau a analistului»” .(Welldon E.V., 2004, p. 36-37)

În cazul existenței zonelor de funcționare psihotică, adolescenta ex-

perimentează și percepe atât obiectele sale oedipiene interiorizate, cât și propriul corp sexualizat în cheie persecutorie. Capacitatea sa de a se lupta cu acești persecutori interni se va transpune în realitate, relația de obiect va fi externalizată și adolescența își va ataca corpul (suport pentru proiecție), în timp ce va păstra un grad de contact cu realitatea, ce nu va fi abolită în totalitate.

Aceste figuri feminine nu își experimentează nici mintea și nici corpul ca aparținându-le lor însele și tocmai de aceea trăiesc compulsia de a le scoate de sub stăpânirea celei în care se află și anume propria mamă, de a se răzbuna pe acest corp/minte care este identificat ca fiind mama și devenit teatrul răzburării împotriva elementului comun fiicei și mamei și anume genul, căci, oricum, pe de altă parte, tot mama este furnizoarea acestui corp pe care adolescența îl urăște. Odată cu intrarea în scenă a sexualității, în această etapă, aceste corpuri încep să se transforme implacabil și ireversibil și să devină din ce în ce mai asemănătoare cu cele ale mamelor, aceasta având drept consecință directă reactualizarea și reluarea dinamicilor arhaice conflictuale cu mama, în mod special cele legate de frustrare și agresivitate.

Uterul rătăcitor sau perversiunea declinată la feminin

S-a considerat pentru o lungă perioadă de timp că perversiunea este specifică masculinului, aceasta fiind văzută ca o modalitate de a gestiona anxietatea de castrare, de pierdere a penisului. În ceea ce privește femininul, ca urmare a lipsei penisului, perversiunea nu a fost văzută ca fiind accesibilă în această formă, ulterior constatându-se nu numai că femeile pot avea perversiuni, dar și că ele se pot folosi de întregul lor corp pentru a simboliza. Așa cum remarca Lacan, tocmai pentru că femeia nu deține un

penis, ea însăși poate deveni un falus, cu întregul ei corp.

Perversiunea a fost utilizată ca și termen în relație cu sexualitatea, însă anterior lui Freud, desemna „deviația instinctelor”. „E greu să concepem noțiunea de perversiune altfel decât prin raportarea la o normă. Înainte de Freud și chiar și în zilele noastre, termenul este utilizat pentru a desemna «deviații» ale instinctului definit ca un comportament preformat, propriu unei anumite specii și relativ invariabil în ceea ce privește realizarea și obiectul său...

În psihanaliză se vorbește despre perversiune numai în relație cu sexualitatea. Deși Freud recunoaște și existența altor pulsuni decât cele sexuale, el nu vorbește de perversiune în relație cu acestea. În domeniul pulsuniilor de autoconservare el descrie, fără a folosi termenul perversiune, tulburări ale nutriției, pe care mulți autori le desemnează ca perversiuni ale instinctului de nutriție. Pentru Freud, asemenea tulburări sunt datorate efectelor pe care sexualitatea le poate produce asupra funcției alimentare (libidinizare); s-ar putea deci spune că aceasta este «pervertită» de sexualitate.”(Laplanche J., Pontalis J.-B., 1994, p. 278-279)

Tulburările alimentare, anorexia, bulimia, cât și automutilările ce apar într-un procent semnificativ de mare la adolescente în comparație cu adolescenții băieți pot fi de extrem de multe ori privite prin această lupă, a perversiunii declinate la feminin și sunt prin urmare pervertite, impregnate de sexualitate.

Dinamicile preoedipiene și perversiunea

În patologiile perverse, fazele preoedipiene par să joace un rol major, perversiunea luând alura unei apărări în contra anxietății de separare de mama gratifiantă de această dată, acest tip de anxietate depășind ca

intensitate anxietatea de castrare. Robert Stoller descrie perversiunea ca fiind „forma erotică a urii”, susținând că toate formele de perversiune au în comun această valență. Perversiunea apare ca fiind declanșată de o angoasă de nesuportat, reacție la un atac asupra identității de gen a subiectului, asupra masculinității sau feminității sale. La originea comportamentului pervers el plasează o traumă ce declanșează agresivitatea și nevoia de răzbunare ale subiectului în cauză, perversiunea fiind modalitatea prin care acesta preia controlul asupra traumei inițiale, precum și modalitatea prin care, în egală măsură, se răzbună.

„Perversiunea, forma erotică a urii, reprezintă o fantasmă, de regulă pusă în act, însă uneori fiind limitată la o visare (fie imaginată de persoana însăși, fie produsă de alții, adică pornografia). Aceasta este o deviație pe care individul o preferă și o practică în mod regulat, fiindu-i necesară pentru satisfacerea deplină; ea este motivată în principal de ostilitate. Prin «ostilitate» înțeleg o stare prin care un individ dorește să rănească un obiect; este diferită de «agresiune», care adesea presupune utilizarea forței. Ostilitatea din cadrul perversiunii ia forma unei fantasme de răzbunare ascunsă în acțiunile care constituie perversiunea și care au ca scop să transforme trauma din copilărie în triumful de la maturitate.”(Stoller R.J., 2014, p. 13)

Masud Kahan abordează perversiunea prin intermediul noțiunii winnicottiene de fenomen tranzițional, acea dimensiune a existenței umane care nu aparține în totalitate nici lumii interne, dar nici lumii externe. Este un spațiu care conectează, dar și separă interiorul de exterior. Pe măsură ce bebelușul începe să separe *Mine* de *Ne-Mine*, el poate lua în posesie un obiect tranzițional care o reprezintă pe mamă și funcțiile ei, însă în egală măsură exprimă și capacitatea bebelușului de a crea/de a își furniza ceea ce are nevoie. Astfel, fetișul poate deriva parțial din obiectele tranziționale, punând în relație configurațiile preoedipiene cu cele oedipiene, angoasa

de castrare fiind o nouă exprimare a angoaselor de separare. Ca element comun al tuturor formelor de perversiune este identificată de către autor relația patogenă cu mama, un Eu care abordează perversiunea ca pe o soluție reparatorie a incapacității materne de a se racorda la nevoile arhaice ale copilului.

În cazul ambelor sexe, perversiunea implică un clivaj între sexualitatea genitală și ceea ce pare să fie în aparență sexual, însă care aparține unor stadii mult mai primitive, pregenitale. În cazul bărbaților, clivajul separă corpul adult din punct de vedere anatomic de o reprezentare inconștientă a acestui corp ca aparținând unui copil foarte mic, furios și disperat, care conștientizează doar anxietatea și sentimentul efemer de detensionare pe care îl oferă actul pervers, compulsia la repetiție și suferă de o „cecitate psihică” în ceea ce privește ura, ostilitatea și dorința de răzbunare. În cazul bărbaților „ținta” este un obiect parțial din exterior, în timp ce în cazul femeilor „ținta” o constituie ele însele, întregul lor corp sau un obiect extern perceput ca fiind propria lor creație și anume propriul copil. Aceste femei își tratează fie propriul corp, fie propriul copil, ca pe obiecte parțiale.

Persoana perversă trăiește sentimentul inconștient de a nu i se fi permis niciodată să se separe, să fie un individ liber de a fi el însuși, cu propria identitate, este o ființă incompletă, ce a servit doar ca obiect parțial pentru propria mamă. Experiența arhaică este fie aceea de a fi fost nedorit și ignorat, fie confundat total cu mama, supraprotejat de către aceasta, sufocat și, ca și în prima configurație, în egală măsură anulat. Ambele situații creează un nivel extrem de insecuritate și vulnerabilitate, ce mobilizează în egală măsură ura către persoana alături de care a experimentat aceste trăiri și anume mama. Punerile în act cu aparență sexuală ale acestor dinamici sunt doar defensele îndreptate împotriva angoaselor primitive de abandon și odată cu aceasta aceea de fragmentare și/sau anihilare, izvorâte din ex-

perimentarea mamei arhaice ca fiind una extrem de periculoasă.

Pentru funcționarea psihică a oricărei femei este fundamental și determinant faptul că are un corp înzestrat atât pentru a putea să aducă pe lume copii, cât și pentru a putea să îi hrănească. Ea este în contact la nivel inconștient și ulterior conștient cu faptul că posedă organe reproducătoare, că are capacitatea de a aduce pe lume o nouă ființă, fapt ce îi va transforma corpul și îi va impacta profund întreaga existență. Copilul va fi reprezentat și experimentat ca făcând parte pentru totdeauna din sine însuși și, în același timp, ca fiind parte din partenerul său și parte din lumea exterioară.

Pentru a înțelege perversiunea masculină s-a creditat fantasma pe care copilul o are asupra existenței unui falus la propria mamă, echivalat cu sânul și nu invers, un sân echivalat cu un falus pe care mama preoedipiană, controlatoare și puternică îl posedă apriori și prin intermediul căruia își controlează în diverse moduri bebelușul și viața acestuia.

În cazul perversiunii feminine, poate fi folosit atât corpul în integralitatea sa, cât și reprezentările mentale pentru a pune în act sadismul, situație în care tulburările alimentare și automutilarea devin forme în care este trăit sentimentul de plăcere, de a avea puterea absolută asupra corpului, de a-i controla forma și funcțiile, inclusiv menstrele.

„Femeia devine un fetiș în sine, înzestrată ca toate fetișurile cu semnificație sexuală, dar în același timp complet nepotrivită să servească scopului sexual normal. O astfel de femeie răspunde cu corpul ei fetișist la relațiile heterosexuale ca o apărare împotriva homosexualității latente. Bărbatul este instrumental deoarece a fost respins de către ea din momentul în care acesta încearcă să-și asume o relație falică cu ea. Convingerea lui fermă, afirmată ca «tu ești femeia mea», este legată de atitudinea lui coluzivă de a o trata ca pe un fetiș..”(Wellدون E. V., 2004, p. 36-37)

Pentru a-și exprima perversitatea, atât bărbații, cât și femeile se fo-

lolesc de propriile organe sexuale, bărbații folosindu-se de penis pentru a ataca și a își exprima ura, iar femeile folosindu-se de întregul lor corp ca purtător al sexualității, această sexualitate feminină ce este încapsulată nu într-un singur organ, ci în mai multe, într-un mod fățiș și în același timp atât de ocult aflată undeva în adâncul corpului lor. Nu s-a crezut pentru mult timp că simptomele isterice sunt cauzate de dislocarea uterului și migrarea lui prin corp? Nu este aceasta o reprezentare a sexualului feminin ce poate să migreze și să se regăsească la nivelul întregului corp?

Deși în ceea ce privește definirea perversiunii s-au luat în calcul pervertiri ale instinctului, „ale «simțului moral» (delincvență), ale «instinctelor sociale» (proxenetism), ale instinctului de nutriție (bulimie, dipsomanie).” (Laplanche J., Pontalis J.-B., p. 278), nu s-a luat în calcul și posibilitatea perversității instinctului matern.

Uneori însăși dorința de a deveni mamă este impulsionată de motive inconștiente perverse, a fi mamă implicând asumarea unui rol de Creator, de stăpân absolut, care controlează pe deplin o altă ființă umană ce urmează să i se supună nu numai din punct de vedere emoțional, ci și din punct de vedere biologic, aceasta fiind o mamă profund posesivă, invidioasă, ce atacă inclusiv obiectul tranzițional al copilului.

Astfel de mame își vor experimenta copiii ca fiind pentru totdeauna părți din sine însuși, cărora nu le vor da libertatea să existe separat, să crească, să își formeze o identitate sexuală sau orice fel de identitate. Capacitatea corpului feminin de a conține în interiorul său un alt corp, o ființă în interiorul unei alte ființe, furnizează femeilor o bază inclusiv biologică pe care se pot articula fantasme caracteristice relațiilor cu dinamică perversă, cum ar fi de a-l „înghiți” pe celălalt, a-l lua în sine, a-l dezumaniza, a-l invada, a-l controla în mod absolut, de a fi contopit unul cu celălalt.

Relația pervertită dintre o mamă și copilul său este reiterarea/ex-

ternalizarea unei relații de obiect arhaice, de aceea am putea considera că perversiunea unei femei este în legătură nu cu dorința de a obține iubirea tatălui (așa cum bărbatul are în vizor relația cu mama în ceea ce privește perversiunea sa), ci cu răzbunarea pentru umilința și frustrarea pe care le-a trăit în perioada preoedipiană.

În loc de concluzii

Dincolo de specificitatea etapei adolescenței, care implică reparația unor mijloace de apărare arhaice într-o formulă a „normalității” și o anumită difuzie identitară, în lucrul cu pacientele adolescente aflate într-un grad accentuat de tulburare am regăsit un Eu ale cărui coerență și echilibru erau în plus amenințate și supuse riscului de către o relație la rândul său profund tulburată cu o mamă idealizată, „perfectă”. În ceea ce privește paternul, am întâlnit fie un tată hiperintelectual, centrat pe profesie, fie un tată pasiv și absent, fie un tată violent, prin urmare cu toții aflați sub semnul discreditării, ce facilitează și întăresc legătura patologică dintre mame și fiice.

Mijloacele de apărare folosite de către aceste paciente au fost preponderent arhaice: proiecție, introiecție, identificare proiectivă, negare, clivaj, disociere, întoarcere asupra propriei persoane, idealizare, anularea retroactivă.

Pacientele adolescente pe care le-am avut în minte cu ocazia scrierii acestui articol sunt sau au fost într-o dependență semnificativă cu figura maternă, dependență declanșată de către un maternaj insuficient de bun, au sau au avut o imagine clivată a obiectului primar, neintegrată, în care primul acces îl avem la *mama bună*, mama idealizată și “perfectă” și la proiecția care operează în ceea ce privește *mama rea* asupra lumii externe, care

devine ostilă, asupra altor persoane, care devin frustrante sau persecutorii, asupra corpului care este atacat și atacă la rândul său, asupra figurii paternela a cărei poziționare oferă un teren fertil acestei proiecții și care se deplasează și asupra masculinului în ansamblul său. M-am întâlnit cu mama care tolerează cu greu, sau nu tolerează deloc nevoile de separare ale fiicei, rămânând patologic preocupată de „bebeluș” și identificată cu acesta, probabil cu atât mai mult cu cât este vorba despre fiice și nu fiu, cu mama psihotică și amăgitoare, care a declanșat o supra-activare a funcționării mentale a fiicei și constituirea unui *Sine fals intellectual*. așa cum îl descrie Winnicott, cu mama rece și detașată sau *moartă* și cu mama cu o funcționare sau o zonă de tip pervers. Pentru paciente a fost semnificativă atât problematica agresivității și a sexualității, cât și a modului în care se transpun acestea în dinamici intra și extrapsihice, cu un accent deosebit pe corporal și pe conduite referitoare la corp.

Pacientele se confruntă cu maturizarea sexuală din punct de vedere biologic, cu rearanjarea întregii funcționări psihice determinate de această situație și încercă să gestioneze sau să controleze tensiunea sexuală, însă totodată ele gestionează în această formulă angoase primitive de anihilare, de fragmentare, de prăbușire.

Perversiunea transpare în simptomatologia acestor adolescente, fie privită ca deviere a instinctelor fie ca sexualizare a diverselor dinamici, simptome sau comportamente

În lucrul cu aceste adolescente, în momente specifice, am modificat cadrul și am dat acces la mine pacientelor și în afara ședințelor de psihoterapie. Ca urmare, acestea au avut libertatea de a-mi scrie sau a-mi telefona indiferent de oră sau de zi a săptămânii, ori de câte ori ar fi simțit că nu se mai pot gestiona, cunoscând faptul că în eventualitatea în care nu voi putea răspunde le voi contacta imediat ce devine posibil. Am fost solicitată

de către paciențe întotdeauna în mod excepțional sau pe perioade scurte de timp, în momente extrem de dificile din viața lor, construind însă în acest fel, treptat, atât o constanță a obiectului atât de necesară dar și, până la urmă, o relație reală profund umană. În acest din urmă sens, Fairbairn menționează în *Despre natura și obiectivele tratamentului psihanalitic* faptul că este necesară schimbării și relația reală dintre două persoane din lumea externă în situația analitică, ce va destrăma sistemul închis (al relațiilor de obiect) în care au apărut și s-au menținut simptomele pacientului.

Am privit aceste paciențe adolescente fie ca pe paciențe din categoria celei în relație cu care terapeutul trebuie să „supraviețuească”, fie din cea care atinge punctele de început ale diferențierii primare și constituirii personalității, în care accentul se va deplasa pe regresie și dependență în interiorul relației terapeutice. A fost stabilit, începând cu Freud, faptul că regresia face parte din toate tulburările psihice sau apare și ca urmare a transferului și s-a subliniat mișcarea regresivă către modalități anterioare de funcționare, cu fanteziile și dorințele specifice fiecăreia dintre ele, însă Winnicott a adăugat suplimentar nevoia, pe care a legat-o de fenomenele și stările regresive. În Introducerea scrisă la *Susținere și Interpretare. Fragment de analiză*, M. Khan îl citează pe Winnicott astfel:

„La pacientul care se află în regresie...folosim cuvântul nevoie. Dacă un pacient care a regresat are nevoie de liniște, atunci fără ea nu se poate face nimic. Dacă nevoia nu este satisfăcută, rezultatul nu este furia, ci o reproducere a situației de eșec care a oprit procesele de dezvoltare. Capacitatea individului de a «dori» a fost obstrucționată și suntem martorii reapariției cauzei originare a sentimentului că totul este inutil.”(Winnicott D.W., 1954/2005, p. 15)

De asemenea Bollas, în *Prinde-i înainte de a cădea. Noi abordări în tratamentul prăbușirii psihice*, subliniază faptul că în cazul prăbușirii psihice

devin accesibile problematici psihice esențiale, care se pot astfel relua și oferi oportunitatea schimbării, iar un răspuns neadecvat al terapeutului, în dezacord cu o nevoie a pacientului, conduce către o *prăbușire structurălizată* ce instituie în cadrul sinelui un „defect permanent” sau un *sine fisurat*.

În plus „Uneori, un analist simte că este necesar să păstreze un contact extra-analitic pentru a-l ține în viață pe pacient...«Travaliul solicită uneori să fim pregătiți a fi capabili să nu suportăm incertitudinea în fața morții, răririi sau abuzului iminent.»(Nathan, 2010, p.12)”(Akhtar S., 2021, p. 116)

Mai multe dintre pacientele adolescente s-au aflat sau se află încă în tratament psihiatric și ca urmare a riscului suicidar cumulat cu stări disociative, corelat cu gradul de tulburare, dar și cu intervenția limitată pe care am putut să o am și aici mă refer în mod special la frecvența scăzută, dintr-un motiv sau altul, a ședințelor. Există uneori o necesitate a abordării interdisciplinare a unor astfel de pacienți, care să susțină în plus atât pacientul cât și terapeutul în demersul său și, din păcate, încă este greu de obținut o colaborare a unui medic psihiatru, cu atât mai mult cu cât intervențiile psihanalitice nu sunt, de multe ori, dintre cele mai „bine văzute” de către o parte dintre acești medici, unii dintre ei atacând în mod deschis psihoterapiile.

În final, subliniez în mod deosebit rolul pe care l-a avut și îl are supervizarea individuală, dar și intervizarea, nu doar în ceea ce privește tehnica terapeutică, procesul de îndrumare, învățare și raportarea la noi perspective, ci, în egală măsură, în ceea ce privește rolul acestora de a crea spațiu de siguranță, de susținere și de conținere a unor angoase cu care terapeutul se confruntă în relația cu pacienții săi.

BIBLIOGRAFIE

- Abram J., (2013), *Limbajul lui Winnicott. Un dicționar explicativ al termenilor winnicottieni*, Editura Fundației Generația, București
- Akhtar S., (2021), *Intervenții neobișnuite. Modificări ale cadrului, metodei și relației în psihoterapie și psihanaliză*, Editura Trei, București
- Bollas C., (2019), *Prinde-i înainte de a cădea. Noi abordări în tratamentul prăbușirii psihice*, Editura Trei, București
- Bowlby J., (2011), *O bază de siguranță*, Editura Trei, București
- Celani D.P., (2014), *Iluzia iubirii. De ce se întoarce femeia maltratată la agresorul său*, Editura Trei, București
- Dolto F., (2005), *Imaginea inconștientă a corpului*, Editura Trei, București
- Fairbairn W.R.D., (1994), *From Instinct to Self: Selected Papers of W.R.D. Fairbairn* (The Library of Object Relations), Jason Aronson, Inc.
- James F. Masterson J.F., (1990), *Search For The Real Self: Unmasking The Personality Disorders Of Our Age*, Editura Free Press
- Laplanche J., Pontalis J.- B., (1994), *Vocabularul Psihanalizei*, Editura Humanitas, București
- Marcelli D., Berthault E., (2007), *Depresie și Tentative de Suicid la adolescență*, Editura Polirom, București
- Marcelli D., Braconnier A., (2006), *Tratat de psihopatologia adolescenței*, Editura Fundației Generația, București
- Roussillon R, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff, P. Roman, (2010), *Manual de psihopatologie clinică generală*, Editura Fundației Generația, București

- Stoller R.J., (2014), *Perversiunea. Forma erotică a urii*, Editura Trei, București
- Wellton E.V., (2004), *Mother, Madonna, Whore. The Idealization And Denigration Of Motherhood*, Karnak Books Ltd.
- Winnicott D.W., (2005), *Susținere și interpretare. Fragment de analiză*, Editura Trei, București
- Zamfirescu V.D., (2007), *Introducere în psihanaliza freudiană și post-freudiană*, Editura Trei, București