



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΥΣΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΥΣΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το φαινόμενο της Μεταβίβασης- Αντιμεταβίβασης στη
Μουσικοθεραπεία

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Ντόρα Ψαλτοπούλου
Εκπόνηση Εργασίας: Μαριάννα Πητούλα ΑΕΜ 21018

Θεσσαλονίκη 2022

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Τμήματος Μουσικής Επιστήμης και Τεχνης του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, καθώς και όλους τους διδάσκοντες από το εξωτερικό, για τη συμβολή στην ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών στη Μουσικοθεραπεία που ήταν για εμένα όνειρο ζωής. Ιδιαίτερως, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την καθηγήτρια Ντόρα Ψαλτοπούλου-Καμίνη μέσω της οποίας ανακάλυψα τη Μουσικοθεραπεία, τις επόπτριες μου Dorit Amir και Jaqueline Birnbaum, τον Αποστόλη Λάσχο και τον Αναστάσιο Παπαδόπουλο για την πολύτιμη βοήθεια και τις συμβουλές τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τις οικογένειες των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα για την εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπό μου, και την οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Δήμητρα Χασανίδου για τη γλωσσική επιμέλεια της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Μεθοδολογία.....	6
Η σημασία της έρευνας του φαινομένου.....	7
Εισαγωγή.....	9
1. Ορισμοί Μεταβίβασης και Αντιμεταβίβασης.....	12
1.1. Φρόντ.....	12
1.1.1. Μεταβίβαση.....	12
1.1.2. Αντιμεταβίβαση.....	14
1.2. Μετα-Φροϋδικοί.....	15
1.2.1. Αντικειμενική αντιμεταβίβαση.....	19
1.2.2. Μετα-φροϋδικοί Αναλυτές.....	20
1.2.2.1. Melanie Klein.....	20
1.2.2.2. Paula Heiman.....	21
1.2.2.3. Racker Hienrich.....	24
1.2.2.4. Η οπτική του Lacan για τη μεταβίβαση την αντιμεταβίβαση.....	25
1.3. Μεταβίβαση- Αντιμεταβίβαση στην ψυχιατρική.....	29
2. Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση στη Μουσικοθεραπεία.....	31
2.1. Αναλύτική Μουσικοθεραπεία (Priestley).....	34
2.2. Bruscia Kenneth.....	39
2.2.1. Ενδοϋποκειμενική και Δυποκειμενική Αντιμεταβίβαση.....	46
2.3. Scheiby Benedikte.....	49
3. Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	55
4. Βιβλιογραφία.....	64

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία αναλύεται το φαινόμενο της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης στη Μουσικοθεραπεία. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης βιβλίων, ερευνών και άρθρων παρουσιάζεται και αναλύεται το φαινόμενο, αρχικά στον ψυχαναλυτικό τομέα και στη συνέχεια όσον αφορά στη Μουσικοθεραπεία. Αρχικά, παρουσιάζεται ο ορισμός της μεταβίβασης από τον Freud και οι αναφορές του για την αντιμεταβίβαση. Στη συνέχεια, αναλύονται οι απόψεις μεταφροϋδικών αναλυτών σχετικά με τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση, με σημαντικότερους τη Melanie Klein, την Paula Heiman, τον Hienrich Racker και τον Jacques Lacan. Έπειτα, παρουσιάζεται ο τρόπος που η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση εντοπίζονται στη Μουσικοθεραπεία με αναφορές της Priestley, του Bruscia της Scheiby σε συνδυασμό με έρευνες άλλων μουσικοθεραπευτών και μελετάται διεξοδικά η χρήση του φαινομένου στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Τέλος, παρουσιάζεται η σημασία, οι απόψεις και οι επεξηγήσεις του φαινομένου, καθώς και η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα όσον αφορά στη διαδικασία της Μουσικοθεραπείας και στους ίδιους τους Μουσικοθεραπευτές.

Λέξεις κλειδιά: Μεταβίβαση- Αντιμεταβίβαση, Μουσικοθεραπεία, Αναλυτική Μουσικοθεραπεία

Abstract

The present work refers to the analysis of the phenomenon of transference and counter-transference in Music Therapy. Through the bibliographic review of books, researches and articles, the phenomenon is presented and analyzed first in the psychoanalytic field and then in terms of Music Therapy. Firstly, Freud's definition of transference and his reports on countertransference are stated. Then, the views of analysts on transference and countertransference are analyzed, with Melanie Klein, Paula Heimann, Heinrich Racker and Jacques Lacan being the most important. Then, the way in which transference and countertransference are found in Music Therapy is presented with references from Priestley, Bruscia and Scheiby in combination with researches of other music therapists and the use of the phenomenon in the course of the therapeutic process is thoroughly studied. Finally, the importance, opinions and explanations of the phenomenon are presented, as well as the need for further research regarding the process of Music Therapy and the Music Therapists themselves.

Key words: Transference, Counter-Transference, Analytical Music Therapy

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη θα συσταθεί υπό τη μορφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Σύμφωνα με την APA (American Psychological Association), η βιβλιογραφική ανασκόπηση ορίζεται ως η μελέτη προηγούμενων δημοσιευμένων ερευνών και βιβλιογραφίας για ένα συγκεκριμένο θέμα με στόχο τον καθορισμό και τη διευκρίνιση του συγκεκριμένου ζητήματος, την ανασκόπηση των προηγούμενων ερευνών, τον εντοπισμό συσχετισμών, αντιφάσεων και ελλείψεων που ενδεχομένως να υπάρχουν στη βιβλιογραφία και τέλος προτάσεις για επόμενες έρευνες για την επίλυση και τη βαθύτερη κατανόηση του ζητήματος (American Psychological Association, ανακτήθηκε 11 Αυγούστου 2021 από: <https://www.apa.org/pubs/databases/training/method-values>).

Η συγκεκριμένη μελέτη θα εξετάσει το φαινόμενο της μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης στη Μουσικοθεραπεία και πώς το φαινόμενο αυτό εντοπίζεται και λειτουργεί κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετικά με τα ζητήματα μεθοδολογίας, η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελείται από τρεις βασικούς άξονες. Κατά πρώτον, την εισαγωγή όπου παρουσιάζεται το ζήτημα γενικότερα αλλά και οι λόγοι που οδηγούν στην ανάγκη μελέτης του ζητήματος. Στη συγκεκριμένη έρευνα θα πραγματοποιηθεί ανάλυση και επεξήγηση του φαινομένου της μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης γενικότερα στον χώρο της θεραπείας και θα παρουσιαστούν οι λόγοι που οδηγούν στην ανάγκη για τη βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου αυτού. Έπειτα, το κύριο μέρος όπου πραγματοποιείται σύνθεση, ομαδοποίηση και σύγκριση του συγκεντρωμένου υλικού και μέσα από ανάλυση, προκύπτουν τα αποτελέσματα. Στη συγκεκριμένη έρευνα θα εξεταστούν αναλυτικά δημοσιευμένα άρθρα από τα παλαιότερα στα νεότερα (Freud, Lacan, Melanie Klein και άλλοι), έτσι ώστε να παρουσιαστεί η ιστορία του φαινομένου και η εξέλιξή του, φτάνοντας στις μέρες μας με μελέτη της πρόσφατης δημοσιευμένης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, σε συνάρτηση με τη σημασία που έχει το φαινόμενο της μεταβίβασης-

αντιμεταβίβασης στη Μουσικοθεραπεία και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί σε αυτή. Τέλος, αναφέρονται τα συμπεράσματα στα οποία συνοψίζονται τα σημαντικότερα αποτελέσματα της ανασκόπησης και προτείνονται νέα ζητήματα που προκύπτουν για επόμενη έρευνα (University of Guelph ανακτήθηκε στις 11 Αυγούστου 2021 από: <https://guides.lib.uoguelph.ca/LiteratureReview>).

Η σημασία της έρευνας του φαινομένου

Όπως αναφέρεται στο «Μουσικοθεραπεία ο τρίτος δρόμος» η μεταβίβαση είναι η μετάθεση στο πρόσωπο του θεραπευτή επιθυμιών και συναισθημάτων που δημιουργήθηκαν καταρχήν σε σχέση με άλλα πρόσωπα, με αρχέγονα σημαντικά αντικείμενα, συνήθως κατά την παιδική ηλικία. Γίνεται ανάλυση της μεταβίβασης με σκοπό, την κατανόηση των συναισθημάτων που εκφράζονται μέσα στη θεραπευτική σχέση και της σύνδεσής τους με γεγονότα, συγκρούσεις, σχέσεις που υπήρχαν στο παρελθόν ή υφίστανται στο παρόν. «Αντίθετα, η αντιμεταβίβαση ορίζεται ως οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα του θεραπευτή απέναντι στον θεραπευόμενο στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης» (Ψαλτοπούλου – Καμίνη, 2015, σ. 31).

Στην ουμανιστική μουσικοθεραπεία το σημαντικότερο στοιχείο είναι η ισότιμη σχέση μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή. Ειδικότερα, ο θεραπευτής απαιτείται να είναι ανοιχτός, χωρίς κριτικό βλέμμα και να βασίζεται στο εδώ και τώρα χωρίς να θέτει συγκεκριμένους στόχους που είναι αβέβαιο ότι θα επιτευχθούν από τον πελάτη. Ο πελάτης έχει την ευκαιρία να θέσει τους δικούς του στόχους και μαζί με τον θεραπευτή να τους επιτύχει. Ο Correy (1991) υποστηρίζει ότι είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να ενθαρρύνει τον πελάτη για να ανακαλύψει και να ακούσει τον εαυτό του έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται ως αυτόνομο ον τις δυσκολίες που προκύπτουν και «προκαλεί τον

πελάτη να κάνει αλλαγές που θα τον οδηγήσουν να ζήσει αυθεντικά» (p. 207). Όπως αναφέρει η Ψαλτοπούλου, «Η σχέση πελάτη- θεραπευτή χαρακτηρίζεται από ισοτιμία, γιατί οι θεραπευτές δεν κρατάνε τις γνώσεις τους κρυφές ούτε προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα μυστήριο γύρω από τη θεραπευτική διαδικασία. Η διαδικασία αλλαγής στον πελάτη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα αυτής της ισότιμης σχέσης» (Ψαλτοπούλου, 2005, σ. 78).

Ειδικότερα, ο μουσικοθεραπευτής λειτουργεί ως συνεργάτης διαμορφώνοντας μια ισότιμη σχέση με τον πελάτη, χωρίς να θέτει ως στόχο να παρέμβει και να τροποποιήσει με παρεμβατικό-κατευθυντικό τρόπο την πραγματικότητα του πελάτη. Όπως αναφέρει η Ψαλτοπούλου (2005, σσ. 78-79), «ο θεραπευτής εστιάζει στα ενεργητικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης τα οποία ο πελάτης φέρνει στη θεραπεία, όπως τη συμπεριφορά προς τους άλλους και τον τρόπο να αντιμετωπίζει και να επιλύει τα προβλήματά που προκύπτουν».

Με τη δημιουργία της ισότιμης θεραπευτικής σχέσης, η οποία αναλύθηκε παραπάνω, είναι βέβαιο πως θα δημιουργηθούν σκέψεις και συναισθήματα του πελάτη προς τον θεραπευτή του και αντίστροφα και έτσι είναι πιθανό να υπάρξει το φαινόμενο της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης. Ανεξάρτητα με την προσέγγιση που ακολουθεί κάθε μουσικοθεραπευτή, είναι ύψιστης σημασίας να μπορεί να αναγνωρίσει την εμφάνιση του φαινομένου αυτού και να δουλέψει με αυτό στην προσωπική του θεραπεία. Σε οποιαδήποτε ψυχαναλυτική θεραπεία κεντρικό σημείο αποτελεί η έννοια της μεταβίβασης που «ως ένα βαθμό υπάρχει σε οποιαδήποτε ανθρώπινη σχέση» (Freud, 1912, p. 313), αλλά και της αντιμεταβίβασης, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ψυχαναλυτικής διαδικασίας (Heimann, 1950). Οι αντιδράσεις μεταβίβασης «είναι διαφορετικές από άτομο σε άτομο και προκαλούνται από πτυχές του ατόμου, του θεραπευτή ή της θεραπευτικής διαδικασίας» (Levy & Scala, 2012, p. 397).

Ο όρος αντιμεταβίβαση έχει αρχικά εισαχθεί στον τομέα της μουσικοθεραπείας στην Αναλυτική Μουσικοθεραπεία (ΑΜΤ), στην οποία τονίζεται ότι «αποτελεί προϋπόθεση για να είναι σε θέση ο μουσικοθεραπευτής να κατανοήσει και να εφαρμόσει την αντιμεταβίβαση, ο ίδιος να έχει τη δική του προσωπική εμπειρία ως πελάτης στη μουσικοθεραπεία, καθώς εκφράζονται οι εμπειρίες μεταβίβασης από τον θεραπευτή μέσω της μουσικής» (Priestley, 1994, p. 81).

Εισαγωγή

Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις βασίζονται στη φροϋδική θεωρία, αλλά κυρίως στις μεταγενέστερες μετα-φροϋδικές θεωρίες όπως η Ψυχολογία του Εγώ, τη Θεωρία Σχέσεων Αντικειμένου και την Ψυχολογία του Εαυτού (Wheeler, 2015). Η Γκαμάγκαρη (2020) αναφέρει ότι «στα ψυχοδυναμικά μοντέλα στη μουσικοθεραπεία, ο ελεύθερος μουσικός αυτοσχεδιασμός βρίσκεται σε αντιστοιχία με τη διαδικασία του ελεύθερου συνειρμού, ο οποίος εκφράζεται λεκτικά. Επιπλέον η σχέση πελάτη– θεραπευτή διαμορφώνεται αλλά και κατανοείται μέσα από τα φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης» (σ. 27).

Τα ψυχοδυναμικά μοντέλα αποτελούν σημαντικό ζήτημα στη βιβλιογραφία. Στο Music Therapy Handbook της Wheeler (2015), η Isenberg αναφέρεται στον Ruud (1980), ο οποίος υποστηρίζει ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ψυχολογικών θεωριών και της μουσικοθεραπείας. Υπογραμμίζει τη μοναδικότητα της ανθρώπινης επαφής, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της μουσικοθεραπείας και ταυτόχρονα εντοπίζει τη μουσική και τη σχέση μεταξύ των ανθρώπων και της μουσικής ως τους κύριους συντελεστές στη μοναδική φύση της μουσικοθεραπείας. Η μοναδικότητα αυτή,

δημιουργείται και αναπτύσσεται μέσω της μουσικής ενώ μεταβάλλεται ανάλογα με την ανάγκη που προκύπτει εκείνη τη στιγμή. Επιπλέον, η Wheeler (2015), υποστηρίζει ότι η διασύνδεση των ψυχοθεραπευτικών θεωριών με τη μουσικοθεραπεία, ενισχύει το κύρος του επαγγέλματος στον χώρο της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα η Wheeler (2015) πρότεινε ότι «η στήριξη σε ψυχοθεραπευτικές θεωρίες είχε το πλεονέκτημα της παροχής ενός εννοιολογικού χάρτη για την κλινική εργασία, ενώ επίσης εξυπηρετούσε την ενίσχυση της θέσης του επαγγέλματος στην κοινότητα ψυχικής υγείας» (Wheeler, 2015, p. 238).

Ακόμη, η Wheeler (2015) υποστηρίζει ότι το θεωρητικό υπόβαθρο των ψυχοδυναμικών μοντέλων στη μουσικοθεραπεία, βασίζεται αρχικά στη μεταψυχολογία του Freud με επίκεντρο δύο βασικά σημεία: «τον ψυχικό ντετερμινισμό (με τον όρο εννοείται η ύπαρξη αιτιότητας και όχι τυχαιότητας στα ψυχικά συμβάντα) και την κυριαρχία του ασυνειδήτου στις ψυχικές διαδικασίες» (p. 238) και τη Θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων ή Σχέσεων Αντικειμένου (Objects Relations Theory). Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε στη Βρετανία από τη Melanie Klein και την ομάδα ψυχαναλυτών της σχολής της (Βρετανική Σχολή Σχέσεων Αντικειμένου). Όπως αναφέρει η Wheeler (2015) «η Θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων προέρχεται από την κλασική φροϋδική θεωρία και συνδέεται με τη Βρετανική Σχολή των σχέσεων αντικειμένων, της Melanie Klein και τον Donald Winnicott, των Fairbairn, Guntrip, Jacobson, Mahler και Kernberg» (p. 238).

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, από τη βρεφική ηλικία ο άνθρωπος αναπτύσσεται έχοντας ως κινητήρια δύναμη τη δημιουργία πρωταρχικών σχέσεων, αρχικά με τη μητέρα και στη συνέχεια με τον εαυτό του. Έτσι ο άνθρωπος αναπτύσσει τη δυνατότητα να σχετίζεται με το ευρύτερο περιβάλλον, με αντικείμενα και πρόσωπα. Η Klein έθεσε αυτό το πρώτο «ένστικτο» αναζήτησης μιας πρωταρχικής σχέσης, ως ψυχοσωματικό αντικείμενο με βιολογικό αλλά και ψυχικό χαρακτήρα, υπό την έννοια ανάγκης για επαφή με άλλα πρόσωπα – αντικείμενα. Στο άρθρο του Καλομοιράκη (2015) «οι Κυριότερες Μετα-φροϋδικές

θεωρίες» αναφέρεται ότι η αλληλεπίδραση των εσωτερικών και εξωτερικών αντικειμένων, κατά τη διάρκεια της ψυχικής αναπτυξιακής πορείας του βρέφους, λειτουργεί ως κύριο μέσο για τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του (Hurry, 1998). Σύμφωνα με τη θεωρία, οι πρώιμες σχέσεις αντικειμένων του βρέφους σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά και τις ποιότητες των μεταγενέστερων σχέσεων του ατόμου (Pervin & John, 1999). Οι όροι «πρωταρχική μητρική ενασχόληση», «αρκετά καλή μητέρα», «κράτημα (holding)» αντλούνται από την προσέγγιση αυτή, όπως επίσης και η χρήση της αντιμεταβίβασης ως εργαλείο κατανόησης των συναισθημάτων του θεραπευόμενου/ ασθενή/ πελάτη, μέσα από το πρίσμα των συναισθημάτων του θεραπευτή (Γκαμάγκαρη, 2020).

Σύμφωνα με τη Wheeler (2015), παρόλο που οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις είναι περισσότερες από μία και τα μοντέλα ψυχοδυναμικής μουσικοθεραπείας δεν αποτελούν μια ενιαία οντότητα, ο βασικός κοινός άξονας είναι το ότι «αποτελεί προσέγγιση θεραπείας βάθους, στην οποία ο θεραπευτής:

- Αναγνωρίζει τη σημασία των παρελθοντικών εμπειριών στο παρόν του ασθενή
- Αναγνωρίζει την κυριαρχία του ασυνειδήτου πάνω στις σκέψεις, τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα, τόσο του ασθενή όσο και του θεραπευτή
- Αντιλαμβάνεται και χρησιμοποιεί τα φαινόμενα μεταβίβασης – αντιμεταβίβασης και λειτουργεί μέσω αυτών με σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση της ψυχικής ζωής του ασθενή
- Αντιλαμβάνεται τις αντιστάσεις προς τη θεραπεία που έρχονται από τον ασθενή και δουλεύει για την υπερνίκησή τους
- Το θεωρητικό πλαίσιο είναι ψυχοδυναμικό, η επαφή όμως με τον ασθενή συμβαίνει μέσω της μουσικής, σε μουσικοκεντρική διαδικασία» (Wheeler, 2015, p. 248).

1. Ορισμοί Μεταβίβασης και Αντιμεταβίβασης

1.1. Φρόντ

1.1.1. Μεταβίβαση

Η έννοια της μεταβίβασης ανακαλύφθηκε από τον Freud κατά τη διάρκεια της ψυχαναλυτικής διαδικασίας, αποτυπώθηκε για πρώτη φορά το 1910 και αναλύθηκε περαιτέρω το 1912. Στη συνέχεια η ψυχαναλυτική παρατήρηση τον οδήγησε στη διαπίστωση ότι «τα φαινόμενα μεταβίβασης εμφανίζονται στη ζωή όλων μας με αυθόρμητο τρόπο» (Freud, 1912, p. 314). Ο Freud (1912) αναφέρει πως «κάθε άνθρωπος αποκτά έναν ιδιαίτερο τρόπο στο να ασκεί την ικανότητά του να αγαπά, δηλαδή στο τι ορίζει αγάπη, στις παρορμήσεις που ικανοποιεί και στους στόχους που θέτει. Ο τρόπος αυτός δημιουργείται από τη συνδυασμένη λειτουργία της έμφυτης διάθεσης και των εξωτερικών επιρροών στην παιδική ηλικία, επαναλαμβάνεται και αναπαράγεται διαρκώς κατά τη διάρκεια της ζωής» (Freud, 1912, pp. 313-314). Ο Freud τόνισε και εξήγησε ιδιαίτερα πως κάποια ανάλογα συναισθήματα μπορούν να δημιουργηθούν στη θεραπευτική σχέση. Έτσι λοιπόν, ορίζει τη μεταβίβαση, ως «την ασυνείδητη ανάπτυξη συναισθημάτων, συμπεριφορών και στάσεων προς το πρόσωπο του θεραπευτή που δεν δικαιολογείται να υφίστανται στη θεραπευτική συνθήκη. Επομένως, η ψυχανάλυση δεν δημιουργεί μεταβίβαση αλλά ένας βασικός ρόλος της είναι να την αποκαλύπτει στο συνειδητό» (Freud, 1910, p. 147).

Αρχικά, ο Freud απέδωσε στη μεταβίβαση τον χαρακτήρα της αντίστασης, «η οποία εμποδίζει την ανάκληση απωθημένων μνημών και επομένως αποτελεί ένα εμπόδιο στη θεραπεία» (Freud, 1912, p. 316). Στη συνέχεια όμως η άποψη αυτή τροποποιήθηκε θετικά, καθώς αναγνωρίστηκε ότι η διαδικασία της μεταβίβασης συνιστά έναν τρόπο αντιμετώπισης του ιστορικού του αναλυόμενου μέσα από τη σχέση που αναπτύσσεται με τον θεραπευτή.

Δηλαδή, «ανάλογα με τον τρόπο που σχετίζεται με τον αναλυτή του ο αναλυόμενος επαναλαμβάνει παλαιότερες σχέσεις με άλλα πρόσωπα» (Freud, 1912, p. 313). Επίσης «πολλές φορές οι σχέσεις του παρελθόντος εμφανίζονται, όχι μόνο υπό τη μορφή αναμνήσεων αλλά και υπό τη μορφή πράξεων» (Freud, 1912, p. 314).

Ο Langs (1990) ερεύνησε τις εισαγωγές σε επανεκδόσεις κλασικών κειμένων για την ψυχανάλυση, μεταξύ των οποίων βρήκε ένα πρωτότυπο έγγραφο από τα ολοκληρωμένα ψυχολογικά έργα του Freud. Εκεί, η έννοια της μεταβίβασης αποτελούσε μια από τις θεμελιώδεις ανακαλύψεις του και ένα σημαντικό ερέθισμα για έρευνα στις ψυχαναλυτικές τεχνικές. Στο άρθρο του ο Freud σχετικά με την ψυχο-αναλυτική τεχνική (1912b) προσδιορίζει και διευκρινίζει τη μεταβίβαση και πώς αυτή εντοπίζεται στη σχέση του αναλυόμενου με τον θεραπευτή. Επίσης διευκρινίζει τη διαφορά μεταξύ θετικής και αρνητικής μεταβίβασης και πώς η μεταβίβαση θεωρείται μια μορφή αντίστασης από την πλευρά του αναλυόμενου: «Επομένως, η μεταβίβαση στην αναλυτική θεραπεία εμφανίζεται πάντα σε πρώτη φάση ως το ισχυρότερο όπλο αντίστασης και μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ένταση και η επιμονή της μεταβίβασης είναι αποτέλεσμα της αντίστασης. Ο μηχανισμός της μεταβίβασης εξηγείται από την κατάσταση ετοιμότητας στην οποία υπάρχει η λίμπιντο, η οποία έχει παραμείνει συσσωρευμένη στις βρεφικές εικόνες, αλλά ο ρόλος που διαδραματίζει στη διαδικασία της θεραπείας είναι κατανοητός μόνο υπό το πρίσμα της σχέσης με την αντίσταση» (Freud, 1912, p. 318).

Ο Freud (1912) περιέγραψε τη μεταβίβαση ως μια διαδικασία, μέσω της οποίας οι επιθυμίες που σχετίζονται με τη λίμπιντο και με ορισμένα αντικείμενα, μεταφέρονται στην ψυχαναλυτική σχέση και βιώνονται σαν πραγματικότητα από τον αναλυόμενο. Όπως επεσήμανε ο Diderichsen (1998) η πρώτη αντίδραση του Freud ήταν να θεωρήσει τη μεταβίβαση ως εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά αργότερα συνειδητοποίησε ότι η δύναμη της μεταβίβασης ήταν πολύτιμη στη διαδικασία θεραπείας στον βαθμό που ο

αναλυτής μπορούσε να ερμηνεύσει φαινόμενα μεταβίβασης ως ασυνείδητη επιθυμία του αναλυόμενου. Ο Freud (1912) επίσης, διακρίνει τη θετική μεταβίβαση που προκύπτει από την αγάπη στον αναλυτή και την αρνητική μεταβίβαση η οποία προκύπτει από τα συναισθήματα «μίσους» του αναλυόμενου προς τον αναλυτή. Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι «υπάρχει η διάκριση της θετικής από την αρνητική μεταβίβαση, τη μεταβίβαση δηλαδή του στοργικού συναισθήματος από εκείνο του εχθρικού. Η θετική μεταβίβαση μπορεί στη συνέχεια να χωριστεί περαιτέρω σε συναισθήματα φιλικά ή στοργικά που μπορούν να γίνουν συνειδητά και στις προεκτάσεις αυτών στο ασυνείδητο» (Freud, 1912, p. 318). Όσον αφορά σε αυτήν την ανακάλυψη, ο Freud τόνισε επίσης την κλινική του θέση, ότι ο θεραπευτής βρίσκεται σε ουδέτερη θέση για να παρέχει μια «καθαρή ασπίδα» (που σημαίνει ότι δεν δείχνει συναισθήματα ή σημάδια επιρροής από τη μεταβίβαση του αναλυόμενου) για να αντιμετωπίσει τη μεταβίβαση και για να επιτρέψει την ελευθερία στη συνειδητή έκφραση (Freud, 1912).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι η μεταβίβαση είναι διαφορετική από την προβολή καθώς αυτή κατηγοριοποιείται ως αμυντικός μηχανισμός ενώ η μεταβίβαση συμβαίνει ασυνείδητα..

1.1.2. Αντιμεταβίβαση

Παρόλο που ο Freud άλλαξε τη στάση του συνειδητοποιώντας ότι η μεταβίβαση αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την εξέλιξη της θεραπείας και όχι εμπόδιο, το 1910 εισήγαγε και τον όρο αντιμεταβίβαση χωρίς να αναπτύξει πραγματικά τον κλινικό όρο με τον ίδιο τρόπο όπως τη μεταβίβαση. Συγκεκριμένα, γράφει «έχουμε συνειδητοποιήσει την αντιμεταβίβαση, η οποία εμφανίζεται στον αναλυτή ως αποτέλεσμα της επιρροής του

αναλυόμενου στα ασυνείδητα συναισθήματά του, και είμαστε σχεδόν πεπεισμένοι ότι ο αναλυτής θα αναγνωρίσει την αντιμεταβίβαση στον εαυτό του» (Freud, 1910, p. 144). Εκτός από αυτήν την αναφορά ο Freud έγραψε πολύ λίγα για την αντιμεταβίβαση. Ωστόσο, το 1912 έκανε μια ακόμη αναφορά για την αντιμεταβίβαση: «Δεν μπορώ να συμβουλευσω τους αναλυτές να διαμορφωθούν κατά τη διάρκεια της ψυχαναλυτικής θεραπείας σε χειρουργό, ο οποίος παραμερίζει όλα τα συναισθήματά του, ακόμη και την ανθρώπινη συμπάθειά του, και επικεντρώνει τις ψυχικές του δυνάμεις στον μοναδικό στόχο της χειρουργικής επέμβασης να γίνει όσο το δυνατόν πιο επιδέξια. Αυτή η συναισθηματική ψυχρότητα αιτιολογείται καθώς δημιουργεί συμφέρουσες συνθήκες και για τις δύο πλευρές. Για τον αναλυτή μια επιθυμητή προστασία για τα συναισθήματά του και για τον αναλυόμενο τη μεγαλύτερη βοήθεια που μπορεί να του προσφερθεί» (Freud, 1912, p. 115).

Έτσι, ο Freud είναι ο δημιουργός της κλασικής άποψης της αντιμεταβίβασης που μπορεί να περιγράψει ως οι ασυνείδητες παθολογικές αντιδράσεις του θεραπευτή στον ασθενή οι οποίες αντικατοπτρίζουν ανεπίλυτες συγκρούσεις που πρέπει να ξεπεραστούν με αυτοαναλύσεις προκειμένου ο θεραπευτής να συνεργαστεί καλά με τον ασθενή. Βασίζεται στην κατανόηση τόσο της μεταβίβασης όσο και της αντιμεταβίβασης, ως ενδοψυχικού φαινομένου, καθώς και της θεραπευτικής σχέσης που δημιουργείται μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή (Pedersen, 2007).

1.2. Μετα-Φροϋδικοί

Αρκετοί συγγραφείς έχουν προβληματιστεί για την έλλειψη βιβλιογραφίας σχετικά με τον όρο «αντιμεταβίβαση» για σχεδόν τέσσερις δεκαετίες μετά την ανακάλυψη του φαινομένου από τον Freud. Οι Tansey και Burke (1989) βρήκαν κάποιες αναφορές στη βιβλιογραφία, όπως αυτές του Roland (1981), οι οποίες δήλωναν ότι η ψυχανάλυση ήταν

ανάγκη να διαφοροποιηθεί από τις μη επιστημονικές, καλλιτεχνικές και λογοτεχνικές προσπάθειες διερεύνησης του ανθρώπινου νου, καθώς επίσης και την απουσία του όρου της αντιμεταβίβασης σε μελέτες που πρέσβευαν την επιθυμία για αυστηρά αντικειμενική στάση εκ μέρους του αναλυτή. Όπως αναφέρει η Pedersen (2007), ο Racker (1957) υποστήριξε ότι «η παραμέληση της έρευνας του όρου της αντιμεταβίβασης για σαράντα χρόνια οφειλόταν ιδεωδών που πέρασαν από τη μια γενιά στην άλλη και υποστήριξε ότι η μεταβίβαση είχε μελετηθεί πιο προσεκτικά από την αντιμεταβίβαση για τον ίδιο λόγο που το οιδιπόδειο σύμπλεγμα του παιδιού προς τους γονείς του είχε εξεταστεί πολύ πιο προσεκτικά από αυτό των γονέων προς το παιδί τους» (Pedersen, 2007, p. 163).

Αρχικά, η αντιμεταβίβαση έγινε αντιληπτή από τους κλασικούς αναλυτές ως οι ασυνείδητες συγκρούσεις και τα συναισθήματα του αναλυτή που υποκινήθηκαν από τον ασθενή (Ott, 1954). Ωστόσο κάτι περίεργο συνέβη στον ψυχαναλυτικό κόσμο στα μέσα του 20ού αιώνα, καθώς διάφοροι αναλυτές άρχισαν να ερευνούν την αντιμεταβίβαση. Ο Winnicott (1949) υποστήριξε την ύπαρξη της αντικειμενικής αντιμεταβίβασης, την οποία όρισε ως την αγάπη και το μίσος του κλινικού γιατρού για τον ασθενή με βάση την «πραγματική» προσωπικότητα του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η αντιμεταβίβαση ήταν μια «φυσιολογική» αντίδραση στον ασθενή και δεν αντανάκλασε τις ασυνείδητες συγκρούσεις του κλινικού γιατρού. Η Heimann (1950) διεύρυνε επίσης τον ορισμό της αντιμεταβίβασης ώστε να είναι «το άθροισμα των επιδράσεων του κλινικού γιατρού προς τον ασθενή» (Heimann, 1950, p. 81). Η Heimann υποστήριξε ότι η αντιμεταβίβαση είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για τους κλινικούς ιατρούς και τη σημασία της αυτοανάλυσης ώστε αυτή «να επιτρέψει στον αναλυτή να κατανοήσει τα συναισθήματά του και όχι να τα απορρίψει προκειμένου να τα εντάξει στην αναλυτική διαδικασία» (Heimann, 1950, p. 81).

Ο Kernberg (1965) υποστήριξε το νέο διευρυμένο ορισμό της αντιμεταβίβασης, τον οποίο ονόμασε «ολοκληρωμένη αντιμεταβίβαση». Σε συμφωνία με τον προηγούμενο ορισμό

της Heimann, ο Kernberg (1965) όρισε την ολοκληρωμένη αντιμεταβίβαση ως «το σύνολο των συναισθηματικών αντιδράσεων του κλινικού γιατρού στον ασθενή. Η αντιμεταβίβαση αυτή καθαυτή δεν είναι χρήσιμη, αλλά είναι σημαντική η ετοιμότητα να αναγνωρίσουμε την ύπαρξή της και η ικανότητα να την ξεπεράσουμε» (Reich, 1960, p. 392). Για τον Brenner (1985), η αντιμεταβίβαση είναι απλώς η μεταβίβαση του αναλυτή στον ασθενή. Από αυτήν την άποψη, ο αναλυτής έπρεπε να επεξεργαστεί την αντιμεταβίβαση και η σύσταση ήταν να επιστρέψει στην προσωπική ανάλυση, επειδή η αντιμεταβίβαση παρενέβαινε στο ψυχαναλυτικό έργο.

Σύμφωνα με τους Tansey και Burke (1989), υπήρξε ένα πλήθος σημαντικών εγγράφων σχετικά με την αντιμεταβίβαση από το 1960 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Ωστόσο, σε όλη αυτήν την περίοδο πραγματοποιήθηκε προετοιμασία για τα επόμενα χρόνια όπου εξετάστηκε η αντιμεταβίβαση του θεραπευτή μέσα από τη θεραπευτική αλληλεπίδραση, και έγινε βελτίωση των ορισμών της ενσυναίσθησης και της προβολικής ταύτισης.

Μια σημαντική συμβολή στην κατανόηση της ενσυναίσθησης αποτέλεσε ο Kohut (1959) ο οποίος είναι ο ιδρυτής της Ψυχολογίας του Εαυτού που βασίζεται στην έμφαση και στον επαναπροσδιορισμό της ενσυναίσθησης ως της λειτουργίας που ορίζει το πεδίο της ψυχανάλυσης. Επιπλέον, τόνισε τον σημαντικό ρόλο της ενσυναίσθησης του θεραπευτή ως τρόπο παρατήρησης για επιστημονική έρευνα στην ψυχανάλυση.

Όπως αναφέρουν οι Tansy & Burke (1989) δημιουργήθηκε το κίνημα Specifist Movement το οποίο παρουσίασε ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την αντιμεταβίβαση στα μέσα της δεκαετίας του 70. Το ενδιαφέρον αυτό υποκινήθηκε από τις εξελίξεις στην κατανόηση της ενσυναίσθησης και της προβολικής ταύτισης και περιγράφεται μεταξύ άλλων από τους Grotstein, (1981), Schafer (1983) και Sandler (1987). Αυτοί οι συγγραφείς προσπάθησαν να

ερμηνεύσουν την εμπειρία της ταύτισης του θεραπευτή ως αντιμεταβίβαση, όπου η ενσυναίσθηση και η προβολική ταύτιση θεωρούνται όλο και περισσότερο ως όψεις της αντιμεταβίβασης. Έτσι, εντοπίζεται η πεποίθηση ότι «οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις σε έναν ασθενή δεν είναι απαραίτητα παθολογικές αλλά ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα είδη ταυτίσεων που έχει υποστεί ο θεραπευτής και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο προέκυψαν στη θεραπευτική αλληλεπίδραση» (Pedersen, 2007, p. 173). Άλλες κατηγοριοποιήσεις της αντιμεταβίβασης διαμορφώθηκαν από τον Cohen (1952), ο οποίος διαφοροποίησε τρεις τύπους αποκρίσεων που προκύπτουν από περιστασιακούς παράγοντες:

- τη ζωή του αναλυτή,
- από τα νευρωτικά τρωτά σημεία του αναλυτή,
- από το άγχος που δημιουργείται από τον ασθενή και το οποίο ο αναλυτής έχει ενσωματώσει με κάποιο τρόπο.

Έτσι, από τη δεκαετία του 1970 χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις για τη διαφοροποίηση των τύπων ταυτοποίησης των θεραπευτών:

1. « Το επίπεδο συνειδητότητας του θεραπευτή ή η έλλειψη επίγνωσης της εμπειρίας.
2. Το επίπεδο του ελέγχου του θεραπευτή στην ένταση της εμπειρίας.
3. Τα επίπεδα διαχωρισμού και διαφοροποίησης στη διαδικασία ταύτισης στα όρια που θέτει ο θεραπευτής
4. Το είδος της ενδοβολής.
5. Το ερώτημα εάν η ταύτιση γίνεται με την εσωτερικευμένη αυτο-αναπαράσταση του ασθενούς (σύμφωνη ταύτιση) ή με την αναπαράσταση εσωτερικευμένου

αντικειμένου του ασθενούς (συμπληρωματική αναγνώριση)» (Tansey & Burke 1989, p. 35).

Το συγκεκριμένο κίνημα εξετάζει διαφορετικές μεταβλητές που επηρεάζουν την αντιμεταβίβαση χωρίς να επηρεάζεται από πεποιθήσεις.

1.2.1. Αντικειμενική αντιμεταβίβαση

Η αντικειμενική αντιμεταβίβαση του κλινικού ιατρού, είναι τα συναισθήματά του, που έχουν προκληθεί από την επιρροή του ασθενούς στον κλινικό ιατρό (Geltner, 2006). Ο ασθενής μέσω συναισθηματικής επαγωγής, επηρεάζει τον κλινικό ιατρό να βιώσει τις επιδράσεις που αισθάνεται ο ίδιος,. Στην αντικειμενική αντιμεταβίβαση, ο κλινικός ιατρός βιώνει ένα συναίσθημα που ο ασθενής ή κάποιος στον κόσμο των αντικειμένων του έχει βιώσει επίσης (παρόμοια με τις έννοιες του Racker (1957) περί συμβατής ή συμπληρωματικής ταύτισης).

Ο Fink (2007) απέρριψε την έννοια της αντικειμενικής αντιμεταβίβασης, υποστηρίζοντας ότι θα ήταν σχεδόν αδύνατο να επιτευχθεί καθολική συμφωνία σχετικά με το τι ορίζεται ως αντικειμενική απάντηση στο κλινικό επίπεδο. Η αντικειμενική αντιμεταβίβαση προϋποθέτει ότι οι κλινικοί γιατροί κατανοούν τον εαυτό τους τόσο καλά, ώστε να γίνεται διάκριση μεταξύ των ιδιοσυγκρασιακών απαντήσεων από τις κανονικές αντιδράσεις (Fink, 2007). Εξάλλου, και ο κλινικός γιατρός έχει ένα ασυνείδητο που δεν μπορεί ποτέ να γίνει πλήρως γνωστό. Ο Geltner (2006) προτείνει ότι η αντικειμενική αντιμεταβίβαση του κλινικού ιατρού μπορεί να επαληθευτεί μόνο εάν η αντίδρασή του στον ασθενή ταιριάζει με ένα μοτίβο που περιγράφει ο ασθενής σχετικά με τις σχέσεις εκτός συνεδρίας.

1.2.2. Μετα-φροϋδικοί Αναλυτές

1.2.2.1. Melanie Klein (1882-1960)

Η ανάπτυξη της θεωρίας των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1930 και του 1940 παρείχε μια σημαντική αλλαγή στην αναπτυξιακή θεωρία από ένα μοντέλο «κίνησης / δομής» σε ένα μοντέλο «σχέσης / δομής» (Greenberg και Mitchell, 1983). Έτσι, το έργο της Melanie Klein είχε πολύ μεγάλο αντίκτυπο. Η Klein, σε αντίθεση με τους Winnicott, και Heimann, διατήρησε την εστίασή της στις προσπάθειες του παιδιού να προσαρμοστεί και να υπερασπιστεί τις ενστικτώδεις κινήσεις οι οποίες προέρχονται από «επίπεδο φαντασίας» και γενικά αγνόησε ποιος θα μπορούσε να είναι ο αντίκτυπος πραγματικών, εξωτερικών αντικειμένων στην ανάπτυξη του παιδιού. Αρχικά, υιοθέτησε την ίδια ιδέα με τον Freud, όπου θεώρησε ότι η αντιμεταβίβαση ήταν εμπόδιο στη θεραπεία (Pedersen, 2007).

Η Klein (1946) είναι η δημιουργός του όρου προβολικής ταύτισης από το 1946, την οποία περιέγραψε ως:

«έναν αμυντικό μηχανισμό με τον οποίο το βρέφος προσπαθεί να απαλλάξει τον εαυτό του, από καταστροφικές, επιθετικές παρορμήσεις προβάλλοντας αυτές τις παρορμήσεις στη φαντασία σε ένα εσωτερικευμένο αντικείμενο, το οποίο με τη σειρά του βιώνεται ως διωκτικό. Με τον έλεγχο του αντικειμένου, το βρέφος αισθάνεται τότε την αίσθηση του ελέγχου πάνω στη δική του ενστικτώδη επιθετικότητα. Η απειλή φαίνεται ότι έρχεται από το εξωτερικό και όχι από το εσωτερικό» (Klein 1946, p. 434).

Αυτός ο ορισμός τροποποιήθηκε από τους οπαδούς της Klein –οι οποίοι ήταν σύγχρονοι θεωρητικοί των αντικειμενοτρόπων σχέσεων όπως οι Winnicott, Racker και Heimann. Αυτοί επέκτειναν πρώτα το έργο της Klein σε μια εξερεύνηση της επιρροής των πραγματικών αλληλεπιδράσεων με πραγματικά αντικείμενα στην ψυχολογική ανάπτυξη του

παιδιού. Όπως αναφέρει η Pedersen, «έπειτα, το επέκτειναν σε μια εξέταση της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή όπως επηρεάζεται από την προβολική ταύτιση του ασθενούς» (Pedersen, 2007, p. 164). Έτσι η Pedersen τονίζει ότι ο ορισμός της Klein προτάθηκε πολύ αργότερα από τον Sandler (1987) να είναι μια προβολική ταύτιση πρώτου σταδίου. Ο ίδιος ο Sandler (1987) αναφέρεται στο πώς αντιλαμβάνεται την προβολική ταύτιση, η οποία δείχνει την πραγματική επιρροή του ασθενή στον θεραπευτή, ώστε να ταυτιστεί με μια εσωτερικευμένη αναπαράσταση του εαυτού ή του αντικειμένου του ασθενούς - μια κατάσταση πραγματικής επιρροής στην αντιμεταβίβαση του θεραπευτή ως προβολική ταύτιση. Έτσι πλέον ο θεραπευτής ήταν δυνατό να έχει ισχυρές, συχνά αρνητικές, αντιδράσεις σε έναν ασθενή, όπου στο παρελθόν τέτοιες αντιδράσεις θεωρούνταν γενικά ως εμπόδια που υποδηλώνουν παθολογική αντιμεταβίβαση (Pedersen, 2007).

1.2.2.2. Paula Heimann (1899-1982)

Η Klein δημιούργησε την αρχή για τη μεταγενέστερη ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με την αντιμεταβίβαση: μια από τους οπαδούς της, η Paula Heimann, ήταν η πρώτη που θεώρησε την αντιμεταβίβαση ως εποικοδομητική και όχι ενοχλητική (Diderichsen, 1998· Langs, 1990). Παρόλο που μερικοί άλλοι σύγχρονοι συγγραφείς όπως ο Reik (1948) και ο Fliess (1942, 1953) και αργότερα οι Searles (1975) αναφέρονται σε διαφορετικές ιστορικές επισκοπήσεις (Langs, 1990· Tansey & Burke, 1998), η Heimann χρησιμοποιεί τον όρο αντιμεταβίβαση για να καλύψει όλες τις αποκρίσεις του θεραπευτή στον θεραπευόμενο. Συγκεκριμένα προτείνει ότι «ενώ οι παθολογικές απαντήσεις του θεραπευτή πολλές φορές μπορεί να είναι παρεμβατικές και να χρειάζονται αυτοανάλυση και διόρθωση, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως μέσο κατανόησης του θεραπευόμενου» (Heimann, 1950, p. 23). Επιπλέον η Heimann, περιγράφει τη συναισθηματική ανταπόκριση του θεραπευτή στον

θεραπευόμενό του, ως ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία για τη διαδικασία της θεραπείας του καθώς «η αντιμεταβίβαση του θεραπευτή είναι ένα εργαλείο έρευνας για το ασυνείδητο του ασθενούς» (Heimann, 1950, p. 23). Ακόμη, τονίζει ότι «η ψυχανάλυση είναι μια διαδικασία όπου αναπτύσσεται μια σχέση μεταξύ δύο ατόμων, η οποία αναγνωρίζεται από τον βαθμό των συναισθημάτων που έχουν βιώσει και από το πώς αυτά τα συναισθήματα εκφράζονται, καθώς αυτοί οι παράγοντες είναι αλληλεξαρτώμενοι» (Heimann, 1950, p. 81). Επίσης, δηλώνει ότι «ο στόχος της αυτο-ανάλυσης είναι: να επιτρέψει στον θεραπευτή να διατηρήσει τα συναισθήματα που αναδύονται σε αυτόν, να τα αποδεχτεί και όχι να τα απορρίψει (όπως και ο ασθενής), προκειμένου να τα εμπεριέξει στο αναλυτικό έργο» (Heimann, 1950, p. 81).

Η Heimann προτείνει μια λιγότερο αυταρχική ή τελειομανή άποψη για τον σκοπό της αυτοανάλυσης προτείνοντας ότι «όταν ο αναλυτής έχει επεξεργαστεί τις παιδικές του συγκρούσεις και τους δεσμούς άγχους, δεν θα καταλογίσει στον ασθενή του αυτό που ανήκει στον εαυτό του - θα βρίσκεται σε ένα είδος ισορροπίας όπου μπορεί να διαχειριστεί τους ρόλους των προβολών του ασθενούς» (Heimann, 1950, p. 82). Επίσης, τροποποίησε την ιδέα του Freud ότι ο αναλυτής πρέπει να αναγνωρίσει και να κυριαρχήσει στην αντιμεταβίβασή του, στην ιδέα ότι ο αναλυτής πρέπει να χρησιμοποιήσει τη συναισθηματική του απόκριση ως κλειδί για το ασυνείδητο του ασθενούς αντί να αποστασιοποιηθεί από την «ενοχλητική» αντιμεταβίβαση. Επισημαίνει το γεγονός ότι οι ψυχαναλυτικές τεχνικές εμφανίστηκαν όταν ο Freud, εγκαταλείποντας την ύπνωση, ανακάλυψε την αντίσταση και την καταστολή. Ο Freud (1910) προσπάθησε να διαλευκάνει τις απωθημένες αναμνήσεις του υστερικού ασθενούς:

«αισθάνθηκε ότι μια δύναμη από τον ασθενή αντιτάχθηκε στις προσπάθειές του και ότι έπρεπε να ξεπεράσει αυτή την αντίσταση με τη δική του ψυχική δουλειά. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ήταν η ίδια δύναμη που ήταν υπεύθυνη για την καταστολή των κρίσιμων αναμνήσεων και για το σχηματισμό του υστερικού συμπτώματος. Η ασυνείδητη διαδικασία

στην υστερική αμνησία μπορεί επομένως να οριστεί από τις δίδυμες πτυχές της, από τις οποίες η μία στρέφεται προς τα έξω και γίνεται αισθητή από τον αναλυτή ως αντίσταση, ενώ η άλλη λειτουργεί ενδοψυχικά στην καταστολή. Ενώ στην περίπτωση της καταστολής, η αντιμεταβίβαση χαρακτηρίζεται από την αίσθηση μιας ποσότητας ενέργειας, μιας αντίθετης δύναμης, άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί θα προκαλέσουν άλλες ιδιότητες στην απάντηση του αναλυτή» (Heimann, 1950, p. 83).

Όπως αναφέρει η Pedersen (2007), η Heimann (1950) υποστήριξε ότι αυτός ο τρόπος κατανόησης των εμπειριών της αντιμεταβίβασης θα άνοιγε τον δρόμο σε έρευνες για την πληρέστερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο χαρακτήρας της αντιμεταβίβασης αντιστοιχεί στη φύση των ασυνείδητων παρορμήσεων και αμυνών του ασθενούς που λειτουργούν στον πραγματικό χρόνο. Επομένως, υποστηρίζει ότι η κατανόηση των προβλημάτων του ασθενούς προέρχεται από ενστικτώδεις ορμές και άμυνες (Pedersen, 2007).

Στη συνέχεια, απομακρύνθηκε από την ιδέα του Freud, καθώς κατάλαβε ότι αυτή η ασυνείδητη επικοινωνία μπορεί να γίνει κατανοητή με οποιονδήποτε τρόπο αποκλειστικά από διανοητικές ερμηνείες που προέρχονται από μια ουδέτερη θέση. Υποστηρίζει ότι «ο θεραπευτής βρίσκεται σε μια πλήρως συναισθηματική επαφή με την ασυνείδητη επικοινωνία του ασθενούς. Είναι λοιπόν η πρώτη που εισήγαγε το φαινόμενο της «συντήρησης» (sustaining) των συναισθημάτων και της «υποταγής» (subordinating) τους στο αναλυτικό έργο» (Pedersen, 2007, p. 166).

1.2.2.3. Racker Hienrich (1910-1961)

Μια άλλη σημαντική συμβολή στην κατανόηση και τον ορισμό της αντιμεταβίβασης προέρχεται από έναν οπαδό της Klein, τον Racker. Σύμφωνα με τους Tansey και Burke (1989), ο Racker τονίζει:

«επεξηγείται ο τρόπος με τον οποίο ένας θεραπευτής θα μπορούσε να εξαναγκαστεί από τον ασθενή του να ταυτιστεί είτε με τον εαυτό του ασθενούς, το οποίο ονόμασε ως σύμφωνη ταύτιση, είτε με τα εσωτερικευμένα αντικείμενα του ασθενούς, το οποίο μετά τον Deutsch (1926), ονομάστηκε συμπληρωματική ταύτιση. Υποστήριξε ότι παρόλο που οι ταυτίσεις από μόνες τους συνιστούν τη βάση της ενσυναίσθησης, και οι δύο μορφές ταύτισης θα πρέπει να θεωρούνται αντιμεταβίβαση με την ολοκληρωμένη της έννοια» (Tansey & Burke, 1989, pp. 25-26).

Εδώ, λοιπόν, η ενσυναίσθηση αντιμετωπίζεται ως ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση της μεταβίβασης. Ο Racker τονίζει ότι «το κλειδί είναι ο αναλυτής να προσπαθήσει να διατηρήσει μια βαθιά και συνεχή επαφή με τον εαυτό του, ώστε να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επίγνωση της θέσης του σε σχέση με τον ασθενή» (Tansey & Bruke, 1989, p. 26). Υποστηρίζει ότι χωρίς επίγνωση της αντιμεταβίβασης, «ο αναλυτής ήταν πολύ πιθανόν καταδικασμένος να πνιγεί στις απαντήσεις του στον ασθενή και να επαναλάβει καταστροφικά τον φαύλο κύκλο του ασθενούς, ενώ μέσω της επίγνωσης της αντιμεταβίβασης, ο αναλυτής είναι σε καλύτερη θέση ώστε να αποφύγει τους φαύλους κύκλους που αποτελούν τα πρωταρχικά προβλήματα του ασθενούς όσον αφορά στις ανθρώπινες σχέσεις. Η επίγνωση της αντιμεταβίβασης θέτει τη βάση ώστε να συνειδητοποιήσει ο θεραπευτής τις ασυνείδητες προσπάθειες του ασθενούς να επαναλάβει τη σχεσιακή του συμπεριφορά, και να τον οδηγήσει (τον ασθενή) σε διακοπή των φαύλων

κύκλων δίνοντάς του μια ευκαιρία να εσωτερικεύσει ένα πιο θετικό αποτέλεσμα με τον θεραπευτή» (Racker, 1968, p. 17).

Ο Racker (1968) επισημαίνει επίσης ότι η αντιμεταβίβαση είτε διαταράσσει είτε βοηθάει στην κατανόηση αλλά και στην ικανότητα του αναλυτή να ερμηνεύει τις ασυνείδητες συγκρούσεις του ασθενούς. Καθορίζει επίσης τη στάση του αναλυτή απέναντι στον ασθενή του, καθώς και το πώς θα εξελιχθεί η μεταβίβαση για τον αναλυτή. Επομένως «η αντιμεταβίβαση είναι καθοριστική για τη μεταβίβαση και τη διεξαγωγή της, όπως επίσης είναι καθοριστική και για την όλη θεραπεία» (Racker, 1968, p. 18).

1.2.2.4. Η οπτική του Jacques Lacan για τη μεταβίβαση την αντιμεταβίβαση

Όπως αναφέρει ο Evans, (1996) η άποψη του Lacan για τη μεταβίβαση είναι διαφορετική καθώς την εξέτασε από τρεις διαφορετικές οπτικές: του φανταστικού, του συμβολικού και του πραγματικού. Ο Lacan γράφει, «Προτιμώ να αφήσω την έννοια της μεταβίβασης στην εμπειρική της ολότητα, τονίζοντας παράλληλα ότι είναι πολυσθενής και ότι μπορεί να εξεταστεί μέσω τριών επιπέδων: το συμβολικό, το φανταστικό και το πραγματικό» (Lacan, 1988, pp. 112-113). Ο Lacan χρησιμοποίησε τις έννοιες Συμβολικό, Φαντασιακό, και Πραγματικό για να προσεγγίσει το έργο του Freud. Από το 1953 και μετά, αυτό το τριμερές σύστημα το ορίζει ως τάξεις οι οποίες αφορούν την ψυχική λειτουργία. Το συμβολικό πεδίο περιλαμβάνει τη διάσταση του λόγου της άρθρωσης των σημαινόντων μεταξύ τους και του νόμου. Ο όρος φαντασιακό εμπεριέχει την έννοια της αυταπάτης, της σαγήνης και της αποπλάνησης και συνδέεται άμεσα με τη δυαδική σχέση του εγώ και της εικόνας (*imaginaire*). Το πραγματικό είναι η τάξη που είναι η πιο δύσκολη να κατανοήσουμε μιας και χαρακτηρίζεται από έλλειψη σημαίνοντος και σημαινόμενου, το πραγματικό είναι το αδύνατο (επειδή είναι αδύνατο να το φανταστούμε και αδύνατη η ένταξή του στη συμβολική

τάξη). «Στη φαντασιακή διάσταση, οι σχέσεις κυριαρχούνται από ομοιότητα και ναρκισσιτικές αντιλήψεις» (Fink, 1995, p. 214). Οι άνθρωποι βλέπουν τους άλλους μόνο σε σχέση με τον εαυτό τους, κάτι που γεννά είτε αγάπη για τις ομοιότητες (ταύτιση) είτε αισθήματα επιθετικότητας και ανταγωνισμού λόγω των αντιληπτών ομοιοτήτων (αντιπαλότητα). Για τον Lacan, «το εγώ είναι τελικά μια μυθοπλασία που βρίσκεται στη φαντασιακή διάσταση και αντιπροσωπεύει την προσπάθεια του υποκειμένου να συνδυάσει κατακερματισμένες εμπειρίες σε ένα ενιαίο σύνολο. Η συμβολική διάσταση περιγράφει πολιτιστικούς νόμους και κοινωνιογλωσσικούς κανόνες επικοινωνίας. Στο συμβολικό επίπεδο, τα άτομα αρθρώνουν τη σχέση τους με τη γλώσσα και είναι η διάσταση του ασυνείδητου, που διαμεσολαβείται ως γλώσσα. Στη συμβολική διάσταση, το υποκείμενο καταδεικνύει τη μοναδικότητα και τη διαφορετικότητά του σε σχέση με τους άλλους. Το πραγματικό περιγράφει πραγματική εμπειρία, η οποία δεν μπορεί να συμβολιστεί (π.χ. τραύμα, καθώς και οι προγλωσσικές εμπειρίες του βρέφους)» (Lacan, 1973, p. 222).

Η μεταβίβαση εντοπίζεται σύμφωνα με τον Lacan με τρεις διαφορετικούς τρόπους. Όταν οι ασθενείς βλέπουν τον κλινικό ιατρό παρόμοιο με τον εαυτό τους τότε η μεταβίβαση βρίσκεται στη φαντασιακή διάσταση (Fink, 1998). Στη φαντασιακή μεταβίβαση, ο ασθενής βιώνει τόσο αγάπη όσο και μίσος για τον κλινικό γιατρό (de Bernardi, 2000). Ο Lacan θεώρησε τη φαντασιακή μεταβίβαση ως «την αντίσταση του ασθενούς ενάντια στην ανάλυση του νου του. Αντί να κοιτάζει προς τα μέσα, ο ασθενής είναι υπερβολικά συγκεντρωμένος στον αναλυτή ώστε να αποφύγει την ενδοσκόπηση. Δουλεύοντας με τη συμβολική σειρά ο αναλυτής μπορεί να παράγει αλλαγές στην υποκειμενική θέση του αναλυόμενου. Αυτές οι αλλαγές θα παράγουν επίσης φανταστικά αποτελέσματα, αφού το φαντασιακό δομείται από το συμβολικό» (Evans, 1996, p. 204). Η μεταβίβαση βρίσκεται στη συμβολική διάσταση όταν ο ασθενής τοποθετεί στον κλινικό γιατρό τον ρόλο του γονέα ή του νόμου (Fink, 1998). Πιο συγκεκριμένα, ο Lacan αντιλήφθηκε τη συμβολική μεταβίβαση

ως αποκάλυψη των σημαντικών σημαινόντων του ιστορικού του ασθενούς και των επαναλήψεων προηγούμενων σχέσεων, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές στη μεταβίβαση του ασθενούς στον αναλυτή. Τέλος, η μεταβίβαση είναι στο πραγματικό όταν ο αναλυτής γίνεται «η αιτία των ασυνείδητων σχηματισμών του αναλυόμενου» (Fink, 1998, p. 40). Για παράδειγμα, ο Fink περιγράφει ότι ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία και ανησυχία κάθε φορά που ο κλινικός ιατρός γίνεται πανταχού παρών στα όνειρα, τις φαντασιώσεις και τις ονειροπολήσεις του ασθενούς. Για τη δεδομένη στιγμή, ο Lacan υποστηρίζει ότι «ο αναλυτής είχε γίνει η αιτία των ασυνείδητων επιθυμιών του ασθενούς. Αυτή η θέση δίνει στον αναλυτή την ευκαιρία να αλλάξει τα συμπτώματα και τις ασυνείδητες δυνάμεις του ασθενούς που προκαλούν προβλήματα» (Lacan, 1973, p. 230).

Αξίζει να αναφερθεί η έννοια της μεταβίβασης όπως την αντιλαμβάνοταν ο Lacan (1973). Συχνά, ο ασθενής βάζει τον κλινικό ιατρό στη θέση του «υποτίθεται ότι γνωρίζει» (1973), όταν στην πραγματικότητα, το ασυνείδητο του κλινικού ιατρού κρατά το κλειδί για να ξεδιαλύνει τα συμπτώματά του. Στο Σεμινάριο XI, ο Lacan είπε, «όταν ο ασθενής βάζει τον αναλυτή στη θέση του υποκειμένου που υποτίθεται ότι γνωρίζει, υπάρχει μεταβίβαση» (Lacan, 1973, p. 232). Οι νευρωτικοί ασθενείς τείνουν να προσέρχονται στη θεραπεία περιμένοντας από τον κλινικό ιατρό να έχει τη γνώση που θα τους απαλλάξει από τα συμπτώματά τους.

Ο Fink (2007) σημειώνει ότι, αρχικά στη θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για το ασυνείδητό τους, προτιμώντας να το απορρίψουν ή να ελαχιστοποιήσουν τη σημασία του. Ο ασθενής προβάλλει την ερμηνεία του ασυνείδητου του στον κλινικό ιατρό. Όπως αναφέρει ο Fink, ο ασθενής προβάλλει στον αναλυτή μια ολόκληρη σειρά συναισθημάτων που βιώνει στις σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα από το παρελθόν και το παρόν του (Fink, 1998). Πολλοί αναλυτές που ενδιαφέρονται να είναι «πραγματικοί» αποκλείουν την προβολή των συναισθημάτων του ασθενούς από αντικείμενα

του παρελθόντος στον κλινικό ιατρό (Fink, 2007). Εάν ο κλινικός ιατρός προσπαθήσει να αποθαρρύνει την αρνητική μεταβίβαση, τότε αυτό δεν επιτρέπει στην τραυματική μνήμη ή στην ανάμνηση του ασθενούς να εκφραστεί (Fink, 1998). Ως εκ τούτου, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να αποδέχεται κάθε προβολή του ασθενούς (Fink, 2007) για να επιτρέψει στην τραυματική μνήμη να εμφανιστεί και να αποκτήσει ρόλο στη μεταβίβαση.

Ο Lacan αποδέχτηκε την κλασική ιδέα ότι η αντιμεταβίβαση αποτελεί εμπόδιο στη θεραπεία. Επίσης, αναφέρθηκε στην αντιμεταβίβαση ως «το σύνολο των μεροληψιών, των παθών και των δυσκολιών του αναλυτή» (Fink, 2007, p. 183). Ο Lacan πίστευε ότι ο διαχωρισμός της μεταβίβασης από την αντιμεταβίβαση είναι λανθασμένος (Lacan, 1973). Μάλιστα, στο βιβλίο του Το Σεμινάριο (Βιβλίο XI) αναφέρει ότι «Η μεταβίβαση είναι ένα φαινόμενο που περιλαμβάνει και το υποκείμενο και τον ψυχαναλυτή. Το να το χωρίσουμε σε μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση θ' αποτελούσε απλώς έναν τρόπο υπεκφυγής του προβλήματος. Η μεταβίβαση είναι ένα ουσιαστικό φαινόμενο, δεμένο με την επιθυμία ως κομβικό φαινόμενο του ανθρώπινου όντος» (Lacan, 1973, p. 294). Αντίθετα, προτίμησε να εξετάσει πώς συμμετέχει ο κλινικός ιατρός στη μεταβίβαση του ασθενούς.

Ο Lacan άσκησε κριτική στο ιδεώδες του στωικού αναλυτή που λειτουργεί ως αυτόματος, συναισθηματικά απαθής για τον ασθενή. Ο Lacan (1975) πίστευε ότι οι κλινικοί γιατροί έχουν συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς τους και έθεσε το ερώτημα πώς μπορούν οι κλινικοί γιατροί να διαχειριστούν αυτά τα συναισθήματα. Στην πραγματικότητα, πίστευε ότι η προσωπική ανάλυση δεν απομακρύνει τον αναλυτή από όλα τα συναισθήματα, αλλά στην πραγματικότητα εντείνει την ικανότητα του αναλυτή να επιθυμεί (Evans, 1996). Ωστόσο, ο Lacan (1975) ήταν επίσης επικριτικός για τους πρωτοσχεσιακούς αναλυτές επειδή πίστευε ότι παρανόησαν βασικά τη θέση του αναλυτή. Επιπλέον απέρριψε την αντιμεταβίβαση επειδή υπονοούσε συμμετρία μεταξύ κλινικού ιατρού και ασθενούς, παρά το γεγονός ότι η σχέση δεν είναι ισοδύναμη (Bernstein, 1999).

1.3. Μεταβίβαση- Αντιμεταβίβαση στην ψυχιατρική

Ο Johan Cullberg (1993), σουηδός ψυχίατρος και ψυχαναλυτής είναι ο συγγραφέας του θεωρητικού βιβλίου *Dynamic Psychiatry*, το οποίο χρησιμοποιείται ως θεμελιώδες κείμενο σε πολλές εκπαιδεύσεις στη Σκανδιναβία. Η αντιμεταβίβαση εκεί χωρίζεται σε τρία αναγνωρισμένα στοιχεία, δηλαδή στην ενσυναίσθηση, στις αντίθετες αντιδράσεις και στην πραγματική αντιμεταβίβαση. Μέσω αυτής της διαφοροποίησης μπορεί να αντιμετωπιστεί ο προβληματισμός εάν μια κλασική ή μια ολοκληρωμένη κατανόηση του φαινομένου μπορεί να εφαρμοστεί στην ψυχιατρική.

Ο Cullberg (1993) τονίζει το γεγονός ότι το να ακούει ο θεραπευτής τα δικά του συναισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών είναι πολύ σημαντικό. Ένας θεραπευτής που χρησιμοποιεί αντιδράσεις ενσυναίσθησης ή συμπληρωματικές αντιδράσεις δεν μπορεί να αντικαταστήσει έναν ήταν απών, ο τρόπος όμως που ο θεραπευτής ερμηνεύει τα συμπληρωματικά συναισθήματά του και τα συσχετίζει με τις ανάγκες του ασθενούς στο εδώ και τώρα μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητικός για την πορεία της θεραπείας. Ο θεραπευτής «είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις αντίθετες αντιδράσεις και τα συναισθήματα που μπορούν να ενεργοποιηθούν στον ίδιο, ως αντίδραση σε φυσιολογικά νευρωτικές ή οριακές ανάγκες που δεν εκφράζονται με λόγια, αλλά μέσω μιας συμπεριφοράς» (Cullberg, 1993, p. 499).

Η Pederson (2007) αναφέρει ότι ιδιαίτερα οι απειλές αυτοκτονίας μπορούν να ενεργοποιήσουν έντονα συναισθήματα οργής που πρέπει να συγκρατούνται εντός της επίβλεψης ή στην ομάδα. Ο Cullberg (1993) τονίζει επίσης ότι η καλή εκπαίδευση, η κατανόηση του εαυτού και η εποπτεία είναι σημαντικές για τον έλεγχο τέτοιων συναισθηματικών αντιδράσεων των θεραπευτών. Τέλος ορίζει την πραγματική αντιμεταβίβαση ως «τις μεταβιβάσεις του θεραπευτή προς τον ασθενή» (Cullberg, 1993, p. 498) και επισημαίνει ότι «τα ασυνείδητα προβλήματα του θεραπευτή είναι εξίσου

σημαντικά να κατανοηθούν όσο και το ζήτημα του ασθενούς» (Cullberg, 1993, p. 499). Ως παράδειγμα αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι ψυχιατρικοί ασθενείς μπορεί να φαίνεται συχνά ότι έχουν ανάγκη από περισσότερη ιατρική περίθαλψη και λιγότερη λεκτική επικοινωνία και διάλογο, καθώς μπορεί να αναγνωριστούν από τον ιατρό ως αναπαραστάσεις γονικών μορφών, οι οποίες στη φαντασία του ψυχιάτρου δεν μπορούν να έχουν φυσιολογικές ψυχολογικές ανάγκες.

Συνολικά, τονίζει «τη σημασία της συνειδητοποίησης των συναισθηματικών αντιδράσεων του θεραπευτή ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τη συναισθηματική ζωή του, καθώς αυτό είναι το πιο σημαντικό όργανο στην ψυχιατρική εργασία. Αυτό υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να επιτύχει όσο το δυνατόν την καλύτερη ανεπτυγμένη αυτοκατανόηση μέσω αυτοανάλυσης ή ψυχοθεραπείας και μέσω επαρκούς εποπτείας όταν εργάζεται με διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών» (Cullberg, 1993, p. 502).

Από τον τομέα της δυναμικής ψυχιατρικής ο Glenn Gabbard (1994) τονίζει τη σκέψη του Racker λέγοντας: «όπως οι ασθενείς έχουν μεταβίβαση, το θεραπευτικό προσωπικό έχει αντιμεταβίβαση» (Gabbard, 1994, p. 12).

2. Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση στη Μουσικοθεραπεία

Η Pedersen (2007), αναφέρει ότι οι εμπειρίες μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης συμβαίνουν σε μια στιγμή αιφνιδιασμού και συντελούν σε μια σημαντική αλλαγή στη μουσική έκφραση που αναδύεται ως μια διαισθητική, ασυνείδητη και ταυτόχρονα σύνθετη διαδικασία. Η αλλαγή στη μουσική διαδικασία απελευθερώνει τη σωματική αίσθηση ή τα έντονα συναισθήματα του θεραπευτή και αποτελεί ένδειξη για τον θεραπευτή ότι κάτι συγκεκριμένο αναδύεται. Εξυπηρετεί επίσης την αντίδραση αντιμεταβίβασης του θεραπευτή και οδηγεί τη μουσικοθεραπευτική διαδικασία σε άλλη κατεύθυνση.

Η στιγμή του αιφνιδιασμού προετοιμαζόταν ασυνείδητα σε προηγούμενες συνεδρίες, η πηγή του επικείμενου αιφνιδιασμού είναι το επίπεδο βάθους της έντασης στις αισθήσεις ή τα συναισθήματα του σώματος του θεραπευτή, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη πράξη της δημιουργίας της μουσικής. Το γεγονός, ότι η διαδικασία της αλλαγής ακούγεται στη μουσική, βοηθά να γίνουν συνειδητές οι ασυνείδητες ανταποκρίσεις (Pedersen, 2007). Αξίζει να αναφερθούν οι Hannibal (2000, 2003), Storm (2002) και Metzner (1994, 1999, 2003), πριν γίνει αναφορά στους τρεις μουσικοθεραπευτές που έχουν γράψει πιο ολοκληρωμένα εστιάζοντας στην αντιμεταβίβαση, τον Bruscia, την Priestley και τη Scheiby.

Ο Hannibal έγραψε μια διατριβή (2000) στην οποία διερευνούσε μεθόδους για να περιγράψει τις διαδικασίες μεταβίβασης στο πλαίσιο της μουσικοθεραπείας. Εστίασε κυρίως στη σύνδεση μεταξύ θεωρίας και κλινικής πράξης, ενώ η δευτερεύουσα εστίαση έχει να κάνει με την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Διαπίστωσε ότι οι θεωρητικές έννοιες του Stern μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κοινή θεωρητική βάση για την περιγραφή σχεσιακών προτύπων τόσο στη λεκτική όσο και στη μουσική αλληλεπίδραση, αναφέροντας ότι τα μοτίβα μεταβίβασης στο λεκτικό πλαίσιο εμφανίζονται και στο μουσικό, και ότι τα

πρότυπα μεταβίβασης που αναπτύχθηκαν στο μουσικό πλαίσιο, εμφανίζονται επίσης στον λεκτικό διάλογο. Τελικά διαπίστωσε ότι τόσο οι συγκρούσεις όσο και άλλα σχεσιακά μοτίβα εμφανίζονται στο μουσικό πλαίσιο (Pedersen, 2007).

Ο Hannibal (2003) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μουσική αλληλεπίδραση έχει ψυχοθεραπευτική δυναμική επειδή η σχέση πελάτη / θεραπευτή θα αντικατοπτρίζει τυπικά σχεσιακά πρότυπα συγκρούσεων. Υποστήριξε ότι η μουσική μέσω της οποίας χτίζεται η θεραπευτική σχέση είναι επιπλέον ικανή να ενισχύσει τόσο τη σύγκρουση όσο και τη θετική μεταβίβαση. Επίσης διαπίστωσε ότι η ανάπτυξη του πελάτη μπορεί να παρατηρηθεί στη μουσική την οποία δημιουργεί. Ο Hannibal (2003) κατέληξε σε αυτά τα ευρήματα κατά την εφαρμογή των θεωριών του σε μια μελέτη περίπτωσης, με μια γυναίκα χωρίς λόγο και τάσεις αυτοκαταστροφής. Σε μια αναφορά της ασθενούς τρεις μήνες μετά τον τερματισμό της θεραπείας, εκφράστηκε ότι η μουσική και η αλληλεπίδραση που είχε στη μουσική με τον Hannibal ως θεραπευτή της, αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ικανότητάς της να επικοινωνεί και να αλληλεπιδρά με τους ανθρώπους. Το άρθρο επικεντρώθηκε, στον τρόπο με τον οποίο η μεταβίβαση της πελάτισσας με τον θεραπευτή εμφανίστηκε στη σχέση τόσο εντός όσο και εκτός του μουσικού πλαισίου και στο πώς άλλαξε.

Η Storm (2002) ανέπτυξε ένα μοντέλο τεσσάρων φάσεων στη μελέτη της με μια βαθιά ψυχωτική γυναίκα που υποβλήθηκε σε ψυχιατρική θεραπεία για πρώτη φορά, χωρίς καμία επίγνωση του χρόνου και του χώρου και με σοβαρά προβλήματα στη λεκτική επικοινωνία. Ανέλυσε τρία αυτοσχέδια μουσικά παραδείγματα από τρεις οπτικές γωνίες:

- Ανάλυση φωνητικής αξιολόγησης.
- Μορφολογική ανάλυση.

- Ανάλυση βασισμένη στη θεωρία του Stern.

Συνέθεσε τα αποτελέσματά της από την ανάλυση σε αυτό που ονόμασε αναδιοργάνωση σε τέσσερις φάσεις, που ονομάζει:

1. «A space to be present and relate (Ένα μέρος που να είσαι παρών και να συσχετίζεσαι).
2. A containing and holding space (Ένας χώρος εμπειρίας και στήριξης).
3. A potential space (Ένας πιθανός χώρος).
4. A space for separation /termination (ένας χώρος αποχωρισμού/λήξης)» (Storm, 2002, pp. 92-93)

Επιπλέον, η Storm απεικόνισε ιδιαίτερα τον συνειδητό τρόπο του θεραπευτή να είναι παρών και να εφαρμόζει τις αντιδράσεις αντιμεταβίβασης προς τον πελάτη ώστε να εξελίσσεται η θεραπευτική διαδικασία (Pedersen, 2007).

Η Metzner (1999, 2003) εστίασε στις διαφορές μεταξύ της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικά ενημερωμένης μουσικοθεραπείας. Επισημαίνει ότι «οι αμοιβαία εξαρτώμενες αλληλεπιδράσεις και ενδοψυχικές διεργασίες που αναδύονται κατά τη διάρκεια του μουσικού αυτοσχεδιασμού είναι φαινόμενα που δεν απαντώνται στην παραδοσιακή ψυχαναλυτική σκέψη. Η ψυχανάλυση στερείται ενός μοντέλου δράσης –που περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από απλή φυσική δράση– το οποίο θα μπορούσε να παρέχει μια άμεση σύνδεση με τα φαινόμενα που ανακάλυψε ο Freud» (Metzner, 1999, p. 104).

Η Metzner προτείνει την ιδέα ότι «αν η ψυχαναλυτική θεραπεία γενικά μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδραστική έκφραση εσωτερικών ψυχικών συγκρούσεων, μπορεί κανείς να πει ότι η μουσικοθεραπεία συνιστά απλώς μια τροποποίηση της διαδικασίας, τα ειδικά

χαρακτηριστικά της οποίας πρέπει να είναι εμφανή από τη σκοπιά της ψυχανάλυσης» (Metzner, 1999, p. 104).

Η Metzner έχει επιμεληθεί αρκετές λεπτομερείς και τεκμηριωμένες μελέτες περίπτωσης από την εργασία της στον κλάδο της ψυχιατρικής. Στην αναφορά για την αντιμεταβίβαση στην εργασία της με πρώιμα διαταραγμένους, ψυχωτικούς ασθενείς, σχολιάζει μια εμπειρία που είχε με έναν συγκεκριμένο ασθενή ως εξής:

«Αν και γνώριζα την αυξανόμενη ικανότητα του ασθενούς μου να αντιμετωπίζει μικρές αρνήσεις, για μεγάλο χρονικό διάστημα με βασάνιζε ένα αίσθημα αντιμεταβίβασης για το οποίο δεν μπορούσα να κάνω τίποτα, δηλαδή ότι ό,τι κι αν έκανα ήταν λάθος – ακριβώς όπως η μητέρα που για κάποιο λόγο έχει χάσει τη μιμητική της ικανότητα. Και έτσι βρεθήκαμε σε μια κατάσταση απόλυτου χωρισμού» (Metzner, 1999, p. 115).

Περιέγραψε πώς η κλινική πράξη λειτούργησε, αρχικά με ένα μεταβατικό αντικείμενο και πώς διαπίστωσε αλλαγές στη σχέση μέσα και έξω από τη μουσική, έτσι ώστε να γίνει ένα πρώτο βήμα προς τη συσχέτιση μουσικοθεραπείας με τον πελάτη. Η Metzner (2003) τόνισε επίσης τη σημασία των τριαδικών δομών σε μια διεπιστημονική ομάδα θεραπείας μιας ψυχιατρικής πτέρυγας, σε συνεργασία με σχιζοφρενείς ασθενείς, για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιδράσεων των μηχανισμών διάσπασης.

2.1. Αναλύτική Μουσικοθεραπεία (Priestley)

Η Mary Priestley, δημιουργός της αναλυτικής μουσικοθεραπείας, ήταν η πρώτη μουσικοθεραπεύτρια που ανέλαβε το καθήκον να προσπαθήσει να καθορίσει και να

επεξηγήσει τους κλινικούς όρους μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης για να τους καταστήσει διαθέσιμους για τους μουσικοθεραπευτές.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70, έγραψε το πρώτο της βιβλίο για την πρακτική της μουσικοθεραπείας *Music Therapy in Action* (1975), όπου υποστήριξε, παράλληλα με τους ψυχαναλυτές και τους λεκτικούς ψυχοθεραπευτές, ότι ο μουσικοθεραπευτής χρειάζεται προσωπική ανάλυση. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία και μια ακόλουθη εκπαίδευση, ώστε ο θεραπευτής να είναι σε θέση να μεταφράσει τις εμπειρίες των μεμονωμένων πελατών τόσο σε ατομικές όσο και σε ομαδικές συνεδρίες μουσικοθεραπείας. Η Priestley (1975) επισημαίνει:

«ο θεραπευτής πωλεί την ικανότητά του για θεραπεία και φροντίδα. Πρέπει τουλάχιστον να προσπαθήσει να γνωρίζει τι είναι και να γνωρίζει τους κινδύνους που διανύει. Δεν μπορεί να είναι τέλειος (και καμία ανάλυση δεν θα αφαιρέσει κάθε αδυναμία) αλλά τουλάχιστον μπορεί να κάνει το καλύτερο δυνατό για να προετοιμαστεί υπεύθυνα για τη δουλειά. Τόσα πολλά οφείλει στον εαυτό του, στον πελάτη και στο έργο» (Priestley, 1975, p. 33).

Αυτή η ανησυχία συνδέεται με τον ορισμό της Priestley για τον κύριο στόχο της αναλυτικής μουσικοθεραπείας, τον οποίο συνοψίζει ως εξής:

«Η αναλυτική μουσικοθεραπεία είναι ένας τρόπος εξερεύνησης του ασυνειδήτου με έναν αναλυτικό μουσικοθεραπευτή μέσω της έκφρασης ήχου. Είναι επίσης ένας τρόπος σύνθεσης των ενεργειών που απελευθερώνονται από κατασταλτικούς και αμυντικούς μηχανισμούς και τους δίνει μια νέα κατεύθυνση μέσω της ενέργειας στον ήχο» (Priestley, 1975, p. 32).

Επεσήμανε την ανάγκη μιας μακράς εκπαίδευσης των μουσικοθεραπευτών ώστε να είναι προετοιμασμένοι για αντιμεταβίβαση σε όλους τους πληθυσμούς πελατών. Υποστήριξε ότι με ορισμένους πληθυσμούς μια επιφανειακή γνώση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης όπως προκύπτει από την ανάγνωση μπορεί να είναι αρκετή σε συνδυασμό με μια σταθερή προσωπικότητα, άφθονη διαίσθηση, ενσυναίσθηση και επίγνωση της διαδικασίας μεταβίβασης. Ωστόσο, επεσήμανε ότι αν κάποιος σκοπεύει να κάνει αναλυτική μουσικοθεραπεία, να δουλέψει μόνος του σε ιδιωτική πρακτική ή να ειδικευτεί στην ψυχιατρική εργασία, τότε πρέπει να βιώνει τη δική του μεταβίβαση (Priestley, 1975).

Μια άλλη πτυχή που περιγράφει διαφορετικά από την ψυχανάλυση είναι οι εμπειρίες συναισθηματικών αντιπαραθέσεων του πελάτη μέσω της μουσικής, ή από ένα μέρος του εαυτού του από το οποίο μοιάζει να έχει απομακρυνθεί. Μόλις υπάρξει ένα άνοιγμα μέσω μιας μουσικής εμπειρίας, ο πελάτης μπορεί να αρχίσει να παραδέχεται και να κατανοεί βαθύτερα τα συναισθήματά του (Pedersen, 2007). Όσον αφορά στη μουσικοθεραπεία στην ψυχιατρική, η Priestley γνώριζε ότι οι περισσότεροι μουσικοθεραπευτές έλκονται από κάποιο προσωπικό κίνητρο που προέρχεται από την ιστορία της ζωής του ίδιου του θεραπευτή. Από τη δική της πλευρά ομολόγησε:

«Μόλις ξεκίνησα την πρακτική μου εκπαίδευση στο ψυχιατρείο ήξερα ότι αυτό ήθελα να κάνω. Ήταν ο συναισθηματικός πόνος που με τράβηξε. Εδώ υπήρχε κάτι για να δουλέψεις, ένα είδος καυσίμου που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να δώσει μια νέα κατεύθυνση σε μια ζωή. Ίσως ακούγεται απαίσιο, αλλά ένιωσα ότι αυτή ήταν μια ευαισθησία που θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω» (Priestley, 1975, p. 40)

Σχετικά με την επιλογή πεδίου εργασίας για τους μελλοντικούς μουσικοθεραπευτές, επεσήμανε για τον τομέα της ψυχιατρικής ότι:

«Η μεταβαλλόμενη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών βραχείας παραμονής απαιτεί μια εξαιρετικά ευαίσθητη και προσαρμόσιμη απόκριση από τον θεραπευτή που χρειάζεται επίσης την ικανότητα να μπορεί να αποδεχτεί την απόρριψη και την οξεία συναισθηματική δυσφορία σε άλλους, σε συνδυασμό με σταθερή άγκυρα στην ιδιωτική του ζωή» (Priestley, 1975, p. 43).

Η Priestley ανέπτυξε περαιτέρω την κατανόησή της για την αντιμεταβίβαση και τη διαίρεση της αντιμεταβίβασης στο δεύτερο βιβλίο της (Priestley 1980 - επιμελήθηκε στα γερμανικά το 1980 και αργότερα, σε αναθεωρημένη έκδοση μεταφρασμένη στα αγγλικά το 1994) σε τρία μέρη που ανήκουν όλα στο φαινόμενο της αντιμεταβίβασης. Προσδιορίζει αυτά τα μέρη ως:

- «Αντιμεταβίβαση,
- Συμπληρωματικές ταυτίσεις ή C-αντιμεταβίβαση
- Concordant Identification ή E-αντιμεταβίβαση» (Priestley, 1994, p. 80)

Η Priestley ονόμασε τον πρώτο ορισμό «Μια φροϋδική αντιμεταβίβαση» και συζήτησε την προφανή ανάγκη, η οποία δεν αναφέρεται τόσο πολύ από τους ψυχαναλυτές στην πρώιμη βιβλιογραφία της αντιμεταβίβασης, να αναλύεται προσεκτικά από τον θεραπευτή τόσο η θετική όσο και η αρνητική αντιμεταβίβαση. Περιέγραψε την εμπειρία αυτού του είδους αντιμεταβίβασης ως εξής:

«Ο μουσικοθεραπευτής πιθανότατα πρώτα θα έχει επίγνωση της αντιμεταβίβασης ως ένδειξη ότι τα συναισθήματα στη θεραπευτική дуάδα γίνονται ανεξέλεγκτα. Συναισθήματα που δεν μπορεί να καταλάβει και όμως νιώθει ότι ελέγχεται από αυτά. Δεν μπορεί να βγάλει την υπόθεση από το μυαλό του. Παρειασφρέει στον ελεύθερο χρόνο του και τις ώρες του λυκόφωτος. Μπορεί να αισθάνεται ότι πρέπει να δικαιολογήσει τον εαυτό του και τον χειρισμό της υπόθεσης και διαπιστώνει ότι έχει εσωτερικές διαφωνίες με τον εαυτό του για

αυτό σε ιδιωτικές στιγμές εκτός εργασίας. Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να εξεταστεί η υπόθεση και να δούμε αν υπάρχει κάτι που θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι το ασυνείδητό του βλέπει αυτόν τον ασθενή ως μια φιγούρα από το παρελθόν του» (Priestley, 1994, pp. 83-84).

Ο δεύτερος ορισμός της μεταφοράς C-Counter (Συμπληρωματικές ταυτίσεις ή C-αντιμεταβίβαση) είναι μια εμπειρία ταύτισης, όπου ο θεραπευτής ταυτίζεται με μια από τις ενδορυθμίσεις του ασθενούς ή όταν:

«αντικατοπτρίζει την ενδορύθμιση του ασθενούς του και καταλαμβάνεται από αυτό. Για παράδειγμα, μπορεί να συμπεριφέρεται σαν κακομαθημένη μητέρα ή αυστηρός πατέρας του ασθενούς του. Είναι, φυσικά, μια ασυνείδητη διαδικασία, οπότε πώς γίνεται γνωστή στον θεραπευτή; Σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν το γνωρίζει συνειδητά και ο άτυχος ασθενής υποβάλλεται σε μια αρνητική εμπειρία και όχι σε μια διορθωτική συναισθηματική εμπειρία καθώς ο θεραπευτής και ο ασθενής αναπαράγουν μια ατυχή σχέση από τη σχέση του ασθενούς στο παρελθόν» (Priestley, 1994, p. 85).

Η Priestley τόνισε αυτό που ο Racker (1968) είχε αναφέρει, ότι φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ της αντιμεταβίβασης, της C-Αντιμεταβίβασης και της E-Αντιμεταβίβασης. Ο τρίτος ορισμός από την Priestley, η E-αντιμεταβίβαση περιγράφεται ως εξής:

«Ο θεραπευτής μπορεί να διαπιστώσει είτε σταδιακά, καθώς εργάζεται, είτε με κάτι ξαφνικό που μπορεί να τον ανησυχήσει, ότι αντιλαμβάνεται τη θετική συνήχηση ορισμένων συναισθημάτων του ασθενούς μέσω της δικής του συναισθηματικής ή/και σωματικής επίγνωσης. Συχνά αυτά είναι καταπιεσμένα συναισθήματα που δεν είναι ακόμη διαθέσιμα στη συνειδητή επίγνωση του ασθενούς, αλλά μπορεί επίσης να είναι συναισθήματα που βρίσκονται σε διαδικασία συνειδητοποίησης, οπότε μπορεί να είναι πολύ δυναμικά και πρωτόγνωρα στον θεραπευτή, ειδικά τη στιγμή του αυτοσχεδιασμού. Η e-αντιμεταβίβαση

του θεραπευτή εξαρτάται από την ευαισθησία του και την ελευθερία του να βιώνει τα εισερχόμενα συναισθήματα» (Priestley, 1994, pp. 87-88, 90).

Έτσι η Priestley ορίζει εδώ την E- αντιμεταβίβαση παράλληλα με τον ορισμό της ενσυναίσθησης όπου είναι μια εμπειρία συναισθηματικής «εισβολής», «ταύτισης» ή «επηρεασμού» και επίσης παρουσιάζει τη δυνατότητα χρήσης της σε γνωστικό επίπεδο για να γίνει σαφής η ανάγκη του πελάτη. Πολλοί άλλοι μουσικοθεραπευτές έχουν γράψει αναλυτικά για την αντιμεταβίβαση. Οι δύο πιο σημαντικοί όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι ο Kenneth E. Bruscia και η Benedikte. B. Scheiby. Καθώς η Priestley ήταν η πρώτη που επιχείρησε να μεταφέρει τους κλινικούς όρους από την ψυχανάλυση στη μουσικοθεραπεία, είναι η πηγή έμπνευσης για τους περαιτέρω συγγραφείς.

2.2. Bruscia Kenneth

Ο ορισμός του Bruscia για την αντιμεταβίβαση είναι ο εξής «Η αντιμεταβίβαση συμβαίνει κάθε φορά που ένας θεραπευτής έρχεται σε επαφή με έναν πελάτη με τρόπους που μοιάζουν με σχέσεις είτε από τη ζωή του θεραπευτή είτε από τη ζωή του πελάτη. Είναι μια αναπαραγωγή των σχέσεων του παρελθόντος στο παρόν, μια γενίκευση αυτών των μοτίβων από ένα άτομο σε ένα άλλο και από πραγματικές καταστάσεις στην κατάσταση της θεραπείας, η πτώση του πελάτη ή / και του θεραπευτή εντός μιας προηγούμενης σχέσης. Επίσης είναι μια επανεξέταση των ίδιων ή παρόμοιων συναισθημάτων, συγκρούσεων, παρόρμησης και φαντασιώσεων μέσω της ταύτισης» (Bruscia, 1998, p. 52).

Στον επεξεργασμένο τόμο του *The Dynamic of Music Psychotherapy* (Bruscia 1998), ο Bruscia γράφει 18 κεφάλαια σχετικά με τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση στη μουσικοθεραπεία. Στον πρόλογο τονίζει ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση είναι δομές,

όχι πραγματικότητες, δηλαδή είναι απλά τρόποι περιγραφής και δημιουργίας νοήματος που προκύπτουν από τις σχέσεις που εμφανίζονται στην ψυχοθεραπεία. Δεν είναι αντικειμενικά γεγονότα ή επαληθεύσιμες αλήθειες είναι συσχετίσεις που κάνει ένας θεραπευτής για να αναλύσει και να ερμηνεύσει αυτό που συμβαίνει στη θεραπεία. Είναι εικόνες ή μεταφορές για τη σχέση πελάτη-θεραπευτή» (Bruscia 1998a, p. Xxii). Σημαντικό για αυτήν τη μελέτη είναι ότι ο Bruscia ισχυρίζεται ότι το να οριστεί ένα γεγονός ως αντιμεταβίβαση αρκεί, αλλά είναι σημαντικός ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής θα εξετάσει το ζήτημα.

Ο Bruscia (1998) προσπαθεί να αποσαφηνίσει τις διαδικασίες του σύνθετου φαινομένου της αντιμεταβίβασης, ερμηνεύοντας πέντε συστατικά τα οποία ορίζει προσεκτικά ως:

- «Πηγές αντιμεταβίβασης: οι αρχικές εμπειρίες και σχέσεις στο παρελθόν που αποτελούν το θεμέλιο αντιμεταβίβασης, συμπεριλαμβανομένων του θεραπευτή και του πελάτη.
- Ενεργοποιητές αντιμεταβίβασης: όλες οι εμπειρίες που ο θεραπευτής έχει κατά τη διάρκεια της θεραπείας και πιθανόν να πυροδοτήσουν την αντιμεταβίβαση
- Ταυτίσεις της αντιμεταβίβασης: αυτά τα άτομα ή πράγματα από το παρελθόν που ο θεραπευτής αντιγράφει ή αφομοιώνει στον δικό του τρόπο ύπαρξης στο παρόν.
- Αντικείμενα αντιμεταβίβασης: αυτά τα άτομα ή πράγματα προς τα οποία ο θεραπευτής κατευθύνει την αντιμεταβίβαση.
- Αποτέλεσμα της αντιμεταβίβασης: ο βαθμός στον οποίο ο θεραπευτής χρησιμοποιεί αντιμεταβίβαση για να διευκολύνει και όχι να δυσκολεύει τη θεραπεία» (Bruscia, 1998b, p. 53).

Επισημαίνει επίσης το γεγονός ότι δεν μπορούν να οριστούν τα πάντα μέσα σε μια σχέση πελάτη θεραπευτή ως μεταβίβαση ή αντιμεταβίβαση και ένα σημαντικό ζήτημα είναι να γίνει διάκριση μεταξύ γεγονότων που υποδηλώνουν την παρουσία του φαινομένου και σε εκείνα που δεν την υποδηλώνουν. Ο Bruscia (1998) αναφέρει επίσης ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση δεν ισχύουν ή σχετίζονται με όλες τις μουσικοθεραπευτικές προσεγγίσεις ή σε κάθε πληθυσμό πελατών. Συνοψίζει τις σκέψεις του σχετικά με την εφαρμογή και τη συνάφεια των όρων μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης ως εξής: «Εν ολίγοις, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση εφαρμόζονται περισσότερο όταν οι στόχοι είναι ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα, ο θεραπευτής είναι εκπαιδευμένος και ικανός με τη μορφή της μουσικοθεραπείας που χρησιμοποιείται, η μέθοδος είναι ικανή να έχει πρόσβαση στη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση και το συμβόλαιο θεραπείας δίνει στον πελάτη και στον θεραπευτή επαρκή χρόνο για να εργαστούν μέσω της δυναμικής» (Bruscia, 1998b, p. 48).

Επίσης ο Bruscia (1998) είναι πολύ ξεκάθαρος στη διάκριση της κατανόησης της αντιμεταβίβασης και του τρόπου κατανόησης της διυποκειμενικής θεωρίας. Στην πρώτη κατανόηση δηλαδή όσο αφορά την αντιμεταβίβαση, είναι οποιαδήποτε σκέψη ή συναίσθημα δημιουργείται στον θεραπευτή όταν βρίσκεται με τον πελάτη. Στη διυποκειμενική θεωρία η αντιμεταβίβαση είναι μια πολύ πιο αμοιβαία πράξη «απλώς ενεργοποιείται και διαμορφώνεται από τις αλληλεπιδράσεις του πελάτη και του θεραπευτή και η αντιμεταβίβαση επηρεάζει επίσης αυτό που συμβαίνει μεταξύ πελάτη και θεραπευτή. Έτσι, ο θεραπευτής και η αντιμεταβίβασή του διαμορφώνουν και διαμορφώνονται από τον πελάτη και τις μεταβιβάσεις του» (Bruscia, 1998b, pp. 52-53).

Ο Bruscia (1998) παρουσιάζει μια αξιοσημείωτη επισκόπηση του ορισμού της αντιμεταβίβασης στις διάφορες φάσεις της ψυχανάλυσης και αυτό, σε συνδυασμό με την ολοκληρωμένη κλινική του εμπειρία, τον χαρακτηρίζει ως έναν από τους ειδικούς στην περιγραφή των φαινομένων της αντιμεταβίβασης στη μουσικοθεραπεία. Γνωρίζει πολύ καλά

τους ποικίλους ορισμούς μέσω των διαφορετικών «στρατοπέδων» εντός της ψυχανάλυσης και της ψυχοθεραπείας. Για παράδειγμα, ο ίδιος επιλέγει τη διαφοροποίηση στις περιγραφές των αντιδράσεων των θεραπευτών ως προς τη μεταβίβαση του πελάτη και ως προς τον ίδιο τον πελάτη. Ειδικότερα, για τον όρο προβολική ταύτιση ως περιγραφή της αντίδρασης στη μεταβίβαση του πελάτη υποστηρίζει: «Η προβολική ταύτιση είναι διαφορετική από τη μεταβίβαση όσον αφορά στην απώλεια ορίων ή σύγχυση μεταξύ του εαυτού του και των άλλων, μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή και περιλαμβάνει μια ασυνείδητη χειραγώγηση του θεραπευτή για να αντιληφθεί τη θεραπευτική κατάσταση και να αντιδράσει με συγκεκριμένο τρόπο. Είναι επομένως ένα πιο δύσκολο εμπόδιο για τη θεραπευτική διαδικασία από τη μεταβίβαση. Το ασυνείδητο του πελάτη αγκιστρώνει το ασυνείδητο του θεραπευτή με τρόπο που επηρεάζει την ταυτότητά του, τη σχέση του και τη συνεργασία τους» (Bruscia, 1998b, p. 56).

Έτσι, σύμφωνα με πολλούς ψυχαναλυτές, και σε αντίθεση με τον Tansey και τον Burke, ο Bruscia ορίζει την αντίδραση στην προβολική ταύτιση ως ενδοσκοπική ταύτιση και χρησιμοποιεί την αντιμεταβίβαση με εξειδικευμένο τρόπο και όχι ως συνολικό όρο. Επισημαίνει ωστόσο ότι ο όρος αντιμεταβίβαση, χρησιμοποιείται ευρέως και περιλαμβάνει όλες τις μορφές απόκρισης του θεραπευτή.

Ο Bruscia (1989) επισημαίνει ότι οι πηγές για την αντιμεταβίβαση για τον θεραπευτή είναι πιο πολλές και πιο περίπλοκες από τις πηγές για τη μεταβίβαση. Ο λόγος είναι ότι σε σύγκριση με τον πελάτη, ο θεραπευτής έχει πολλά διαφορετικά μοτίβα σχέσεων από το παρελθόν που πρέπει να αντιμετωπίσει, όχι μόνο από τη δική του ζωή αλλά και από τη ζωή του πελάτη. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει κίνδυνος ο θεραπευτής να παρασυρθεί σε ταυτίσεις με πολλές περισσότερες διαφορετικές θέσεις και ρόλους στα πρότυπα σχέσης που αυτός ή ο πελάτης -ή και οι δύο- έχουν βιώσει.

Σχετικά με την περίπτωση ταύτισης του θεραπευτή σε μια απάντηση ή αντίδραση αντιμεταβίβασης, ο Bruscia περιγράφει και αναλύει τη συμπληρωματική αντιμεταβίβαση που ορίστηκε για πρώτη φορά από τον Racker (1968) και τις συμπληρωματικές ενδοσκοπικές ταύτισεις όπως ορίζονται από τους Tansey και Burke (1989). Ο Bruscia προσθέτει την ταύτιση του θεραπευτή με την ιστορία της ζωής του, δηλαδή ότι κάθε θεραπευτής κουβαλά μαζί του το προσωπικό του βίωμα «ταυτίζοντας με τις δικές του σκέψεις ή με τον εαυτό του ή με το αντικείμενο αντί του πελάτη. Όταν συμβαίνει αυτό, επιβαρύνεται η θεραπευτική διαδικασία από το ασυνείδητο του θεραπευτή» (Bruscia 1998, p. 60).

Με αυτούς τους στοχασμούς είναι κοντά στις ιδέες των Tansey και Burke (1989), οι οποίοι πιστεύουν ότι πρέπει να οριστεί η αντιμεταβίβαση ως περιγραφή επιπέδων έντασης στην εμπειρία, στη διατήρηση των ορίων, στη μη τήρηση των ορίων κλπ. και όχι ως θετική ή αρνητική. Ο Bruscia (1998) αναφέρει ότι «οι θετικές έναντι των αρνητικών εμπειριών της αντιμεταβίβασης θα πρέπει να καθορίζονται από τη διάρκεια της εμπειρίας ή από τον βαθμό έντασης της εμπειρίας ή τον βαθμό παραμόρφωσης της εμπειρίας» (Bruscia, 1998, p. 65).

Η αντιμεταβίβαση μπορεί να οδηγήσει σε θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα, ανάλογα με τη φύση της αντίδρασης του θεραπευτή και την ικανότητά του να τη χρησιμοποιήσει για να διευκολύνει αντί να εμποδίσει τη θεραπευτική διαδικασία (Pedersen, 2007). Όπως αναφέρει ο Bruscia (1998) η αντιμεταβίβαση λειτουργεί αρνητικά όταν ο θεραπευτής ανταποκρίνεται επίμονα στον εαυτό του και στο παρελθόν του με μικρή επίγνωση ότι το κάνει, ενώ αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στον πελάτη και στις συνεχιζόμενες αλληλεπιδράσεις τους στο εδώ-τώρα. «Είναι ιδιαίτερα βοηθητικό όταν ο θεραπευτής ανταποκρίνεται και προσαρμόζεται στον πελάτη και σε αυτό που συμβαίνει στο εδώ-τώρα ενώ γνωρίζει και κατανοεί το παρελθόν του και ότι τα δύο μέρη παρόν και παρελθόν αναπαράγονται» (Bruscia, 1998, pp. 68-69).

Ο Bruscia (1998) γράφει περαιτέρω για τα σημάδια που υποδηλώνουν αντιμεταβίβαση και προσφέρει τεχνικές για την αποκάλυψη της αντιμεταβίβασης αλλά και την αντιμετώπισή της. Στις περιγραφές του για τα σημάδια της αντιμεταβίβασης εντοπίζονται αρκετές διαφορές μεταξύ ενδοϋποκειμενικών και διωποκειμενικών σημείων. Όσον αφορά στα ενδοϋποκειμενικά σημεία πρόκειται για τις επιλογές και τις προτιμήσεις που ο θεραπευτής φέρνει στη συνεδρία, και υφίστανται πριν από την πραγματική συνάντηση με τον πελάτη στη θεραπευτική κατάσταση (Pedersen, 2007).

Ο Bruscia περιγράφει παραδείγματα διωποκειμενικής αντιμεταβίβασης καθώς ο τρόπος αλληλεπίδρασης του θεραπευτή αναπτύσσεται σε σχέση με τον πελάτη. Εδώ, ερμηνεύει συνολικά τρία στοιχεία για να βοηθήσει στην αποσαφήνιση του φαινομένου, και συγκεκριμένα:

1. Την αίσθηση του σώματος του θεραπευτή.
2. Τη συναισθηματική ζωντάνια του θεραπευτή.
3. Τις παραμέτρους που λαμβάνει συνήθως ο θεραπευτής υπόψιν για το ρόλο που θα διαδραματίσει.

Ο Bruscia (1998) ισχυρίζεται ότι η χρήση της αντιμεταβίβασης προς όφελος περιλαμβάνει τρεις προκλήσεις για τον θεραπευτή, και συγκεκριμένα:

1. Την αναγνώριση εκείνων των στοιχείων που υπάρχουν ήδη.
2. Την αποκάλυψη εκείνων των θεμάτων αντιμεταβίβασης που είναι εκτός συνειδητοποίησης. Δηλαδή να ερευνήσει ο θεραπευτής βαθύτερα το συναισθημά του έτσι ώστε να αποκαλυφθούν θέματα που δεν γνωρίζει.

3. Την εργασία μέσω των συναισθημάτων και μοτίβων απόκρισης που έρχονται με την αντιμεταβίβαση. Δηλαδή τη βαθύτερη διεργασία έτσι ώστε να ερευνηθεί η ποιότητα του συναισθήματος που δημιουργείται από την αντιμεταβίβαση που βιώνει ο θεραπευτής.

Έτσι λοιπόν για να αντιμετωπιστούν όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω ο Bruscia (1998) περιγράφει προσεκτικά τεχνικές για την αποκάλυψη της αντιμεταβίβασης και το πώς μπορεί ένας θεραπευτής να δουλέψει και να επεξεργαστεί την αντιμεταβίβαση:

1. «Floating (να είστε ανοιχτοί σε οτιδήποτε συμβαίνει στη στιγμή - μια φάση παθητικής παρουσίας για να αποκτήσετε μια γενική εικόνα)
2. Check-in (για να κατευθύνει την επίγνωση του ατόμου - να αγκυροβολήσει τον εαυτό του σε έναν συγκεκριμένο βιωματικό χώρο είτε στον κόσμο του πελάτη είτε στον προσωπικό του κόσμο εστιάζοντας είτε στο αισθητηριακό, συναισθηματικό ή αναστοχαστικό επίπεδο εμπειρίας - εισερχόμενος σε μια φάση κατευθυνόμενης ενεργητικής παρουσίας για να εμβαθύνει την εμπειρία)
3. Μετατόπιση - Shifting (όταν εμβαθύνετε την εμπειρία σε έναν βιωματικό χώρο, είναι καιρός να μεταβείτε είτε από τον έναν κόσμο στον άλλο είτε από ένα επίπεδο εμπειρίας σε ένα άλλο επίπεδο μέσα στον ίδιο κόσμο)
4. Αναστοχασμός – Reflection (εδώ είναι καιρός να ξεφύγουμε από οποιουδήποτε κόσμους και στρώματα έχουμε βιώσει και να μεταβούμε στον κόσμο του θεραπευτή στο ανακλαστικό στρώμα της εμπειρίας – στη θέση του επαγγελματία παρατηρητή)
5. Δράση -Action (Εδώ ο θεραπευτής «...εφαρμόζει τις αποφάσεις που ελήφθησαν στην προηγούμενη φάση και έτσι διαμορφώνει την κατεύθυνση της συνεδρίας» (Bruscia, 1998d, pp. 96 – 100).

2.2.1. Ενδοϋποκειμενική και Διωποκειμενική Αντιμεταβίβαση

Όπως αναφέρει η Scheiby (2005) ο Bruscia (1998) περιλαμβάνει στον ορισμό της αντιμεταβίβασης «όλα όσα φέρνει ένας θεραπευτής ως άνθρωπος στο κλινικό περιβάλλον, ή συγκεκριμένα ως αναπαραγωγές του παρελθόντος που ο θεραπευτής και ο πελάτης αναπαράγουν μαζί» (Scheiby, 2005, p. 71). Ο Bruscia εισήγαγε επίσης τις έννοιες της ενδοϋποκειμενικής και διωποκειμενικής αντιμεταβίβασης, τις οποίες τροποποίησε:

- α) Ενδοϋποκειμενική αντιμεταβίβαση: όλα τα ζητήματα που έχουν έχει διαμορφωθεί και θεμελιωθεί στην ταυτότητα του θεραπευτή και υπάρχουν πριν συναντήσει τον πελάτη (φιλοσοφία, εμπειρίες ζωής, πολιτισμός, εκπαίδευση, προτιμήσεις στη μουσική, επαγγελματική ταυτότητα, πεποιθήσεις για την ευεξία και την ασθένεια, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το στυλ κ.λπ.).
- β) Διωποκειμενική αντιμεταβίβαση: όλα τα θέματα που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της εργασίας με τον πελάτη.

Κατά τον εντοπισμό ζητημάτων αντιμεταβίβασης στη μουσική του θεραπευτή, είναι πολύ σημαντικό να εξεταστεί ποια θέματα είναι ενδοϋποκειμενικά και ποια είναι διωποκειμενικά. Η ενδοϋποκειμενική αντιμεταβίβαση όπως υποστηρίζει ο Bruscia προέρχεται από προσωπικά βιώματα και ζητήματα του θεραπευτή που δεν σχετίζονται με την εργασία του με τον πελάτη αλλά υπήρχαν πριν από τη συνάντηση με τον πελάτη. Αυτά τα ζητήματα μπορούν να αποκαλυφθούν στην εποπτεία της μουσικοθεραπείας, είτε με την ακρόαση μουσικής στη συνεδρία είτε με ομαδική μουσικοθεραπεία είτε με κλινικό αυτοσχδιασμό στη διαδικασία της εποπτείας.

Η διωποκειμενική αντιμεταβίβαση πολλές φορές παρουσιάζεται τόσο στη μουσική του θεραπευτή όσο και στη ζωή του ευρύτερα. Ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να έχει

διυποκειμενικές αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στη μουσική έκφραση, τη λεκτική έκφραση και την έκφραση του σώματος του πελάτη. Αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να εμφανιστούν στη μουσική, τη λεκτική επικοινωνία ή τη γλώσσα του σώματος του θεραπευτή. Ο Bruscia (1998) γράφει: «Τα σημάδια της διυποκειμενικής αντιμεταβίβασης περιλαμβάνουν σωματικές αντιδράσεις, πολωμένες συναισθηματικές αντιδράσεις, αδικαιολόγητες και ανεξήγητες αντιδράσεις, παρορμητική λήψη αποφάσεων, ακατάλληλους ρόλους και σχέσεις, ρουτίνες και εξάντληση» (Bruscia, 1998, p. 90). Τα στοιχεία της διυποκειμενικής αντιμεταβίβασης όπως αναφέρει η Scheiby στη μελέτη της για τον Bruscia περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- α) «Τα όρια δεν φαίνεται να τηρούνται και μπορεί να εκδηλωθούν με διάφορους τρόπους: υπερωρίες, συχνές αλλαγές στον προγραμματισμένο χρόνο, συναντήσεις ή τηλεφωνικές επαφές εκτός των συνεδριών, κοινή χρήση προσωπικού υλικού με τον πελάτη, μη έγκαιρη πληρωμή για τις συνεδρίες, λήψη δώρων, ώθηση στον πελάτη να παίζει ή να τραγουδά, μια τάση ο θεραπευτής να συνοδεύει πάντα τους πελάτες αντί να αφήνει τον πελάτη να παίζει ή να τραγουδά μόνος του όταν απαιτείται κλινικά, μη τήρηση του κανόνα της εμπιστευτικότητας, επιλογή οργάνου/τραγουδιού από τον θεραπευτή για τον πελάτη αντί να τον περιμένει να επιλέξει και επιτρεπτικότητα στους πελάτες να καταστρέψουν όργανα όπως σπάσιμο μεμβρανών τυμπάνου.
- β) Τα προβλήματα διαχείρισης της διαδικασίας και τα προβλήματα στη διαχείριση του ρυθμού της θεραπευτικής διαδικασίας: δημιουργία πολύ υψηλής έντασης πολύ νωρίς, άνοιγμα σε θέματα πολύ γρήγορα, δημιουργία πολύ μικρής ασφάλειας και holding, μη επαρκής πραγματική προσωπική επαφή στη μουσική, μη παροχή ξεκάθαρων αρχών ή καταλήξεων.

- γ) Τα ζητήματα ελέγχου τα οποία περιλαμβάνουν υπερβολικό έλεγχο του μουσικού ή/και λεκτικού περιεχομένου: για παράδειγμα κάθε φορά έναρξη και λήξη της συνεδρίας με μουσική, αφήνοντας ανεπαρκείς παύσεις στον πελάτη για αυτοσχεδιασμό ή ομιλία, μονοπώληση ορισμένων οργάνων, τραγουδώντας ή παίζοντας πιο δυνατά από τον πελάτη, η μουσική να ακούγεται συνεκτική και οργανωμένη ανεξάρτητα από το αν αυτές οι ιδιότητες ταιριάζουν στις ανάγκες του πελάτη, μη αποδεχόμενοι την ανάγκη για σιωπές σε μια συνεδρία και προτείνοντας τα θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν στη μουσική.
- δ) Η διάσπαση από την πλευρά του θεραπευτή είναι έκδηλη με έλλειψη προσοχής στα σημαντικά μέρη της συνεδρίας και τη θεραπευτική διαδικασία. Αυτά περιλαμβάνουν το να ξεχάσει ο θεραπευτής σημαντικό υλικό ή κλινικές παρεμβάσεις, να ξεχάσει να μαγνητοσκοπήσει ή να καταγράψει τη συνεδρία, να ξεχάσει να κάνει ερωτήσεις σχετικά με σημαντικά ζητήματα της ζωής του πελάτη, να ξεχάσει τα ραντεβού, να ξεχάσει τα ονόματα των μελών της ομάδας και να ξεχάσει τις κασέτες ή τις σημειώσεις των περιστατικών για την εποπτεία.
- ε) Ο Διασώστης αναφέρεται σε μια στάση που μπορεί να πάρει ο θεραπευτής αναλαμβάνοντας τον ρόλο του διασώστη, ανησυχώντας για τους πελάτες εκτός των συνεδριών και αναλαμβάνοντας υπερβολικές εργασιακές ευθύνες. Είναι λοιπόν, υπερβολικά διαθέσιμος και παρέχει επιπλέον υπηρεσίες» (Scheiby, 2005, p. 10).

2.3. Benedikte Scheiby

Η τρίτη μουσικοθεραπεύτρια που έχει γράψει εκτενώς για την αντιμεταβίβαση είναι η Scheiby, η οποία εκπαιδεύτηκε επίσης από την Priestley. Είναι βασική εκπαιδεύτρια της Αναλυτικής Μουσικοθεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμεταβίβαση ως ουσιαστικό μέρος της εκπαίδευσης, της κλινικής πρακτικής και της επίβλεψης στο πλαίσιο της προσέγγισης της Αναλυτικής Μουσικοθεραπείας. Έχει αναλύσει διεξοδικά τις εμπειρίες της με τη μουσική αντιμεταβίβαση. Επισημαίνει στο άρθρο της από το 2005 ότι «Μπορεί να εφαρμοστεί η συνειδητοποίηση και η αποτελεσματική εργασία με μουσικές τεχνικές μεταβίβασης/ αντιμεταβίβασης, με οποιαδήποτε μέθοδο εξειδικευμένου μουσικοθεραπευτή και δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη μέθοδο ή κλινικό πληθυσμό» (Scheiby, 2005, p. 14).

Η Scheiby (1998a) ερεύνησε περισσότερο την κλασική αντιμεταβίβαση, από τις τρεις διαστάσεις της αντιμεταβίβασης δηλαδή όπως ορίζεται από την Priestley, της κλασικής, της e- αντιμεταβίβασης και της c-αντιμεταβίβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο ορισμός της μουσικής αντιμεταβίβασης ως εξής «η μουσική αντιμεταβίβαση αποτελείται από τα ηχητικά μοτίβα που αντανακλούν ή προκαλούν συναισθήματα, σκέψεις, εικόνες, στάσεις, απόψεις και σωματικές αντιδράσεις που προέρχονται και δημιουργούνται από τον μουσικοθεραπευτή, ως ασυνείδητες ή προσυνείδητες αντιδράσεις στον πελάτη και τη μεταβίβασή (του πελάτη). Το μέσο, μέσω του οποίου μεταδίδονται τα παραπάνω, είναι η μουσική που δημιουργείται στη συνεδρία» (Scheiby, 1998, p. 214).

Τονίζει επίσης ότι η αναπαραγωγή της αντιμεταβίβασης στη μουσική είναι μία από τις μοναδικές πτυχές της μουσικοθεραπείας που περιλαμβάνει την επαφή με τις εκδηλώσεις της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης όπως προκύπτουν σε συγκεκριμένες μορφές, δομές,

δυναμικές, αρθρώσεις, ρυθμούς, χρώματα τόνου, συναισθηματικές ιδιότητες, φράσεις και ιδιωτισμούς. Μέσω ηχογραφήσεων, οι μουσικοθεραπευτές, οι πελάτες τους και οι επόπτες μπορούν να αναθεωρήσουν αυτά τα φαινόμενα και να συζητήσουν τις γνώσεις που παρέχουν.

Η Scheiby (1998) επεξηγεί την κλινική κατανόηση των φαινομένων της αντιμεταβίβασης περιγράφοντας με λεπτομέρεια κλινικά παραδείγματα στην εργασία με θύματα σωματικής, συναισθηματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Ορίζει την εμπειρία της από αυτό το έργο ως τραυματική αντιμεταβίβαση. Έχει βιώσει μια τέτοια τραυματική αντιμεταβίβαση ως χρήσιμο εργαλείο για να κατανοήσει τους πελάτες της και είναι κοντά στην Heimann δηλώνοντας ότι τέτοιες εμπειρίες δεν πρέπει «να αφαιρούνται ή να αντιμετωπίζονται ως εμπόδιο στην ανάπτυξη του πελάτη» (Scheiby, 1998a, p. 227).

Σε τέτοιες περιπτωσιολογικές μελέτες μιλά για προβολική ταύτιση σε ένα μουσικό gestalt (παζλ, κομμάτι) όπου «ο θεραπευτής ταυτίζεται ασυνείδητα με αυτά τα μέρη του εσωτερικού κόσμου του πελάτη και βιώνει τον εαυτό του με έναν τρόπο εγωιστικό αλλά απόλυτα σύμφωνο με το προβαλλόμενο περιεχόμενο. Και φυσικά αυτές οι ταυτίσεις αναδεικνύονται στις μουσικές εκφράσεις και πράξεις του θεραπευτή. Όταν ο θεραπευτής αντιληφθεί τι συμβαίνει, το υλικό διαχωρισμού μπορεί να αποστραγγιστεί από την καταστροφική του δύναμη και να αντικατοπτριστεί στον πελάτη. Εάν δικαιολογείται κλινικά η μουσική επεξεργασία της μη λεκτικής επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε λεκτική επικοινωνία σχετικά με το τραύμα. Ο πελάτης μερικές φορές μπορεί να έχει σωματικές αισθήσεις που μπορούν να εξερευνηθούν μουσικά και να οδηγήσουν σε σημαντικές συνειδητοποιήσεις» (Scheiby, 1998, pp. 226-227). Και συνεχίζει «μπορεί να είναι μουσική που δεν φαίνεται να ανήκει στο μουσικό πλαίσιο εκείνη τη στιγμή, μουσική που δεν φαίνεται να είναι κατάλληλη από την οπτική γωνία του θεραπευτή· μουσικές εκφράσεις από τον

θεραπευτή, που τον εκπλήσσουν ή, αίσθηση ότι δεν ξέρεις από πού προέρχεται η μουσική» (Scheiby, 1998 b, p. 187).

Η Scheiby ενσωματώνει τις εμπειρίες της θεωρίας και της κλινικής πρακτικής με έναν ιδανικό τρόπο, αποκαλύπτοντας τη δική της τραυματική ιστορία ζωής και επεξηγεί την εφαρμογή της του όρου αντιμεταβίβαση μέσω περιγραφών περιπτώσεων (Scheiby 1998a). Μέσα από τις περιγραφές της περίπτωσης της η Scheiby επιβεβαιώνει αυτό που η Priestley όριζε ως:

«η e-αντιμεταβίβαση του θεραπευτή εξαρτάται από την ευαισθησία του και την ελευθερία του να βιώνει τα εισερχόμενα συναισθήματα. Αλλά η ικανότητά του να το διατυπώνει συνειδητά και να το χρησιμοποιεί προς όφελος του ασθενούς του εξαρτάται από τη διαύγεια σκέψης του» (Priestley, 1994, p. 87-88).

Η Scheiby (1998b) τονίζει την εξαιρετικά υποκειμενική φύση της χρήσης της μουσικής ως μέσο όπου η μουσική λειτουργεί σαν καθρέφτης του τι συμβαίνει μέσα στον θεραπευτή και τονίζει ότι ο θεραπευτής μαθαίνει να ακούει «όχι μόνο την εξωτερική και εσωτερική μουσική του πελάτη, αλλά και σε ένα βαθύ μέρος μέσα στον εαυτό του, όπου οι σκέψεις και τα συναισθήματα αναγνωρίζονται καθώς προκύπτουν. Ωστόσο, πρέπει να μάθει κανείς να αφήνει αυτές τις αντιδράσεις στην άκρη για να διατηρήσει την προσοχή και την επαφή με τον πελάτη» (Scheiby, 1998b, σελ. 187).

Εδώ η Scheiby είναι σύμφωνη με τις περιγραφές της Heimann (1950) σχετικά με τη διατήρηση και τη χρήση των συναισθημάτων για τον σκοπό της θεραπευτικής διαδικασίας, τονίζοντας πολύ τη σημασία του να είναι παρών ο θεραπευτής για τον ασθενή, και επεξηγεί τι σημαίνει να είσαι παρών:

1. «Να ακούει κάποιος με όλες του τις αισθήσεις.

2. Να παρεμβαίνει την κατάλληλη στιγμή ή να μην παρεμβαίνει.
3. Να είναι αυθεντικός στη μουσική ανταπόκριση στον πελάτη.
4. Να ακούει τη μουσική στα λόγια του πελάτη και τη μουσική πίσω από αυτά τα λόγια» (Scheiby 1998b, pp. 188-189).

Φαίνεται ότι οι προσπάθειες, που έγιναν από τους Priestley (1975) και Bruscia (1998a-d), να περιγράψουν την αντιμεταβίβαση ως συμβάν που επαναλαμβάνεται περιλαμβάνουν γενικά:

1. μια ταύτιση με την εμπειρία του άλλου,
2. έναν διαχωρισμό από αυτή την ταύτιση και
3. τον αναστοχασμό σχετικά με το ποια είναι η ανάγκη του άλλου - ποιο είδος πληροφορίας προέκυψε στον θεραπευτή μέσω αυτής της ταύτισης. Αυτό ακούγεται μάλλον παρόμοιο με την προσπάθεια να οριστεί η ενσυναίσθηση ως ένα διαδικαστικό κυκλικό γεγονός μέσα στο πλαίσιο της ψυχολογίας της ενσυναίσθησης, όπως περιγράφεται από τον Gammelgaard (2000).

Ο όρος αντιμεταβίβαση είχε αρχικά εισαχθεί στο τομέα της μουσικοθεραπείας στην παράδοση της Αναλυτικής Μουσικοθεραπείας (AMT). Προϋπόθεση για να μπορεί να εφαρμοστεί και να κατανοήσει την αντιμεταβίβαση είναι ότι ο θεραπευτής έχει τη δική του εμπειρία ως πελάτη στη μουσικοθεραπεία, καθώς οι εμπειρίες αντιμεταβίβασης εντοπίζονται στον θεραπευτή μέσω της μουσικής. Σε ορισμένα από τα κορυφαία μοντέλα της Αναλυτικής Μουσικοθεραπείας, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις μουσικές εκδηλώσεις της αντιμεταβίβασης. Στο μοντέλο της Αναλυτικής Μουσικοθεραπείας (AMT), η Priestley (1994) προσδιόρισε τρεις τύπους αντιμεταβίβασης: (α) «αντιμεταβίβαση» (δηλαδή τις προσωπικές παραμορφώσεις του θεραπευτή), (β) «c-αντιμεταβίβαση» (δηλ. ταύτιση του θεραπευτή με τις εσωτερικές προθέσεις του πελάτη) και (γ) «e-αντιμεταβίβαση» (δηλαδή

όταν ο θεραπευτής συντονίζεται σωματικά ή συναισθηματικά με τα συναισθήματα των πελατών) (Priestley, 1994). Η ασκούμενη της AMT, Scheiby (2005), εξήγησε αργότερα πώς αυτά ακούγονται στη μουσική του θεραπευτή: «Μουσική που δεν φαίνεται να είναι κατάλληλη από την οπτική γωνία του θεραπευτή, μουσικές εκφράσεις από τον θεραπευτή που ξαφνιάζουν τον ίδιο τον θεραπευτή, μια αίσθηση ότι ο θεραπευτής δεν ξέρει από πού προέρχεται αυτή η μουσική» (Scheiby, 2005, p. 12).

Γράφοντας από την οπτική γωνία του μοντέλου της Φωνητικής Ψυχοθεραπείας, η Austin (2008) συζήτησε πώς η αντιμεταβίβαση βρίσκεται σε συναισθήματα όπως η αυθεντικότητα, η πλήξη, το κενό ή η διάσταση, και πώς προκαλείται και εκφράζεται στη φωνή της - το βασικό όργανο σε αυτό το μοντέλο μουσικοθεραπείας (Austin, 2008).

Επιτέλους, πρωτοπόροι μουσικοθεραπευτές όπως οι Nordoff και Robbins (Nordoff & Robbins, 2007), μελέτησαν διεξοδικά τη μουσική και τη διαδραστική δουλειά τους με τους πελάτες τους. Η έρευνά τους παρήγαγε δύο κλίμακες ποιοτικής αξιολόγησης. Η Κλίμακα 1 (Nordoff & Robbins, 2007, p. 374) περιέγραψε τη μουσική και τη σχεσιακή δυναμική της σχέσης παιδιού-θεραπευτή και η Κλίμακα 2 αξιολόγησε την αλληλεπίδραση μεταξύ των ορχηστρικών, φωνητικών και σωματικών τρόπων. Αυτές οι δύο κλίμακες μπορούν να ερμηνευθούν ως παρόμοιες, από πολλές απόψεις, με φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, αν και οι συγγραφείς δεν χρησιμοποίησαν ποτέ αυτούς τους όρους για τις κλίμακες.

Η προσέγγιση της Creative Music Therapy των Nordoff και Robbins εξέφρασε την άποψη ότι κάθε αλλαγή σε μουσικό στοιχείο στα πλαίσια του μουσικού κλινικού αυτοσχεδιασμού (π.χ. τέμπο, ρυθμός, δυναμική, αρμονία, μελωδία, αλλαγή οργάνου, τραγούδι, κλίμακα τρόπος, διαστήματα, είδος μουσικής) αποτελούν θεραπευτική αλλαγή, και θα μπορούσαν να θεωρηθούν ένδειξη μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης (Turry, 1998). Τέλος,

πολύ σημαντικές είναι οι έρευνες της Tiinapriitta (2013), η οποία έχει δημιουργήσει ένα εργαλείο για την κατανόηση και επεξεργασία της αντιμεταβίβασης στους μουσικοθεραπευτές, αλλά και της Carrioli (2016), η οποία διερεύνησε το φαινόμενο μέσα από το υλικό που προέκυψε από σχετικές με το θέμα συνεντεύξεις που πήρε από μουσικοθεραπευτές.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τις παραπάνω έρευνες και τα κοινά στοιχεία τα οποία εντοπίζονται, εξάγονται κάποια συγκεκριμένα συμπεράσματα σχετικά με τη σημασία της μελέτης και βαθύτερης κατανόησης του φαινομένου μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης. Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση αποτελούν φαινόμενα τα οποία έχουν παρατηρηθεί εδώ και αρκετά χρόνια με την πρώτη αναφορά του Freud (1910) ο οποίος όρισε τη μεταβίβαση ως «την ασυνείδητη ανάπτυξη συναισθημάτων, συμπεριφορών και στάσεων προς το πρόσωπο του θεραπευτή που δεν δικαιολογείται να υφίστανται στη θεραπευτική συνθήκη» (Freud, 1910, p.147).

Η μεταβίβαση δηλαδή, είναι το φαινόμενο κατά το οποίο οι άνθρωποι ανακατευθύνουν ασυνείδητα τα συναισθήματά τους για ένα συγκεκριμένο άτομο σε κάποιο άλλο (συσσωρευμένα συναισθήματα σε σχέση με τους γονείς, προς τον θεραπευτή τους) και ενεργοποιείται όταν υπάρχουν ομοιότητες στο παρελθόν και το παρόν (Tiinapriitta, 2013). Αρκετοί άνθρωποι μπορεί να αποδίδουν τα αρνητικά ή τα θετικά συναισθήματα στον θεραπευτή τους επειδή βρίσκουν σε αυτόν κάποιες ομοιότητες από ένα οικείο άτομο ή/και θέμα. Οι θεραπευτές και ειδικότερα οι ψυχοθεραπευτές χρησιμοποιούν σκόπιμα τη μεταβίβαση ώστε να βοηθήσουν τους πελάτες στη βαθύτερη κατανόηση του εαυτού τους (Turry, 1998).

Ουσιαστικά η μεταβίβαση αποτελεί την επανάληψη επιθυμιών, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων που έχουν σχέση με σημαντικούς άλλους και τη σχέση μαζί τους στην πρώιμη παιδική ηλικία. Η αντιμεταβίβαση συμβαίνει όταν ο θεραπευτής ανακατευθύνει τα δικά του συναισθήματα και τις επιθυμίες του προς τους θεραπευόμενους (Caprioli, 2016).

Στη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζονται αρκετοί αναλυτές οι οποίοι έχουν ερευνήσει και αναλύσει το φαινόμενο. Αρχικά ο Winnicott (1949), ο οποίος υποστήριξε την ύπαρξη αντικειμενικής αντιμεταβίβασης, η Heimann (1950) που υποστήριξε τη σπουδαιότητα της αντιμεταβίβασης ως ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για τους κλινικούς

ιατρούς. Έπειτα, ο Brenner (1985), που ανέφερε ότι η αντιμεταβίβαση είναι απλώς η μεταβίβαση του αναλυτή στον ασθενή ενώ στα μέσα της δεκαετίας του '70 παρουσιάστηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την αντιμεταβίβαση από το κίνημα Specificist Movement, λόγω των εξελίξεων στον τομέα της κατανόησης της ενσυναίσθησης και της προβολικής ταύτισης. Το κίνημα αυτό προσπάθησε να ερμηνεύσει την εμπειρία της ταύτισης του θεραπευτή ως αντιμεταβίβαση, όπου η ενσυναίσθηση και η προβολική ταύτιση θεωρούνται όλο και περισσότερο ως μορφές της αντιμεταβίβασης. Για πρώτη φορά περιγράφηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντιμεταβίβαση. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκε η αντικειμενική αντιμεταβίβαση από τους Geltner (2006) και Fink (2007). Έπειτα, η Klein (1946) δημιούργησε τον όρο της προβολικής ταύτισης ο οποίος αναλύθηκε από τους Winnicott (1949), Racker (1968) και Heimann (1950). Έπειτα, ο Orr (1954) όρισε την αντιμεταβίβαση ως τις ασυνείδητες συγκρούσεις και συναισθήματα του αναλυτή που προκαλούνται από τον ασθενή. Αργότερα, ο Racker (1968) επισήμανε ότι η αντιμεταβίβαση είτε διαταράσσει είτε βοηθάει στην κατανόηση και στην ικανότητα του αναλυτή να ερμηνεύει τις ασυνείδητες συγκρούσεις του ασθενούς, και ο Cullberg (1981) τόνισε το γεγονός ότι το να ακούει κανείς τα συναισθήματά του κατά τη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών είναι πολύ σημαντικό. Για τον Brenner (1985) η αντιμεταβίβαση είναι η μεταβίβαση του αναλυτή στον ασθενή και έτσι ο αναλυτής έπρεπε να ξεπεράσει την αντιμεταβίβαση και να περάσει σε προσωπική ανάλυση, καθώς η αντιμεταβίβαση δυσχεραίνει το ψυχαναλυτικό έργο.

Στα μέσα του 20ού αιώνα όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αρκετοί αναλυτές ξεκίνησαν να μελετούν περαιτέρω την αντιμεταβίβαση. Ο Winnicott (1949) υποστήριξε την ύπαρξη αντικειμενικής αντιμεταβίβασης, την οποία όρισε ως την αγάπη και το μίσος του κλινικού γιατρού για τον ασθενή με βάση την «πραγματική» προσωπικότητα του ασθενούς. Έτσι, η αντιμεταβίβαση θεωρούνταν μια «φυσιολογική» αντίδραση και πλέον δεν αντιμετωπιζόταν ως πρόβλημα για την πορεία της θεραπείας. Η Heimann (1950) παρομοίως υποστήριξε ότι η

αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύ σημαντικό εργαλείο για τους κλινικούς ιατρούς, επειδή ο ασθενής μπορεί ασυνείδητα να μεταφέρει συναισθήματα στον κλινικό ιατρό. Έπειτα, ο Kernberg (1990) υποστήριξε τον νέο διευρυμένο ορισμό της αντιμεταβίβασης, τον οποίο ονόμασε «ολοκληρωμένη αντιμεταβίβαση». Σύμφωνα με τον προηγούμενο ορισμό του Heimann, ο Kernberg όρισε την ολοκληρωμένη αντιμεταβίβαση «ως το σύνολο των συναισθηματικών αντιδράσεων του κλινικού γιατρού στον ασθενή» (Kernberg, 1990, p. 52). Επιπλέον ο Lacan (1973) όριζε τη μεταβίβαση με διαφορετικό τρόπο και δεν αποδεχόταν τον όρο Αντιμεταβίβαση.

Στη συνέχεια αναφέρθηκε η αντικειμενική αντιμεταβίβαση. Η αντικειμενική αντιμεταβίβαση του κλινικού ιατρού είναι τα συναισθήματα του κλινικού ιατρού που έχουν προκληθεί από την επιρροή του ασθενούς στον κλινικό ιατρό (Geltner, 2006). Στην αντικειμενική αντιμεταβίβαση, ο κλινικός ιατρός αισθάνεται ένα συναίσθημα που ο ασθενής ή κάποιος στον κόσμο του ασθενούς έχει βιώσει επίσης (παρόμοια με τις έννοιες του Racker (1957) περί σύμφωνης ή συμπληρωματικής ταύτισης).

Ο Fink (2007) απέρριψε την έννοια της αντικειμενικής αντιμεταβίβασης, υποστηρίζοντας ότι θα ήταν σχεδόν αδύνατο να επιτευχθεί καθολική συναίνεση σχετικά με τον ορισμό. Ο Geltner (2006) προτείνει ότι η αντικειμενική αντιμεταβίβαση του κλινικού ιατρού μπορεί να επαληθευτεί μόνο εάν η αντίδραση του κλινικού ιατρού στον ασθενή ταιριάζει με ένα μοτίβο που περιγράφει ο ασθενής σχετικά με τις σχέσεις εκτός της συνεδρίας. Ωστόσο, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να είναι αντικειμενικός στις αναφορές του για τους ασθενείς.

Είναι σαφές ότι το φαινόμενο της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές. Παρατηρείται μια δυσκολία στη συμφωνία ενός ορισμού και στην ακριβή περιγραφή της ταυτότητας του φαινομένου. Ο κάθε ερευνητής μοιάζει να πρόσθεσε ένα κομμάτι στους ορισμούς και τους διαχωρισμούς του φαινομένου. Έτσι, φαίνεται να μην

υπάρχει κάτι που να κάνει εμφανές το στοιχείο της μεταβίβασης ή αντιμεταβίβασης στη θεραπεία, παρά μόνο ο ψυχισμός και τα συναισθήματα πελάτη και θεραπευτή.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Μουσικοθεραπεία έχει τη δύναμη να δώσει τις απαντήσεις στις απορίες και να συμπληρώσει τους παραπάνω ορισμούς. Με εμπειριστατωμένες μελέτες, οι οποίες στηρίχτηκαν σε βιβλιογραφία από τους αναλυτές που προαναφέρθηκαν και αναφέρουν σχετικές μελέτες περίπτωσης, όπου το υλικό καταγραφόταν είτε σε σημειώσεις είτε βιντεοσκοπήσεις, οι Μουσικοθεραπευτές που μελέτησαν το φαινόμενο βοηθούν ιδιαίτερα στην κατανόηση του φαινομένου.

Η Pedersen (2007) αναφέρει ότι οι εμπειρίες μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης συμβαίνουν τόσο ως στιγμή αιφνιδιασμού, όσο και για τη διαμόρφωση μιας διαδικαστικής αλλαγής στη μουσική έκφραση που αναδύεται ως μια διαισθητική, ασυνείδητη και σύνθετη ταυτόχρονη διαδικασία. Αναφέρονται επιπλέον τα αποτελέσματα της διατριβής του Hannibal (2003) και της Storm (2002). Ο Hannibal (2003) υποστήριξε ότι η μουσική αλληλεπίδραση έχει ψυχοθεραπευτική δυναμική στη σχέση πελάτη / θεραπευτή. Επιπλέον τόνισε τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η μουσική μέσω της οποίας χτίζεται η θεραπευτική σχέση και ότι η μουσική είναι ικανή να ενισχύσει τόσο τη σύγκρουση όσο και τη θετική μεταβίβαση. Επίσης διαπίστωσε ότι η ανάπτυξη του πελάτη μπορεί να παρατηρηθεί στη μουσική την οποία ο ίδιος δημιουργεί. Αυτό αποτελεί την πρώτη διαπίστωση για τη σχέση μουσικής και μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης καθώς ο Hannibal (2003) κατέληξε σε αυτά τα ευρήματα κατά την εφαρμογή των θεωριών του σε μια μελέτη περίπτωσης.

Επίσης, η Storm (2002) ανέπτυξε ένα μοντέλο τεσσάρων φάσεων στη μελέτη περίπτωσης, μελετώντας τον τρόπο με τον οποίο η μεταβίβαση της πελάτισσας με τη θεραπεύτρια εμφανίστηκε στη σχέση τόσο εντός όσο και εκτός του μουσικού πλαισίου και εξελίχθηκε με το πέρας των συνεδριών. Πρόκειται για μια εξίσου σημαντική έρευνα όπου το φαινόμενο έγινε αντιληπτό παράλληλα με το λεκτικό και στο μουσικό πλαίσιο. Στη συνέχεια

η Metzner (1999, 2003) μελέτησε πολύ τη δράση της μουσικοθεραπείας και πώς η δημιουργία μουσικής διαφοροποιεί τη μουσικοθεραπεία από τη λεκτική ψυχοθεραπεία. Εστίασε στις διαφορές μεταξύ της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικά ενημερωμένης μουσικοθεραπείας. Είναι η πρώτη που θέτει το ζήτημα των εμφανών χαρακτηριστικών του φαινομένου της μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης, έτσι όπως προκύπτουν από τον κλινικό μουσικό αυτοσχεδιασμό εξετάζοντας μελέτες περίπτωσης.

Έτσι οι μουσικοθεραπευτές ξεκίνησαν να ερευνούν και να μελετούν το φαινόμενο: η Mary Priestley, δημιουργός της αναλυτικής μουσικοθεραπείας, ήταν η πρώτη μουσικοθεραπεύτρια που προσπάθησε να καθορίσει και να επεξηγήσει τους κλινικούς όρους μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης για να τους καταστήσει διαθέσιμους για τους μουσικοθεραπευτές.

Συγκεκριμένα κατηγοριοποιεί την αντιμεταβίβαση σε τρία μέρη και τα προσδιορίζει ως: Αντιμεταβίβαση, Συμπληρωματικές ταυτίσεις ή C-αντιμεταβίβαση Concordant Identification ή E-αντιμεταβίβαση. Η Priestley (1975) επεσήμανε την ανάγκη της μακράς εκπαίδευσης των μουσικοθεραπευτών και της εποπτείας ώστε να είναι προετοιμασμένοι για αντιμεταβίβαση σε όλους τους πληθυσμούς πελατών. Υποστήριξε ότι είναι σημαντικό για κάθε μουσικοθεραπευτή να βιώνει τη δική του μεταβίβαση και να την επεξεργάζεται στην εποπτεία και ανέφερε την ανάγκη της διερεύνησης του προσωπικού κινήτρου του μουσικοθεραπευτή που τον οδήγησε να ασχοληθεί με τη Μουσικοθεραπεία. Περιέγραψε τις εμπειρίες συναισθηματικών αντιπαραθέσεων του πελάτη μέσω της μουσικής και τον τρόπο, με τον οποίο συμβαίνει ένα άνοιγμα μέσω της μουσικής εμπειρίας, έτσι ώστε ο πελάτης να αρχίσει να παραδέχεται και να κατανοεί βαθύτερα τα συναισθήματά του.

Εξέχουσα σημασία για την έρευνα του φαινομένου έχουν οι μελέτες του Bruscia. Στον επεξεργασμένο τόμο του *The Dynamic of Music Psychotherapy* (Bruscia 1998), ο Bruscia γράφει 18 κεφάλαια σχετικά με τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση στη

μουσικοθεραπεία. Στον πρόλογο τονίζει ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση είναι δομές, όχι πραγματικότητες: είναι απλώς τρόποι περιγραφής και δημιουργίας νοήματος από τις σχέσεις που εμφανίζονται στην ψυχοθεραπεία. Δεν είναι αντικειμενικά γεγονότα ή επαληθεύσιμες αλήθειες είναι κατασκευές που κάνει ένας θεραπευτής για να αναλύσει και να ερμηνεύσει αυτό που συμβαίνει στη θεραπεία.

Σημαντικό για αυτήν τη μελέτη είναι ότι ο Bruscia (1998) ισχυρίζεται ότι ο ορισμός ενός γεγονότος ως αντιμεταβίβαση αρκεί, αλλά είναι σημαντικός ο τρόπος εξέτασης του ζητήματος από τον θεραπευτή. Ο Bruscia (1998) παρουσιάζει μια αξιοσημείωτη επισκόπηση του ορισμού της αντιμεταβίβασης στις διάφορες φάσεις της ψυχανάλυσης, γράφει περαιτέρω για σημάδια αντιμεταβίβασης και προσφέρει τεχνικές για την αποκάλυψη και την εργασία με την αντιμεταβίβαση. Εισήγαγε επίσης τις έννοιες της ενδοϋποκειμενικής και διυποκειμενικής αντιμεταβίβασης που πρόκειται για τη διαφοροποίηση των στοιχείων που προκαλούν το φαινόμενο, σε αυτά που είναι προσωπικά ζητήματα του θεραπευτή και προέρχονται από τα βιώματά του εκτός της συνεδρίας και σε αυτά που προκαλούνται εξαιτίας της επαφής του με τον πελάτη. Σε συνδυασμό με την ολοκληρωμένη κλινική του εμπειρία, χαρακτηρίζεται ως ένας από τους ειδικούς στην περιγραφή των φαινομένων της αντιμεταβίβασης στη μουσικοθεραπεία (Pedersen, 2007).

Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι ο Bruscia (1994) μελετά και εξηγεί πως οι αδικαιολόγητες ή ανεξήγητες αντιδράσεις, αλλά και οι παρορμητικές αποφάσεις σχετίζονται με δραστικές αλλαγές στη χρήση της μουσικής. Επομένως, κάθε αλλαγή στη μουσική κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να αποτελέσει ένδειξη του φαινομένου. Συγκεκριμένα, ο Bruscia αναφέρει «Η Μουσικοθεραπεία είναι κάτι περισσότερο από το να χρησιμοποιεί ο θεραπευτής τη μουσική για να βοηθήσει τον πελάτη, είναι η χρήση ολόκληρου του 'είναι' του θεραπευτή. Οι προσωπικές μεταμορφώσεις του θεραπευτή είναι επομένως άρρηκτα συνδεδεμένες με τη θεραπευτική ανάπτυξη του πελάτη. Το να τις αγνοεί ο θεραπευτής

σημαίνει ότι σε μεγάλο βαθμό χάνεται αυτό που ο θεραπευτής έχει πραγματικά δώσει στον πελάτη» (Bruscia, 1994, p.4).

Ο Bruscia (1994) καθιστά σαφή τα χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν την ύπαρξη αντιμεταβίβασης στη Μουσικοθεραπεία. Συγκεκριμένα αναφέρει την προτροπή του θεραπευτή ώστε ο πελάτης να παίζει ή να τραγουδά, την τάση του θεραπευτή να συνοδεύει πάντα τους πελάτες αντί να αφήνει τον πελάτη να παίζει ή να τραγουδά μόνος, την επιλογή του οργάνου ή του τραγουδιού από τον θεραπευτή για τον πελάτη αντί να περιμένει να επιλέξει ο πελάτης. Επιπλέον, αναφέρει τη δημιουργία πολύ υψηλής έντασης πολύ νωρίς στη θεραπευτική διαδικασία, τη μη επαρκή πραγματική προσωπική επαφή στη μουσική, τη μη παροχή ξεκάθαρων αρχών ή καταλήξεων από τον θεραπευτή, τον υπερβολικό έλεγχο του μουσικού ή/και λεκτικού περιεχομένου (για παράδειγμα κάθε φορά έναρξη και λήξη της συνεδρίας με μουσική), καθώς και την έλλειψη δημιουργίας παύσεων στον πελάτη για αυτοσχδιασμό ή ομιλία. Στη συνέχεια, ανέφερε τη μονοπώληση συγκεκριμένων οργάνων, το να τραγουδά ή να παίζει ο θεραπευτής πιο δυνατά από τον πελάτη, το να ακούγεται η μουσική συνεκτική και οργανωμένη, την έλλειψη προσοχής από μέρος του θεραπευτή στα σημαντικά μέρη της συνεδρίας και στη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, η υπερβολική ανησυχία για τους πελάτες εκτός των συνεδριών, η υπερβολική διαθεσιμότητα και η παροχή επιπλέον υπηρεσιών είναι μερικά από τα στοιχεία που κάνουν έκδηλη την εμφάνιση της αντιμεταβίβασης στους μουσικοθεραπευτές.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο ορισμός της μουσικής αντιμεταβίβασης που δόθηκε από τη Scheiby (2005), η οποία επεξηγεί την κλινική κατανόηση των φαινομένων της αντιμεταβίβασης περιγράφοντας με λεπτομέρεια κλινικά παραδείγματα. Η Scheiby (2005) υποστήριξε ότι η μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση όπως συμβαίνουν μέσα στη διαδικασία της μουσικοθεραπείας αποτελούν μη λεκτική επικοινωνία και μπορούν να βοηθήσουν τον πελάτη να εκφραστεί και λεκτικά για το συναίσθημα, το τραύμα του ή ό,τι του συμβαίνει. Η

άποψη ότι το φαινόμενο γίνεται αντιληπτό μέσα από τη χρήση της μουσικής στις συνεδρίες της Μουσικοθεραπείας τεκμηριώνεται από την προσέγγιση της Creative Music Therapy των Nordoff και Robbins με την άποψη ότι κάθε αλλαγή σε μουσικό στοιχείο στα πλαίσια του μουσικού κλινικού αυτοσχεδιασμού (π.χ. τέμπο, ρυθμός, δυναμική, αρμονία, μελωδία, αλλαγή οργάνου, τραγούδι, κλίμακα τρόπος, διαστήματα, είδος μουσικής) αποτελούν ένδειξη μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούν τα 16 σημαντικά σημεία που συνοψίζει η Pederson σχετικά με την αντιμεταβίβαση:

- 1) « Η στιγμή της αντιμεταβίβασης είναι μια στιγμή αιφνιδιασμού για τον μουσικοθεραπευτή.
- 2) Η στιγμή της αντιμεταβίβασης ανακαλεί αναγνωρίσιμες εμπειρίες από την ιστορία ζωής του ίδιου του μουσικοθεραπευτή.
- 3) Ο μουσικοθεραπευτής ταυτίζεται με την ψυχική ταλαιπωρία του ασθενούς ως μέρος της εμπειρίας αντιμεταβίβασης.
- 4) Ο μουσικοθεραπευτής αναλαμβάνει ένα ρίσκο στη μουσική ως αποτέλεσμα της εμπειρίας αντιμεταβίβασης.
- 5) Η στιγμή της αντιμεταβίβασης περιλαμβάνει μια ασυνείδητη αλλαγή στη μουσική έκφραση του μουσικοθεραπευτή που προκαλεί επίσης μια αλλαγή στη μουσική σχέση.
- 6) Η αντιμεταβίβαση περιλαμβάνει μια θετική αλλαγή στη θεραπευτική διαδικασία.
- 7) Η εμπειρία αντιμεταβίβασης περιλαμβάνει μια θετική αλλαγή στην επαφή του μουσικοθεραπευτή με τον ασθενή.
- 8) Η ανακάλυψη κάτι συγκεκριμένου που αναδύεται είναι μέρος της εμπειρίας αντιμεταβίβασης.

- 9) Η ενημέρωση από τις αισθήσεις ή τα συναισθήματα του σώματος είναι ένα πρώτο βήμα στην εμπειρία της αντιμεταβίβασης.
- 10) Η μετάφραση ή η μετάβαση από τη σωματική αίσθηση στην ψυχολογική κατανόηση λαμβάνει χώρα κατά τη στιγμή της αντιμεταβίβασης.
- 11) Η μετάβαση από τη μια δυναμική στην άλλη είναι μέρος της εμπειρίας αντιμεταβίβασης.
- 12) Ένα κρίσιμο στοιχείο στη δυναμική αντιμεταβίβασης είναι ο χρόνος.
- 13) Οι μουσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν τη μεταβίβαση της μητρικής φιγούρας στη δυναμική της αντιμεταβίβασης.
- 14) Οι μουσικοθεραπευτές βιώνουν την αρνητική αντιμεταβίβαση στη διαδικασία του ασθενούς.
- 15) Η κατανόηση της αντιμεταβίβασης βασίζεται σε θεωρητικές πεποιθήσεις.
- 16) Τα συναισθήματα αντιμεταβίβασης είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν για τους μουσικοθεραπευτές» (Pedersen, 2007, p. 303)

Το φαινόμενο αυτό όπως και σε άλλες θεραπείες συναντάται και στη μουσικοθεραπεία. Είναι ιδιαίτερα εύκολο λόγω της χρήσης μουσικής, με κλινικό αυτοσχεδιασμό, με προηχογραφημένη μουσική κλπ. και εφόσον δεν υπάρχει η ανάγκη αποκλειστικά λεκτικής επικοινωνίας να εκφράζονται πιο εύκολα συναισθήματα που δεν θα μπορούσαν να εκφραστούν λεκτικά με την ίδια ευκολία. Είναι επομένως αναμενόμενο να δημιουργούνται φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, τόσο στους θεραπευόμενους όσο και στους θεραπευτές. Γι' αυτό είναι ανάγκη οι μουσικοθεραπευτές να λαμβάνουν προσωπική εποπτεία και ψυχοθεραπεία ώστε να γίνονται αντιληπτά τα φαινόμενα αυτά. Επιπλέον, όπως διαπιστώθηκε από την παραπάνω βιβλιογραφική επισκόπηση υπάρχουν αξιόλογες έρευνες από μουσικοθεραπευτές, αλλά μόνο ξενόγλωσσες. Θα αποτελούσε αρκετά μεγάλη βοήθεια για τους μουσικοθεραπευτές στην Ελλάδα να γίνουν έρευνες ως προς το πώς

αντιμετωπίζεται το φαινόμενο και πώς το βιώνει κάθε μουσικοθεραπευτής, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη εξοικείωση.

4.Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γκαμάγκαρη, Ν. (2020). *Έννοιες και ζητήματα ψυχανάλυσης στη μουσικοθεραπεία. Θεωρία και κλινική πράξη*. (Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας).
- Καλομοιράκης, Π. (2015). *Οι κυριότερες μετά – Φροϋδικές θεωρίες. Θέματα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας*. Ανακτήθηκε 30 Μαΐου, 2022, από <https://psycho8erapia.blogspot.com/2015/07/blog-post.html>
- Ψαλτοπούλου – Καμίνη, Ν. (2015). *Μουσικοθεραπεία: Ο Τρίτος Δρόμος*. Αθήνα: ΣΕΑΒ.
- Ψαλτοπούλου, Ν. (2005). *Η μουσική δημιουργική Έκφραση ως θεραπευτικό μέσο σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές*. (Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο). Ανακτήθηκε 6 Ιουνίου, 2022, από <http://hdl.handle.net/10442/hedi/15425>

Ξένη Βιβλιογραφία

- Bruscia, K. (1998a). *The Dynamics of MusicTherapy* (Gilsum, Ed). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1998c). *The Signs of Counter-transference* (Gilsum, Ed.). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1995). *Topics, Phenomena, and Purposes in Qualitative research*. (B. Wheeler, Ed.). Barcelona Publishers.
- Caprioli, C. (2016). *"The Experience of Countertransference for Music Therapists when Working with Children with Developmental Disabilities"*. <https://digitalcommons.molloy.edu/etd/46> (5/05/2022)

- Corey, G. (1991). *Theory and practice of Counseling and Psychotherapy*. Brooks/ Cole.
Belmont.
- Cohen, M.B. (1952). *Countertransference and anxiety*. *Psychiatry*, 231-243.
- Cullberg, J. (1993). *Dynamisk Psykiatri [Dynamic Psychiatry]*. Hans Reitzels Forlag.
- Diderichsen, B. (1998). *Psykoanalytisk psykoterapi [Psychoanalytic Psycho Therapy]*.
Copenhagen. Dansk psykologisk forlag.
- Evans, D. (1996). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. Taylor &
Frances/Routledge.
- Fink, B. (1995). *The Lacanian subject: Between language and jouissance*. Princeton
University Press.
- Fink, B. (1997). *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis: Theory and technique*.
Harvard University Press.
- Fink, B (1998). *The master signifier and the four discourses*. (D. Nobus, ed.) Rebus.
- Fink, B. (2007). *Fundamentals of psychoanalytic technique: A Lacanian approach for
practitioners*. W.W. Norton.
- Freud, S. (1912b). *Om overføringens dynamik [On the dynamic of transference]*. (O.A.
Olsen, & Køppe, S, Ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1910). *The future prospects of psychoanalytic therapy*. Hogarth Press.
- Gabbard, G.O. (1994a). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV
Edition*. American Psychiatric Press.
- Grotstein, J.S. (1981). *Splitting and Projective Identification*. Aronson.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard
University Press.

- Hannibal, N. (2000). *Præverbal Overføring i Musikterapi – kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaction*. [Doctoral Dissertation. University Aalborg].
- Lacan, J. (n.d.). *The seminar of Jacques Lacan: Transference*.
http://www.lacaninireland.com/web/?page_id=123 (5/05/2022)
- Lacan, J. (1973). *The four fundamental concepts of psychoanalysis*. Norton.
- Metzner, S. (1999). *Psychoanalytically Informed Music therapy in Psychiatry*. (J. Backer & T. Wigram, Ed), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. Jessica Kinsley Publishers.
- Pedersen, I. N. (2007). *Counter transference in music therapy: A phenomenological study on counter transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry*. [Doctoral Dissertation. University Aalborg]
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in Action*. Constable.
- Priestley, M (1994). *Essays on Analytical Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Racker, H. (1968). *Transference and counter transference* Karnac. Marsfield Library.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikation og samhandling [Music as communication and interaction]*. Solum Forlag.
- Sandler, J. (1987). *Projection, Identification, Projective Identification*. International Universities Press.
- Scheiby, B.B. (1998a). *The Role of Musical Counter transference in Analytical Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Scheiby, B.B. (2005). *An Intersubjective approach to music therapy: identification and processing of musical countertransference in a music psychotherapeutic context*. *Music Therapy Perspectives*. AMTA. 8-17.

- Storm, S. (2002). *Livline til virkeligheden [A Lifeline to Reality]*. (U. Holck, Ed.). Aalborg Universitet. 75-95.
- Tansey, M.J. & Burke, W.F. (1989). *Understanding countertransference. From Projective identification to Empathy*. The Analytic Press.
- Tiinapriitta, S. (2013). *Meaning of countertransference in a music therapy student's clinical studies – towards a professional perspective*. [Master Thesis, University of Jyväskylä]
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 69-75.
- Wheeler, B.L. (2015). *Music Therapy Handbook*. The Guilford Press.

Άρθρα σε επιστημονικά Περιοδικά-Συνέδρια

- Freud, S. (1912). The Dynamics of Transference. *Classics in Psychoanalytic Technique*. (R. Langs, Ed.)
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Heimann P. (1990). On Counter-transference. (R. Langs, Ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. Jason Aronson Inc, 81-84.
- Kernberg, O.F. (1990). Countertransference. (R. Langs, Ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. Jason Aronson Inc, 38-56.
- Klein, M. (1946.) Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 33, 433-438.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 459- 483.

Ronald, A. (1981). Induced emotional reactions and attitudes in the psychoanalyst as transference in actuality. *Psychoanalytic Review*, 68, 45-74.

Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*. 391-403.

doi:10.1037/a0029371

Reich, A. (1960). Further remarks on counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 289-395.