

TERAPIJSKI ODNOS – ANALITIČKA PERSPEKTIVA

**Jelena Sladojević Matić
Saveta Draganić Gajić**

Fakultet za medije i komunikaciju,
Departman za psihologiju, Univerzitet
Singidunum, Beograd, Srbija

Sažetak

Najznačajniji faktor terapijske promene je terapijski odnos. U ovom radu razmotrićemo specifičnosti terapijskog odnosa iz perspektive analitičke odnosno jungovske psihoterapije. Najpre ćemo ukratko objasniti karakteristike terapijskog odnosa u klasičnoj, arhetipskoj i razvojnoj školi jungovske psihoterapije. Povezaćemo psihoterapijski proces sa pojmom individuacije i u tom kontekstu objasnićemo analitički pristup krizi i simptomu kao zastoju u procesu individuacije. Biće predstavljena različita stanovišta o transferu, od razvoja Jungovih originalnih ideja do najnovijih stanovišta o prirodi i korišćenju transfera i kontratransfera u terapijskom radu. Upoređićemo psihoanalitička stanovišta o transferu i kontratransferu, kao i o terapijskom odnosu sa jungovskim pristupom, u radu ćemo diskutovati neke od sličnosti i razlika u ovim pristupima.

Posebno ćemo razmotriti koncept „ranjenog iscelitelja“. Ovu konstelaciju mogli bismo da razumemo kao arhetipsku osnovu za uspostavljanje analitičkog odnosa. Gugenbel-Kreg je predstavu „ranjenog iscelitelja“ proširio na polje svih pomažućih profesija. Ovaj arhetip ima dva pola; prvi se manifestuje kroz

doi: 10.5937/engrami46-55205
primljeno: 01. decembar 2024.
prihvaćeno: 30. decembar 2024.
objavljeno na internetu: 14. maj 2025.

zdravlje, moć, sposobnost, dok se drugi pol ovog arhetipa manifestuje kroz nemoć, bolest, pasivnost, nesposobnost, zavisnost. Često se dešava da se za ulogu lekara i psihoterapeuta vezuje samo jedan pol ove predstave. Drugi pol arhetipa – nemoć i bolest – vezuju se za ulogu pacijenta, dok, zapravo, i terapeut, kao i klijent, nosi u sebi potencijale oba suprotstavljena pola (zdravlja i bolesti). Ranjeni iscelitelj razume i leči upravo svojom ranom, koja nikada do kraja ne zarasta i predstavlja zajedničko iskustveno polje i za terapeuta i za klijenta.

Proces oporavka možemo razumeti i kao proces aktiviranja „unutrašnjeg iscelitelja“ kod naših pacijenta. Nakon završetka terapijskog procesa, oni se oslanjaju na svoj unutrašnji potencijal za ozdravljenje i oporavak koji nije samo proizvod introjektivanja terapeuta i terapijskog odnosa, već ima i svoju arhetipsku osnovu.

Ključne reči: terapijski odnos, transfer, kontratransfer, ranjeni iscelitelj

Uvod

Terapijski odnos je najznačajniji faktor terapijske promene. Različiti modaliteti, uz sve razlike u pogledu teorijskih osnova i primenjenih metoda i tehnika, prepoznaju kvalitet odnosa kao najrelevantniji za dobar terapijski ishod ^[1]. U ovom radu razmotrićemo specifičnosti terapijskog odnosa u kontekstu analitičke, odnosno, jungovske psihoterapije. Smatramo da neke od specifičnosti analitičkog pristupa mogu biti korisne terapeutima različitih orijentacija u kontekstu razumevanja fenomena koji se dešavaju u interaktivnom polju između terapeuta i klijenta.

Analitička psihoterapija danas se u značajnoj meri razlikuje od originalnog Jungovog učenja. Danas prepoznajemo tri pristupa u okviru jungovske analize: klasičan pristup koji je najbliži Jungovom originalnom radu, arhetipski, gde je fokus na sadržajima „objektivne psihe“ ^[2] i razvojnu školu koja se razvila, pre svega, u Londonu i koja u najvećoj meri obraća pažnju na kvalitet i dinamiku odnosa između terapeuta i klijenta. Jungovski analitičar Endrju Samjuels ^[3] govori o kontinuumu koji se proteže od razvojnog do arhetipskog pristupa, a različiti autori pozicioniraju se na tom kontinuumu zavisno od toga da li u fokus stavljaju rad na predstavama, istraživanje simboličkog, arhetipski materijal i aktivnu imaginaciju ili je fokus na procesu razumevanja transfe-

ra i kontratransfera. Važno je istaći da, pored ovih razlika, sve škole analitičke psihologije i psihoterapije dele zajedničke teorijske osnove. U radu će biti dat pregled najznačajnijih elemenata razvoja terapijskog odnosa iz analitičke perspektive.

Jung je svoju autobiografiju započeo rečima da čitav njegov život predstavlja priču o samoostvarenju nesvesnog ^[4]. Za Junga je smisao celokupnog psihoterapijskog procesa ali i čitavog našeg života, zapravo, susret i dijalog sa sadržajima nesvesnog. U kontekstu analitičke psihologije, psihoterapija predstavlja svojevrsan dijalog između dve osobe; to je interakcioni proces, promena se dešava kako u klijentu, tako i u terapeutu. Oba učesnika ulaze u proces sa svim svojim svesnim i nesvesnim sadržajima, koji nemaju samo ličnu i iskustvenu, već i kolektivnu komponentu. Iz perspektive psihoterapeuta, u ovoj matrici dolazi do među-uticaja terapeutovog ličnog iskustva ali i kolektivnih očekivanja od pozicije psihoterapeuta, kao i kolektivnih zamki Senke psihoterapeuta, ili, šire posmatrano, Senke pomažućih profesija. Ovde pre svega mislimo na mogućnost konstelisanja pozicije moći koja zamagluje mogućnost autentične i svrsishodne pomoći klijentu. ^[5]

Još jedan značajan element terapijskog odnosa je i sagledavanje simptoma sa kojima nam klijenti dolaze. Značenje simptoma ne možemo posmatrati

odvojeno od koncepta individuacije, sržnog koncepta analitičke psihologije. Individuacija je proces samoostvarenja, ona je samopokretačka i samoodrživa, imanentna ljudskoj prirodi, predstavlja ciklična kretanja kroz različite razvojne faze, podrazumeva prepoznavanje i manji ili veći stepen intergacije ličnih i kolektivnih sadržaja – svesnih i nesvesnih ^[6]. Proces individuacije predstavlja stalno kretanje koje ide od polarizacije i podvojenosti ka sve većem stepenu integracije. Zbog toga individuaciju definišemo i kao dijalektički proces. Individuacija traje tokom čitavog života, a tokom ovog procesa, potpuno su očekivani i regresije i zastoji, ona može biti i stanje privremene psihološke krize ^[7]. Najčešće psiha pronalazi put razrešenja, ali ukoliko kriza potraje dugo, možemo je percipirati i kao određeni psihološki problem ili simptom. U tom kontekstu, u analitičkoj psihologiji simptom se posmatra kao signal duše koja pati. Od mnogo faktora zavisi da li će se i na koji način ovakve krize razrešavati. Možemo reći da je i psihoterapija u funkciji individuacije.

Analitička psihoterapija sagledava arhetipsku ali i ličnu perspektivu i uzroke simptoma, usmerena je na uklanjanje simptoma koji uzrokuju duševnu patnju kod klijenta. Pored toga, podjednako je važno da zajedno sa klijentom pokušamo da razumemo zašto se zastoj javlja baš sada, odnosno koja je njegova svrha i smisao u aktuelnom

životnom kontekstu klijenta ^[8]. Ovo je veoma delikatno mesto u terapijskom procesu, klijenti se često osećaju krivima što su razvili određene simptome, potrebno je vreme, iskustvo i stabilan terapijski odnos da bi se mogli sagledati i oni aspekti simptoma koji predstavljaju disfunkcionalne, ali protektivne faktore koji su pomagali ili još uvek pomažu ljudima da psihološki prežive.

U terapijskom procesu, posebno na početku terapijskog rada, fokus je na ličnim (svesnim i nesvesnim) iskustvima klijenta, ali se u procesu susrećemo i sa arhetipskim sadržajima koji nadilaze ravan ličnog iskustva. Ovakvi sadržaji pojavljuju se indirektno, pre svega kroz simboliku snova, ponekad i kroz proces aktivne imaginacije ^[9]. Sa ovakvim sadržajima se radi oprezno, kada se iscrpu sve lične asocijacije i značenja vezano za određenu predstavu ili simbol.

Kada govorimo o fazama psihoterapije i ciljevima terapijskog rada, možemo se na početku osvrnuti na Jungovo stanovište o četiri stupnja analize ^[10]. Prvi stupanj analize, po njemu, predstavlja ispovedanje, katarzički stupanj u kojem otkrivamo u sebi ugrožavajuće i neprihvatljive sadržaje koji mogu biti doživljeni kao neka vrsta psihičkog otrova.

Drugi stupanj analitičkog procesa je po Jungu - faza razjašnjavanja. U ovoj fazi mi tragamo za iskustvenim uzrocima psiholoških kriza i simptoma. Za ovu fazu možemo reći da je u izvesnoj

meri reduktivna jer se simptomi i krize povezuju uglavnom sa ličnom istorijom i ličnim iskustvima klijenta, a fokus je na prepoznavanju i razumevanju ovakvih sadržaja.

Treći stupanj analize je faza vaspitavanja ili iskustvenog učenja, i ona se odnosi na proširenje razumevanja nagoveštenog u fazi razjašnjavanja. U ovoj fazi, klijenti već u velikoj meri mogu da prepoznaju i razumeju uzroke svojih kriza i zastoja. Često postavljaju pitanje i sebi i terapeutu, vezano za dalje korake, vezano za to kako da ove uvide integrišu u svoj život. Vrlo često klijenti dolaze sa uverenjem da je uvid dovoljan da pokrene proces promene. Uvid je često skoro neohodan uslov promene (važno je naglasiti da imamo i situacije kada najpre dođe do neke promene pa naknadno imamo uvid), ali nije dovoljan da bi se promena integrisala u realno iskustvo osobe. Postoji još jedna velika zabluda vezano za uvid koja se odnosi na spontanost promena, koju često i sami terapeuti imaju. U radu sa klijentima, vrlo retko se dešava da, i pored postojanja uvida, do promena dođe spontano. Promene, makar i minimalne, zahtevaju intenzivan voljni napor, dok mehanizmi odbrane, kao i psihička inertnost, često ne samo što koče promenu već i vraćaju unazad - u patološke obrasce ponašanja. U ovoj fazi terapije, terapeut »nudi« određene strategije kako učvrstiti ono što je osvešćeno ali još nije postalo deo psihološke realnosti klijenta. Fokus je na socijalnoj

adaptaciji klijenta, razumevanju odnosa i korigovanju disfunkcionalnih obrazaca ponašanja.

Četvrti stupanj u analizi predstavlja fazu preobražaja, proces uspostavljanja dijaloga sa dubljim slojevima nesvesnog, sposobnost prepoznavanja i integrisanja ovih sadržaja i aktuelizovanje autentičnih potencijala. U ovoj fazi, kroz približavanje suprotstavljenih sadržaja, uspostavljanje unutrašnjeg dijaloga, približavamo se svojoj autentičnoj i jedinstvenoj prirodi.

Važno je naglasiti da se faza preobražaja tokom terapijskog procesa može uporediti sa sličnom fazom preobražaja do koje dolazi u spontanom procesu individuacije. Ovakvi procesi se vezuju pre svega za tranziciju srednjeg doba ^[11]. Iako se kriza koja se javlja tokom perioda tranzicije može opaziti kao delimično ugrožavajuća po različite aspekte identiteta, ona može dovesti do kvalitativnih promena i prepoznavanja i integrisanja „blaga iz Senke“. Svoje navažnije teorijske koncepte Jung je razvio, pre svega, kroz iskustvo kliničkog rada sa pacijentima i kroz iskustvo samo-analize, on nije formirao teoriju analitičke psihologije kao koherentan teorijski sistem, već je i po pitanju najvažnijih koncepata, u različitim fazama svog rada imao i različita viđenja. Ali, do kraja je ostao dosledan stavu da je svaka analiza i svaka osoba koja nam dolazi u terapijski setting, specifična i jedinstvena.

Transfer i kontratransfer - analitička perspektiva

Transfer ili prenos predstavlja projekciju pacijentovih nesvesnih želja, konflikata i potreba na ili u analitičara. Kontratransfer ^[12] predstavlja „odgovor“ analitičara na transferne sadržaje ^[13]. Relaciona psihoanaliza posmatra transfer i kontratransfer ne samo kroz projekciju ranih iskustava, već i kao konstelacije koje se delimično aktiviraju u „ovde i sada“ odnosu između terapeuta i klijenta ^[14]. One mogu biti pokrenute komponentama odnosa koji se u analitičkom setingu uspostavio između terapeuta i klijenta. Predstavljaju dragocene izvore razumevanja unutrašnjih procesa klijenta, a terapeutu daju mogućnost „dekodiranja“ neosvešćenih sadržaja i a u nekim slučajevima i direktan iskustveni uvid u psihološko stanje klijenta (bivanje na mestu klijenta). Ako se prisetimo početaka psihoanalize, Frojd je u fokus psihoanalitičkog rada postavio analizu transfera, dok se od terapeuta očekivao stav neutralnosti ^[15]. Ovaj stav se značajno menjao, pre svega, pod uticajem Pole Hejman ^[16], pa Vilfreda Biona, koji prvi prepoznaju i jasno artikulišu značaj kao i komunikacionu funkciju kontratransfera ^[17]. Psihoanaliza i jungovska psihoterapija smatraju analizu transfera-kontratransfera jednom od osnovnih metoda terapijskog rada.

Za razliku od klasičnog psihoanalitičkog učenja koje podrazumeva da je

izvorište transfera isključivo u životnoj biografiji i proživljenom iskustvu pacijenta, Jung je na više mesta naglašavao da postoje dve vrste transfera - lični i arhetipski transfer ^[18], zavisno od toga u kojoj meri projektovani sadržaji predstavljaju projekciju predstava proizašlih iz urođenih obrazaca i struktura ili iz aktuelnih iskustava osobe. Po Jungu, obe navedene vrste transfera su prirodne i prisutne, a koja će se kada analizirati zavisiti od aktuelne životne situacije pacijenta i od terapeutove budnosti u odnosu na ove pojave.

Po pitanju transfera sam Jung je u različitim periodima svog stvaralaštva imao različite stavove, od onog da je transfer smetnja ^[19] i da treba lečiti uprkos transferu a ne zbog njega, do stava da je analiza transfera-kontratransfera alfa i omega analitičkog metoda. Danas različite škole analitičke psihologije daju veći ili manji značaj analizi transfera –kontratransfera ali ga smatraju nezaobilaznom tehnikom jungovske psihoterapije ^[20].

Kao što smo već naglasili, za Junga je analitički proces dijalektički proces, u kome su oba učesnika aktivna i uključena sa svim svojim svesnim i nesvesnim aspektima. Među jungovskim analitičarima bilo je autora koji su smatrali da je rad na transferu i kontratransferu bio u izvesnoj meri zanemaren u odnosu na rad na nesvesnim predstavama analizanata i razumevanju njihove simbolike. Od ovog stanovišta značajno su odstupali analitičari koji pripadaju razvojnoj orijentaciji.

Analitičar Mario Jakobi to tumači izvesnom ambivalencijom samog Junga u odnosu na osnovne koncepte psihoanalize kao i njegovom potrebom da se jasnije ogradi od psihoanalize ^[21]. Jung je pisao o tome da nije neophodno da se ispolji i interpretira transfer da bi se razumeo nesvesni materijal. Čak je smatrao da transferna osećanja mogu zamagliti i otežati analitički rad. Kasnije, Jung ističe značaj rada na transferu a posebno značajnim smatra razumevanje i korišćenje kontratransfera ^[22].

Analitički psihoterapeut Majkl Fordam, jedan od najvažnijih predstavnika razvojne škole, objašnjavajući Jungov, pomalo obezvređujući, stav prema metodi analize transfera, hipotezirao je da je moguće da je Jung strahovao da će uvođenje teme ličnog transfera, umanjiti njegovo isticanje važnosti arhetipskog materijala i koncepta kolektivno nesvesnog ^[23]. Fordam transfer definiše kao neodređeni broj nesvesnih percepcija analitičara od strane pacijenta. On smatra da pacijenti projektuju „na“ ili „u“ analitičara neke otcepljene ili neintegrisane delove selfa ^[24]. Kada govori o projekciji „na“ terapeuta, Fordam prirodu projekcija smatra manje snažnom, ovi sadržaji su dostupniji analizi i terapeuti im neutralnije pristupaju jer je interakcioni pritisak na njih slabiji. Kod projektovanja „u“ terapeuta, radi se o procesu projektivne identifikacije, snažniji je pritisak da se projektivno osećanje odigra, teško je odmah uspostaviti stav neutralnosti. Na sličan način psihoa-

nalitičari klajnijanskog usmerenja govore o projektovanju sadržaja u terapeuta. On takođe pravi razliku između otcepljeni i neintegrisanih sadržaja. U prvom slučaju sadržaj je proizvod splittinga kao primitivnog mehanizma odbrane putem koga se čuvaju dobri delovi selfa od kontaminacije lošim, dok se evakušu nepodnošljiva i preteća iskustva. Ovo su preteći i potencijalno razarajući sadržaji, dok su neintegrisani sadržaji produkt cikličnog procesa reintegracije-deintegracije koji predstavlja normalan razvojni proces. Kada govori o neintegrisanim delovima pacijenta, on govori o još nepoznatim sadržajima, a ne o nečemu što ima kvalitet defanzivnog ili patološkog^[25].

Već smo napomenuli da je Jung analizu video kao unutrašnji dijalektički odnos Ja i arhetipa. Akcenat je bio na materijalu iz snova i aktivnoj imaginaciji. Fordam ovu dinamiku predstavlja preko trougla, gde je na vrhu nesvesni materijal, dok su na uglovima pacijent i analitičar, kao posmatrači^[26]. Energetski tok bi prvenstveno proticao ka i od materijala, a ne između pacijenta i analitičara.

U članku „Transfer i Kontratransfer“, analitički psihoterapeut Kristofer Peri^[27] izdvaja pet osnovnih gledišta vezanih za transfer: transfer kao životna činjenica; razlikovanje transfernog i realnog, autentičnog odnosa između terapeuta i klijenta; transfer kao oblik projekcije; arhetipski i lični transfer; transfer u funkciji individuacije.

Kod shvatanje transfera kao životne

činjenice Peri ističe različite svakodnevne situacije i kontakte u kojima neka osoba u nama pokreće intenzivna pozitivna ili negativna osećanja a da u samom odnosu ne možemo da pronađemo uzroke za takvu emocionalnu reakciju. Navodi zaljubljenost kao najbolji primer transfera van terapijskog konteksta.

Razlikovanje transfera i stvarnog, realnog odnosa između terapeuta i klijenta koji se označava kao terapijski savez, odnosno terapijska alijansa i predstavlja savez između svesnih delova terapeuta i klijenta u cilju i funkciji terapijskog procesa. Analitičar je posvećen tome da napravi dubok kontakt sa klijentom i osećanjima koja izražava ali je, takođe, usmeren na pacijentove snage, kapacitete i potencijale. On treba da integriše praktične i emocionalne zahteve analize (racionalna funkcija kojom terapeut procenjuje pacijentov kapacitet), da toleriše frustraciju, da se bavi nesvesnim materijalom i da prihvati različite emocije i stanja.

Kada je reč o gledištu vezano za transfer kao projekciju, klasična psihoanaliza transfer tretira uvek kao pomeranje, premeštanje sa bitnih figura na terapeuta^[13]. U klasičnoj psihoanalizi postojao je zahtev za neutralnošću psihoanalitičara. Za razliku od Frojda, Jung je transfer smatrao mnogo specifičnijom vrstom projekcije. Projekcija bi, po Jungovom mišljenju, predstavljala psihološki mehanizam koji prenosi sadržaje bilo koje vrste u objekat, ne predstavlja voljni čin

već je kompulzivne i emocionalne prirode i utiče na formiranje specifičnog oblika dinamičkog odnosa između subjekta i objekta ^[22]. Osnovna razlika između ovog stanovišta i psihoanalize je u tome što se kod Junga radi o projekciji u objekt a ne na objekat, jer kada se radi o projekciji na objekat onda, zapravo, nema međusobnog sadejstva terapeuta i projektovanog materijala, dok je cilj da se projekcije povuku sa analitičara. Tokom analitičkog procesa i analize transfera postepeno dolazi do povlačenja projekcija, čime klijent biva sve manje u vlasti projekcije a sve više usmeren na sebe. Psihoanalitičari klajnjanske orijentacije, takođe, kasnije govore o projekciji u terapeuta, posebno kroz korišćenje primitivnih mehanizama odbrane, splittinga i projektivne identifikacije ^[28]. Bion posebno naglašava komunikacionu ulogu projektivne identifikacije i korišćenje kontratransfera kao oruđa za terapijski rad ^[29] i za razumevanje najregresivnijih sadržaja koji su za klijente često preplavljujući i ne mogu se uobličiti kroz korišćenje simbola ili verbalizaciju.

Arhetipski aspekt transfera - osnovna specifičnost i distinkcija analitičke teorije u odnosu na druge psihodinamske pravce odnosi se na teorijsku postavku da je jedna od ravni psihe arhetipska ravan, koja se manifestuje kroz snove, aktivnu imaginaciju i rad na transferu-kontratransferu. Po teoriji analitičke psihologije transfer ima arhetipsko jezgro, poreklo transfera je i arhetipsko. Ali, da bi se ispoljio, taj arhetipski potencijal mora biti

zaodenut ličnim manifestacijama i, prema tome, u interpretaciji transfera, slično kao što u interpretaciji snova koristimo dva pristupa - reduktivni i sintetički, odnosno objektivni i subjektivni pristup. Klasičan psihoanalitički pristup koristi reduktivne interpretacije usmerene na traganje za prethodnim uzrocima koji su smešteni u ličnom iskustvu klijenta, dok analitički pristup, osim uzroka, traga i za ciljem, svrhom i smislom sna, simptoma, transfernog iskustva ^[30]. Šta je svrha i funkcija transfera u analitičkom procesu baš u tom trenutku ili periodu kada je najintenzivnije prisutan? A kada se prepoznaju arhetipski aspekti transfera neophodno je da se terapijski rad započne na ličnom nivou i da se iscrpu sve lične mogućnosti pre nego što se ponude objašnjenja arhetipske situacije. U protivnom, postoji rizik da, ukoliko se zanemari ovaj lični aspekt, dođe samo do racionalnog, intelektualnog uvida, koji umesto sinteze i integracije vodi ka inflaciji.

Transfer u funkciji individuacije – u ovom kontekstu transfer se, kako Peri navodi, shvata kao most ka realnosti ^[26], omogućava klijentu da uđe u odnos sa analitičarem kakav on zapravo autentično jeste, da otkrije sopstvenu jedinstvenost i potencijale, kao i da se poveže sa svojim unutrašnjim kapacitetom za zrelo funkcionisanje, da internalizuje i razvije svog unutrašnjeg terapeuta, unutrašnjeg iscelitelja, koji može da iznese buduće razvojne promene i zastoje ^[31].

Korišćenje kontratransfera u analitičkoj psihoterapiji

Jung je među prvima prepoznao i eksplicitno formulisao ideju o funkciji analitičarevog kontratransfera u kliničkom radu. Smatrao je da kontratransfer predstavlja veoma važan izvor informacija za samog terapeuta ^[30], i govorio o nesvesnom uticaju pacijenta na terapeuta, isticao je da ne možemo vršiti nikakav uticaj na pacijente ukoliko i sami nismo podložni uticaju ^[32]. Jung je o kontratransferu govorio kao o psihičkoj infekciji koja može poprimiti benigne-korisne i maligne oblike. Majkl Fordam, govorio je o iluzornom i sintonom kontratransferu ^[33]. Iluzorni kontratransfer je, po Fordamu, produkt terapeutove iluzije, to je neurotični kontratransfer i ima veze sa nerazrešenim krizama analitičara. Iluzorni kontratransfer predstavlja iskrivljenu percepciju analitičara, on vidi pacijentovo iskustvo drugačije zbog upliva svojih ličnih predstava i osećanja vezanih za tu konkretnu situaciju. Ako ga na vreme osvesti, terapeut može da koriguje svoj unutrašnji stav i da njime ne indukuje terapijski proces. Po Fordamu postoji i tzv. deluzorni kontratransfer, gde terapeut i na nivou mišljenja ima iskrivljenu percepciju pacijentove realnosti, te stoga i teže koriguje ovako deformisane odgovore u odnosu na pacijenta.

Sintoni kontratransfer bi odgovarao Rakerovom komplementarnom kontratransferu, on govori o procesu u kome se terapeut identifikuje sa pacijentovim unutrašnjim objektom, to stanje se naziva komplementarna identifikacija ^[34]. Pojam sintoni je preuzet iz radiokomu-

nikacije i koristi se kao opis trenutnog usklađivanja prijemnika, kako bi mogla da se registruje transmisija od određenog transmitera. Analitičarevo nesvesno postaje izvor informacija za analitičara. U sintonom kontratransferu analitičareva osećanja i ponašanja se usklađuju ili uklapaju sa pacijentovim unutrašnjim svetom. On govori o tome da kroz introjekciju analitičar opaža pacijentove nesvesne procese u samom sebi i tako ih često doživljava i prepoznaje mnogo pre nego što ih pacijent osvesti. Fordam dalje razlaže svoje ideje da terapeut kada oseti da nešto projektuje na pacijenta, ne treba da žuri sa povlačenjem svojih projekcija već treba da dozvoli sebi prostor da uvidi da li je neki pacijentov sadržaj pokrenuo baš tu vrstu projekcija. Sintoni kontratransfer sastoji se iz vrlo brzih afektivnih procesa, i ne možemo ga shvatiti kao klasičnu tehniku, već pre kao etos ili stav. Svoju ideju o sintonom kontratransferu Fordam je zasnovao na funkcionisanju Jastva, a ne na funkcionisanju Ja. Jastvo u svom transpersonalnom obliku obebeđuje neophodan kontekst i uslov za sintoni transfer. Govoreći o ličnim kapacitetima analitičara Fordam je smatrao da je mnogo značajnije videti kako se ti kapaciteti koriste nego koji su to aspekti. Afektivni odgovori analitičara, po njemu, više služe kao odgovori na pacijenta nego kao metode samospoznaje. Razvijajući dalje ideju o kontratransferu, Fordam je predložio da se pojam kontratransfera suzi samo na neurotične odgovore analitičara, nazivajući preostali, kreativni deo kontratransfera, interakcionalnim dijalogom.

Koncept ranjenog iscelitelja – arhetipska metafora za poziciju terapeuta

U prvom delu rada, bavili smo se razumevanjem interakcije između klijenta i terapeuta u analitičkom procesu kroz perspektivu transfera i kontratransfera. Analitički proces, takođe, možemo razumeti i iz perspektive arhetipskog pristupa, kroz korišćenje materijala iz kolektivnog nesvesnog. Gugenbel Kreg upravo iz ove perspektive povlači paralelu između prakse lečenja u Asklepijevim hramovima i moderne psihoterapije^[35]. Doktrina lečenja i rituali isceljenja dešavali su se unutar zidina hramova ili u određenim delovima hrama - u okviru zatvorenog setinga – temenosa, svetog prozora, pri čemu je podsticano spavanje jer se verovalo da će pacijent sanjati isceljujuće snove. Učitelj umetnosti lečenja, kentaur Hiron, koji pati od neizlečive rane, predstavlja kolektivni simbol iscelitelja, kolektivnu preteču savremenog psihoterapeuta.

Ranjeni iscelitelj razume i leči upravo svojom ranom, koja nikada do kraja ne zarasta i predstavlja zajedničko iskustveno polje i za terapeuta i za klijenta. Ovu konstelaciju mogli bismo da razumemo kao arhetipsku osnovu za uspostavljanje analitičkog odnosa. Dakle, kao terapeuti možemo biti lekoviti za svoje klijente, ukoliko smo u kontaktu sa svojim „ranama“ i ožiljcima. One nisu akutne i preplavljujuće, ali svesni smo njihovog postojanja, nemamo potrebu da negiramo svoju ranjivost.

Gugenbul-Kreg je koncept i predstavu „ranjenog iscelitelja“ proširio na polje

svih pomažućih profesija^[36]. On o ovoj arhetipskoj predstavi govori kao arhetipu koji ima (kao i svaki arhetip) – dva pola. Jedan pol ove arhetipske predstave manifestuje se kroz zdravlje, moć, sposobnost, kompetentnost, dok se drugi pol ovog istog arhetipa manifestuje kroz nemoć, bolest, pasivnost, nesposobnost, zavisnost.

Dakle predstava ranjenog iscelitelja ima dve strane: zdravlje i bolest; moć i nemoć - kao zaoštrene suprotnosti. Ali, ono što se neretko dešava je da se za ulogu lekara, psihoterapeuta, pomagača-vezuje samo jedan pol ove predstave. Tada se lekari, psihoterapeuti i analitičari opazaju i doživljavaju kao svemoćni, jaki, zdravi, sposobni, kompetentni. Drugi pol arhetipa – nemoć i bolest –vezuju se za ulogu pacijenta. A zapravo i terapeut isto kao i klijent nosi u sebi potencijale oba suprotstavljena pola (zdravlja i bolesti). Proces oporavka predstavlja proces aktiviranja „unutrašnjeg iscelitelja“ kod naših pacijenta. Nakon završetka terapijskog procesa, oni se oslanjaju na svog unutrašnjeg iscelitelja, na svoj unutrašnji potencijal za ozdravljenje i oporavak, koji nije samo proizvod introjektovanja terapijske uloge, već ima i svoju arhetipsku osnovu.

Rascep predstave iscelitelja dešava se i unutar terapeuta i unutar klijenta. Ono što se najčešće dešava je situacija u kojoj je pacijent ili klijent identifikovan isključivo sa polom bolesti i nemoći a psihoterapeut sa polom zdravlja, moći i kompetentnosti^[37]. Ovde postoji rizik da kroz proces inflacije izgubimo kontakt sa drugim važnim polom arhetipa.

Gugenbel-Kreg nastavlja tvrdnjom da kada osoba postane bolesna, arhe-

tipska konstelacija iscelitelja-pacijenta stupa na scenu ^[38]. U prvoj fazi lečenja projekcije mogu, i zaista često jesu neophodne, ali je isto tako nužno da se one u određenom trenutku povuku kako bi pacijentovi isceliteljski potencijali mogli da se aktiviraju.

Iz perspektive jungovske psihoterapije, analitički i psihoterapijski proces možemo razumeti kroz metaforu ranjenog iscelitelja. Kroz identifikovanje sa isceljujućim aspektom analitičara pacijent aktivira svog unutrašnjeg iscelitelja i taj kapacitet nastavlja da koristi i nakon procesa psihoterapije. Sa druge strane, da bi mogao da ostvari autentičan odnos sa svojim klijentom ili pacijentom, psihoterapeut mora biti u kontaktu sa svojim ranjenim delom. Važno je napomenuti da su te rane zapravo ožiljci koji nisu akutno bolni, ali su dovoljno vidljivi za unutrašnje oko analitičara i predstavljaju uvek prohodan kanal putem koga se povezujemo sa bolnim iskustvima svojih klijenata.

Završićemo razmatranje terapijskog odnosa prikazom stanovišta o transferu i analitičkom odnosu koje je dala jungijanska analitičarka Jan Viner ^[39,40]. Ona suštinu odnosa sa klijentima definiše kroz metaforu „držanja pacijenta u mom umu“. U objašnjenju svog pristupa polazi od Bionovog stanovišta – da postoje ljudi koji su veoma netolerantni na patnju, bol i frustraciju. Ova iskustva mogu biti toliko nepodnošljiva, da i pored toga što ih osećaju, ne žele da znaju za njih. Za mnoge klijente jedan od najvažnijih zadataka je da nauče kako da u ovakvim najtežim momentima budu pored i sa drugim u odnosu.

Zaključak

U radu smo predstavili specifičnosti analitičkog shvatanja terapijskog odnosa, razmatrali smo karakteristike terapijskog odnosa u klasičnoj, arhetipskoj i razvojnoj školi jungovske psihoterapije. Takođe smo povezali psihoterapijski proces sa procesom individuacije, posebno smo se bavili analitičkim pristupom krizi i simptomu. Govorili smo o simptomu kao zastoju u procesu individuacije, ali takođe i o smislu simptoma kao „apela“ duše koja pati. Predstavili smo različita stanovišta o transferu i kontratransferu. Uporedili smo psihoanalitička stanovišta o transferu i kontratransferu, kao i o terapijskom odnosu sa jungovskim pristupom sa posebnim osvrtom na relaciju psihoanalizu. Posebno detaljno smo razmotrili Fordamovo stanovište o iluzornom i sintonom kontratransferu. U sintonom kontratransferu analitičareva osećanja i ponašanja se usklađuju ili uklapaju sa pacijentovim unutrašnjim svetom. Kroz ovu introjekciju analitičar opaža pacijentove nesvesne procese u samom sebi i tako ih često doživljava i prepoznaje mnogo pre nego što ih pacijent osvesti. Na ovaj način se unutrašnje iskustvo terapeuta može koristiti kao informacija o tome šta se dešava sa klijentom. U poslednjem delu rada razmatrali smo pitanje moći u psihoterapiji. Prikazali smo koncept ranjenog iscelitelja, stanovište koje naglašava da su i bolest i zdravlje nešto što postoji i kod terapeuta i kod klijenta. Jedan od ciljeva psihoterapije i terapijskog odnosa je i da klijent tokom terapijskog

procesa razvija sopstvenog unutrašnjeg iscelitelja, čime se postepeno smanjuje zavisnost od terapeuta i konstituiše unutrašnje terapijsko jezgro na koje će se klijent nadalje oslanjati.

Metafora o ranjenom iscelitelju uravnotežava i humanizuje odnos pomagača i onoga kome je pomoć potrebna, otvara prostor za istinsko razumevanje i razmenu, i zahteva hrabrost i terapeuta i klijenta, posebno kada se susretnu sa drugim potisnutim polom; pacijent sa svojom kompetentnošću a pomagač sa svojom ranjivošću. Kada procenjujemo kapacitete naših kandidata koji bi želeli da se bave analitičkim radom, jedan od najvažnijih potencijala koje posmatramo jeste kapacitet osobe da izdrži susret sa neizvesnim i nepoznatim, drugim rečima, da izdrži nemoć. Posredno, mi na ovaj način posmatramo i njegovog unutrašnjeg iscelitelja kao integrisanu a ne podvojenu predstavu i unutrašnju poziciju.

THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP - AN ANALYTICAL PERSPECTIVE

**Jelena Sladojevic Matic
Saveta Draganic Gajic**

Faculty of media and communications,
Psychology department, University
Singidunum, Belgrade, Serbia

doi: 10.5937/engrami46-55205

submitted: 2024/12/01

accepted: 2024/12/30

published online: 2025/05/14

Abstract

The most significant factor in therapeutic change is the therapeutic relationship. In this paper, we will consider the specifics of the therapeutic relationship from the perspective of analytical or Jungian psychotherapy. First, we will briefly explain the characteristics of the therapeutic relationship in the classical, archetypal and developmental school of Jungian psychotherapy. We will connect the psychotherapy process with the concept of individuation and in that context we will explain the analytical approach to the symptom as a crisis in the individuation process. Various viewpoints on transference will be presented, from the development of Jung's original ideas to the latest viewpoints on the nature and use of transference and countertransference in therapeutic work. We will compare psychoanalytic viewpoints on transference and countertransference, as well as the therapeutic relationship with the Jungian approach, in the paper we will discuss some of the similarities and differences in these approaches.

In particular, we will consider the concept of the wounded healer. We could understand this constellation as an archetypal basis for establishing an analytical relationship. Guggenbuhl-Craig extended the concept of the "wounded healer" to the field of all helping professions. This archetype has two poles; the first is manifested through health, po-

wer, ability, while the second pole of this archetype is manifested through weakness, illness, passivity, incapacity, dependence. It often happens that only one pole is associated with the role of doctor and psychotherapist. The second pole of the archetype – weakness and illness – is related to the role of the patient. And in fact, the therapist, just like the client, carries within him the potentials of both opposite aspects -health and illness. The wounded healer understands and heals precisely his wound, which never completely heals and represents a common field of experience for both the therapist and the client.

We can also understand the recovery process as the process of activating the "inner healer" in our patients. After completion of the therapeutic process, they rely on their inner potential for healing and recovery, which is not only a result of the introjection of the therapist and the therapeutic relationship, but also has its archetypal basis.

Key words: therapeutic relationship, transference, countertransference, wounded healer

LITERATURE / LITERATURA

1. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011 Mar;48(1):98.
2. Wiener J. The therapeutic relationship: Transference, countertransference, and the making of meaning. Texas A&M University Press; 2009 Nov 23.rna,
3. Samuels A. Post-Jungian dialogues. *Psychoanalytic Dialogues*. 2000 May 15;10(3):403-26.
4. Jung CG. *Memories, dreams, reflections*. Vintage; 1989 Apr 23
5. Matić JS. Encounter with Shadow and Its Manifestations in Fairy Tales and Literature. *AM Časopis za studije umetnosti i medija*. 2020(23):149-58.
6. Matić JS. *Koncept Senke i njen značaj u analitičkom, dijagnostičkom i terapijskom radu, doktorska disertacija*, Filozofski fakultet Univerzitet u Beogradu, 2011
7. Schmidt M. Individuation: finding oneself in analysis-taking risks and making sacrifices. *Journal of Analytical Psychology*. 2005 Nov;50(5):595-616.
8. Matić JS. Three - grade model of Shadow content integration in therapeutic work. *Russian Journal of Analytical Psychology*, 2013
9. Fordham M. Active imagination and imaginative activity. *Journal of Analytical Psychology*. 1956 May 1;1(2).
10. Samuels A. Post-Jungian dialogues. *Psychoanalytic Dialogues*. 2000 May 15;10(3):403-26.
11. Matić JS. Tranzicija srednjeg doba. *Kultura* 2023(181): 169-177
12. Abend SM. Countertransference and psychoanalytic technique. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1989 Jul 1;58(3):374-95.
13. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub; 2014 Apr 16.
14. Stein R. A new look at the theory of Melanie Klein. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1990;71:499.
15. Freud S. Psychoanalytic theory. In *A Review of Personality Theories 1995* (Vol. 10). Charles C. Thomas Publisher.
16. Heimann P. COUNTERTRANSFERENCE 283. *Essential Papers on Countertransference*. 1988:282.
17. De Blécourt A. Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1993 Aug 1;74(4):757
18. DeArmond I. Archetypal aspects of transference at the end of life. In *Analytical psychology in a changing world: The search for self, identity and community* 2015. Taylor & Francis
19. Parth K, Datz F, Seidman C, Löffler-Stastka H. Transference and countertransference: A review. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2017 Jun;81(2):167-211.
20. Samuels A. Can the post-jungians survive?. *Psychological Perspectives*. 1995 Mar 1;31(1):55-9.
21. Dieckmann H. Transference and Countertransference. *Journal of Analytical Psychology*. 1976 Jan 1;21(1).
22. Jung CG. The psychology of the transference. *The Collected Works of C. G. Jung*. 1946;16.
23. Fordham M. *Exploration Into the Self*. L.A.P., Vol.7. London: H. Karnac Books, 1985
24. Astor J. Michael Fordham: Innovations in analytical psychology. Routledge; 2006 Apr 21.
25. Fordham M, Gordon R, Hubback J, editors. *The Self and Autism: The Library of Analytical Psychology*. Butterworth-Heinemann; 2017 Feb 22.
26. Fordham M. *Exploration Into the Self*. L.A.P., Vol.7. London: H. Karnac Books, 1985
27. Perry C. Transference and Countertransference. In *The Cambridge Companion to Jung*, ed. Polly Young-Eisendrath and Terence Dawson, 141-64. Cambridge University Press, 1997
28. Joseph B. Projective identification: Clinical

- aspects. In *Projection, identification, projective identification* 2018 May 8 (pp. 65-76). Routledge.
29. Bion WR. *Elements of psychoanalysis*. Routledge; 2018 May 1.
 30. Saunders P, Skar P. Archetypes, complexes and selforganization. *Journal of Analytical Psychology*. 2001 Apr;46(2):305-23.
 31. Matić JS. Senka u psihoterapiji- Psihoterapeut i njegova Senka. Fakultet za medije i komunikacije, Univerzitet Singidunum u Beogradu, 2018
 32. Hobdell R, Fordham M. Freud, Jung, Klein-the fenceless field: essays on psychoanalysis and analytical psychology. Routledge; 2003 Dec 16.
 33. Jung CG. On the importance of the unconscious in psychopathology. *The British Medical Journal*. 1914 Dec 5:964-8.
 34. Samuels A. Jung and the post-Jungians. Routledge; 2003 Sep 2.
 35. Vukosavljević-Gvozden T. Empatija i slika o sebi. Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta; 2002.
 36. Guggenbuhl-Craig A. *Power in helping professions*. Spring Publications, Inc. 1971
 37. Page S. *The Shadow and the Counsellor: Working with the Darker Aspects of the Person, the Role and the Profession*. Routledge; 2002 Sep 11.
 38. Levy P. *The wounded healer*. New Connexion. Retrieved from. 1999.
 39. Newcomb M, Burton J, Edwards N, Hazelwood Z. How Jung's concept of the wounded healer can guide learning and teaching in social work and human services. *Advances in Social Work and Welfare Education*. 2015 Dec;17(2):55-69.
 40. Wiener J. Evaluating progress in training: character or competence?. *Journal of Analytical Psychology*. 2007 Apr;52(2):171-83.

Jelena Sladojević Matić

Bore Marković 7

11 000 Beograd, Srbija

jelena.sladojevic.matic@fmk.edu.rs