

2. Mecanisme și procese psihologice implicate în interviul clinic

Orice interviu psihologic își atinge scopul doar în măsura în care psihologul își ajută interlocutorul să se exprime, îi stimulează disponibilitatea și bogăția universului interior. Este o competență pe care psihologul o dobândește treptat; ea presupune cunoștințe teoretice, experiență practică, autoobservare și autoanaliză.

Interesându-se în mod deosebit nu doar de fapte observabile, ci mai ales de ceea ce simte și gândește interlocutorul său, psihologul care este angajat într-o convorbire clinică trebuie să fie conștient de faptul că, în relația duală dată, fiecare induce celuilalt gânduri, emoții, comportamente. În ce măsură „realitatea” psihologică pe care psihologul dorește să o diagnosticheze, să o înțeleagă sau să o influențeze se referă doar la interlocutorul său? În ce măsură spațiul intersubiectiv al relației psiholog-client (pacient, subiect) activează comportamente, trăiri, gânduri susceptibile a fi generalizate astfel încât primul să ajungă la o anume imagine despre felul de a fi în lume al celuilalt? Cu alte cuvinte, în ce măsură relația dintr-un interviu clinic poate fi considerată prototipul relațiilor sociale semnificative în care este angajat clientul (pacientul) astfel încât, prin analiza interacțiunilor verbale și nonverbale pe care aceasta le prilejuiește, să accesăm la mecanismele profunde psihosociale care fac din el să fie ceea ce este?

Pentru a răspunde mai bine întrebărilor de mai sus, propunem o scurtă trecere în revistă a unor procese și mecanisme psihologice pe care spațiul psihosocial, intersubiectiv al convorbirii psihologice le activează, în egală măsură, la nivelul celor doi actori: psiholog și client.

2.1. Empatia și identificarea

Înțelegerea empatică a clientului de către psiholog. Într-o convorbire psihologică, înțelegerea empatică are la bază întâlnirea celuilalt în baza unor dimensiuni sau puncte comune. Deseori, pentru descoperirea acestora, apelăm la o activitate sau un obiect intermediar: un joc cu un copil, o problemă profesională cu un salariat, audiția unui fragment muzical cu un psihotic etc.

„A fi empatic înseamnă, spune C. Rogers, a percepe cu acuratețe cadrul intern de referință al altuia, cu toate componentele sale emoționale și semnificațiile care-i aparțin «ca și cum» ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de «ca și cum»” (cf. S. Marcus, 1997, p. 13).

Înțelegerea empatică are la bază o pendulare continuă a psihologului în câmpul intersubiectiv al relației sale cu clientul, timp în care se produce o apropiere de cadrul de referință intern al acestuia, până la identificare, după care se depărtează din nou, conștientizând propria identitate. Deci *empatia nu este o stare, ci, mai degrabă, o mișcare perpetuă, o oscilație între diferență și similitudine.*

Căutând să înțeleagă sensul limbajului interlocutorului, utilizând cuvintele sale și reprezentându-și mediul fizic și social în care trăiește, istoria lui, psihologul va reuși, în final, să intre în universul interior al clientului și să perceapă realitatea ca și cum ar privi cu ochii acestuia din urmă.

Comportamentul empatic al psihologului poate stimula clientul să ceară sfaturi utilizând formula: „Dacă ați fi în locul meu, ce ați face?”. Deseori, răspunsul care începe cu „Dacă aș fi în locul d-voastră, eu aș face...” denotă o credință naivă și inadecvată despre capacitatea pe care o are respectiva persoană de a se transpune în locul cuiva; în plus, „soluția” furnizată astfel întreține iluzia unei identități comune a celor doi protagoniști.

Deși ceilalți sunt făcuți din același „aluat” ca și noi (pot fi triști sau veseli, se gândesc la diverse lucruri etc.), există totuși atâtea *diferențe* pe care, în calitate de psihologi, trebuie să le avem mereu în vedere: sexul, vârsta, mediul cultural, statutul social, profesia, trăsăturile de personalitate, sistemul de defense etc. De aceea, psihologul trebuie să evite angajarea într-o identificare activă cu clientul său – „Ce aș face în locul lui?” – antrenându-și, mai curând, sensibilitatea de a evalua realitatea cu unitatea de măsură utilizată de client – „Ce aș putea face dacă aș fi în locul lui pentru a rezolva această problemă?”. Astfel, *identificarea* psihologului cu interlocutorul său nu conduce la pierderea identității celui dintâi, ci la „introiectarea unui număr suficient de părți ale celuilalt pentru a lucra împreună asupra aceluiași material” (G. Poussin, 1992, p. 43).

În interviul clinic, psihologul trebuie să controleze procesul de identificare în așa fel încât să poată face acest fapt fără a trăi iluzia identității pacientului. Efectele acestei iluzii pot fi observate în relațiile cu anumiți pacienți față de care este greu de găsit distanța psihologică adecvată. Am putea să ne gândim, de exemplu, la pacienții diagnosticați cu boli foarte grave, precum cancerul sau SIDA: apropierea lor ne confruntă pe noi înșine cu propriile angoase generate de ideea morții.

Identificarea afectivă activă cu pacientul îl face pe psiholog mai puțin apt să perceapă diferitele elemente care alcătuiesc problema acestuia, conferă o anume specificitate, mărește riscul unei contaminări afective depresiv anxioase a pacientului și a unei conduite hiperprotective din partea psihologului.

Psihologul se poate identifica și cu o persoană din anturajul pacientului. Pentru a ilustra această „capcană”, ne putem gândi la riscul ca un psiholog școlar, care are unul din părinți în calitate de client, să se identifice cu copilul, absent la discuție și prezentat ca „acuzat”. Acest fapt îl împiedică pe psiholog să stabilească o relație adecvată cu clientul său și să sesizeze problemele psihologice autentice ale acestuia, generate de rolul de părinte, și care au determinat solicitarea ajutorului psihologic.

Identificarea clientului cu psihologul. De cele mai multe ori, identificarea clientului cu psihologul are o funcție sanogenetică. Prin această identificare, clientul introiectează o anumită atitudine a psihologului care-l ajută să ia distanță față de problemele sale, să le observe, să le elaboreze și să le reformuleze. Dedramatizarea problemelor, calmul și siguranța psihologului pot deveni elemente ale cadrului intern al clientului. Dacă maturizarea psihosocială are la bază decentrarea eului (Piaget), adică posibilitatea de a te raporta la aceeași realitate din mai multe puncte de vedere – atunci introiectarea de către client a atitudinilor și punctelor de vedere ale psihologului poate contribui la maturizarea psihosocială a acestuia.

Imaginea de sine reprezintă expresia unei anume atitudini față de sine. În condițiile în care psihologul se raportează la client cu interes, încredere și respect, introiectarea acestor atitudini va diminua sentimentele de inferioritate și de anxietate ale clientului. De asemenea, identificându-se cu psihologul, clientul va învăța să aibă aceeași atitudine de respect și înțelegere față de punctele de vedere și nevoile celorlalți.

Personalitatea - Metode calitative de abordare
autor Ion Săvescu, Ed. Polirom, 2002

2.2. Proiecția

Proiecția este un proces care are la bază o dinamică specifică prin care niște conținuturi psihologice interne sunt deplasate în exterior. Din punct de vedere psihanalitic, proiecția desemnează

„operația prin care subiectul expulzează din sine și localizează în altul, persoană sau lucru, calități, sentimente, dorințe, chiar «obiecte» pe care nu le cunoaște sau le refuză în sine însuși” (Laplanche și Pontalis, 1994, p. 308).

Deplasarea și localizarea într-un anumit spațiu reprezintă elementele de bază ale diverselor definiții date proiecției. Subiectul trăiește experiențele celuilalt ca fiind similare cu ale sale, caz în care unii autori utilizează termenul de *introiecție*, sau atribuie propriile sale calități, sentimente și conduite unor persoane din jur. Procedând astfel, el modifică „inconștient” obiectele, lumea exterioară. Dar procesul de atribuire a unor însușiri proprii celuilalt este strâns legat de o slabă cunoaștere a propriilor însușiri (calități, sentimente, dorințe).

Proiecția este un mecanism de apărare împotriva unor stimuli interni dezagreabili contra cărora subiectul nu poate lupta; e mai convenabil, de aceea, să arunce această parte „rea” din el în exterior.

Interviul psihologic este – implicit sau explicit – o situație de evaluare, în care subiectul, răspunzând la întrebările psihologului sau la cele pe care, într-un plan secund, și le pune chiar el însuși, se confruntă cu propria imagine. În această confruntare, proiecția ca mecanism de apărare poate genera diverse atitudini care modifică realitatea psihologică pe care ne propunem s-o analizăm. G. Poussin semnaleză și un alt fel de proiecție care nu implică personalitatea subiectului, ci pe cea a psihologului. Acesta din urmă poate proiecta anumite cadre teoretice securizante pentru el, ca specialist, și în care se grăbește să „înghesuie” materialul psihologic furnizat de subiect.

2.3. Transferul

Fiecare intră într-o relație cu celălalt aducând cu sine toată istoria personală. Toate interacțiunile sociale sunt construite cu ajutorul modelelor interne ale fiecăruia, modele care au la bază experiența trecută; aceasta înseamnă că, în mod obișnuit, oricine este implicat într-o relație interpersonală, interpretează sau așteaptă anumite reacții din partea celorlalți în baza trecutului său unic. *Transferul desemnează tocmai acest proces de actualizare în cadrul unei relații anume a unor modalități relaționale inconștiente și care își au originea în istoria personală a individului, mai ales în copilăria sa – conform teoriei psihanalitice.* Dacă privim transferul astfel, atunci, parafrazându-l pe P. Watzlawick, putem spune că „nu putem să nu transferăm” experiența noastră anterioară (inclusiv angoase, fantezme etc.) atunci când intrăm în relație cu cineva.

Fenomenele transterețiale se manifestă atât la nivelul subiectului, cât și la cel al clinicianului (psiholog, medic etc.). În acest ultim caz se vorbește despre *contratransfer*.

În relația creată de interviul clinic, transferul joacă un rol foarte important. Indiferent dacă subiectul (client sau pacient) este adus sau vine din proprie inițiativă, indiferent de obiectivele sale (diagnostic, terapie, recrutare etc.), interviul are la bază o cerere care, prin faptul că poate sau nu să fie satisfăcută, creează o anumită tensiune afectivă propice

activării unor patternuri relaționale primare. Unele persoane se vor raporta la clinician ca la un personaj protector și atotputernic, altele îl vor percepe ca pe un rival, un concurent; unele vor fi atrase de un anumit tip de personalitate, de un anumit fel de a fi, respingând interlocutorii care nu corespund acestor modele interne.

2.4. Contratransferul

Acest termen desemnează *ansamblul reacțiilor inconștiente ale clinicianului față de interlocutorul său și, în mod deosebit, față de manifestările transferențiale ale acestuia.* Freud vedea contratransferul ca fiind rezultatul „influenței boalnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului” și gândea că analistul „nu merge mai departe decât îi permit propriile complexe și rezistențe interioare” (Laplanche și Pontalis, 1994, p. 107).

Contratransferul are două dimensiuni:

- una se referă la reacțiile inconștiente ale clinicianului, care își au originea în problematica sa personală; se poate întâmpla ca discursul clientului să-i amintească clinicianului ceva ce și el însuși a trăit;
- cealaltă dimensiune se referă la utilitatea diagnostică a contratransferului; reacțiile contratransferențiale induse de subiect clinicianului îl vor ajuta pe acesta din urmă să-și înțeleagă mai bine clientul.

Lărgind oarecum sfera conceptului de contratransfer, unii autori vorbesc în cazul situației de interviu despre *contraatitudini*.

Deoarece manifestările contratransferențiale pot influența, într-o manieră hotărâtoare, cursul interviului clinic, vom menționa și clarifica, pe scurt, câteva dintre ele.

Anxietatea. Este important ca psihologul să fie calm în raport cu problemele celuilalt. El poate, într-o manieră nonverbală, să transmită celuilalt anxietatea sa, în condițiile în care clientul are nevoie, mai degrabă, de o atitudine neutră și securizantă pentru rezolvarea problemei sale. De aceea, clinicianul trebuie să învețe să ia o anumită distanță față de problemele clientului său, chiar dacă acestea îi evocă experiențe pe care el însuși le-a trăit. Distanța psihologică adecvată îi conferă clinicianului claritate și putere în activitatea de diagnostic și intervenție.

Atitudinea caritabilă sau supraprotectoare. Clinicianul poate dezvolta o dorință de reparație, de protecție și ajutor. Totuși, deși laudabilă, această atitudine binevoitoare poate prejudicia, pe termen lung, clientul, deoarece încurajează o relație de tip asimetric, împiedicând astfel dezvoltarea acestuia spre un comportament autonom care să-i permită testarea limitelor și identificarea resurselor proprii.

Agresivitatea. Clinicianul este binevoitor în sensul că este disponibil să asculte toate problemele clientului. Această atitudine nu elimină problema agresivității. Clinicianul trebuie să fie capabil să suporte agresivitatea clientului (în limitele deontologice ale profesiei) dar, mai ales, să-și suporte propria agresivitate. Pacienții pot fi iritați, induce disconfort și sentimente de respingere; recunoscându-le și acceptându-le ca atare, clinicianul îi ajută, în acest fel, pe clienți să-și accepte propriile manifestări agresive.

Prejudecățile și credințele a priori. Între manifestările contratransferențiale se întâlnesc și cele determinate de prejudecățile clinicianului. Ele pot să-și aibă originea în valorile sale culturale, ideologice, religioase etc. Cum va reacționa un clinician ateu în fața unei persoane foarte religioase?