

Pomen spola v terapevtskem procesu

The significance of sex in therapeutic process

ABSTRACT

Even though establishing primary sexual identity is considered an important factor in the creation of a psychic structure in early childhood, not enough emphasis is placed on its significance in therapeutic practice. The sexual genders of the therapist and patient affect the therapeutic process, how depends on what stage the process has reached. In my opinion therapists are not sufficiently aware of the effect that sexual identity has on the dynamic and success of the therapeutic process. That is why the extent of their effect should be reconsidered in clinical and scientific circles.

KEY WORDS

gender, sexual identity, maternal and paternal function, therapeutic process

POVZETEK

Vzpostavljane primarne spolne identitete velja za pomemben dejavnik pri izgradnji psihičnega aparata v zgodnjem otroštvu, premalo pa se njen pomen poudarja v terapevtski praksi. Terapevtov in pacientov spol vplivata na terapevtski proces; kako, je odvisno od faze procesa. Verjamem, da se terapevti premalo zavedajo vpliva biološkega spola in spolne identitete na dinamiko in uspešnost terapevtskega procesa, zato ni odveč preverjanje razsežnosti njunega vpliva v kliničnih in znanstvenih krogih.

KLJUČNE BESEDE

spol, spolna identiteta, materinska in očetovska funkcija, terapevtski proces

EXTENDED ABSTRACT

The human personality is one of the most challenging fields of research. In both theory and practice psychoanalysis has continued to evolve and develop since the classical theory of Freud, continuing through ego psychology and object relations theory to modern approaches, represented by the intersubjective approach and relational psychoanalysis. It has also evolved into psychoanalytic developmental theory; while object relations theory, as a second developmental theory, has often been contrasted to Freud's theory. Disagreements have arisen about what is more important: need fulfillment and experiencing pleasure or establishing relationships. From the clinical point of view Freud's theory of psychosexual development represents the foundation of dynamic-interpretative diagnosis, whereas the object relations theory, in connection with ego psychology, represents the basis of developmental diagnosis that highlights the structuring of ego and self.

Experiences with primary objects within a caring maternal function and decisive paternal function strongly mark each child on its way toward adulthood, which is why integration of the functions in parental roles is of such importance. Personality development concerns not only problems of sexual identification but also conditions for the complete development of a person

(including its autonomy). Even though establishing primary sexual identity is considered an important factor in constructing a psychic apparatus in early childhood, not enough emphasis is placed on its significance in therapeutic practice. In the therapeutic process a connection between the maternal function and empathic dimension on the one hand and the paternal function and therapeutic working alliance on the other hand is presumed to take place. Through an empathic relationship the therapist supports the development of attachment and acceptance, while with therapeutic work he supports differentiation and individualization. He helps the patient sustain the experiences of connectedness from symbiotic melting phase and upgrade them with the experience of active practice and taking responsibility.

Opinions quoted in my article on sexual socialization differ but are nevertheless similar. Boys and girls all go through identical developmental phases, they all long for affection, they behave in the same way, they explore their bodies with equal curiosity and indifference, pleasures and feelings are the same. Sexual desire is also similar, arising from the female body and based on experience of touch. They both hug and kiss the mother, reflect in her eyes, feel love, jealousy and anger. Until approximately 12 years of age they are equally strong and show comparable intellectual abilities. After the resolution of the Oedipus complex the development of boys and girls must be discussed separately as that is when the difference between the sexes first manifests itself psychologically. Confronted with the mysterious biological fact about duality of sexes psychoanalysis has not contributed anything to the solution of the problem. Even though everything strong and active is ascribed to men and everything weak and passive to women, no one behaves exclusively in a way that is typical for their gender. Furthermore each person's body has not only the developed sexual organs of one sex, but also the useless rudiments of another.

Different, but in a way alike are also opinions about sexual differences in the therapeutic process. Taking into account the analogy between the processes of constructing a psychic apparatus and therapy, primary sexual identity is not appreciated enough in therapeutic practice. Can psychotherapists in different stages of the process behave neutrally or does their gender influence the process itself, transference and countertransference? Some researches suggest that although

men and women as therapists/diagnosticians are of consistent opinions in many fields their judgements about 'typically female and typically male' behaviour in a relationship differ strongly. It seems they are subject to their own sex-specific perceptions, anticipations of gender roles and stereotypic assumptions. Sex-specific differences are found also on a conflict axis, as conflicts of provision, self-sufficiency and autonomy predominate in women, whereas men are more often diagnosed with conflicts of self-worthiness, submitting and control.

Therapists have not managed to completely avoid clichés about gender roles; internalization and studies of specific theories on establishing sexual identity influence their perception and determine their experiencing of a patient. Freudian analysis is characterised by the concept of dual femininity and yet such typical female identity, corresponding with Freud's theory, is no longer to be found. One of the consequences of the sexual revolution and feminism is also a revision of female psychology in terms of primary femininity, different understanding of bisexuality and independent development. On the question about whether the gender-related experience of a therapist influences the therapeutic process, therapists answer positively and also stating that normal identity stems from human bisexuality. Clinical practice, however, reveals phenomena that prove gender-specific limitations in terms of empathy and understanding of another gender.

In my research on the significance of the biological sex of the patient and therapist in the therapeutic process I have used a qualitative research method, a questionnaire with open-ended question format, aimed at domestic and foreign psychodynamic therapists. In this type of research more attention is paid to fewer respondents, who take their answers from long-term memory. 18 questionnaires have been analysed; the pattern has been chosen by gender, age, years of therapeutic practice, geographical area and completeness of answers. The answers of 9 women and 9 men from Slovenia, other EU countries and countries of the former Yugoslavia, acquired in years 2011-2013, have been analysed. The average female age is 43,9 years, average male age 58,8 years. The longest tenure of therapeutic practice in women is 30 years while the longest tenure of practice in men is 60 years. The question of the therapist's sexual identity (or orientation) has not been made explicit. The data has been analysed separately for each sex and on the basis of questions I found important for the argumentation.

My main hypothesis has been that gender influences establishing the therapeutic relationship, therapeutic process and the conduct of the therapy. In addition, I have formulated the following hypotheses: the experiences with primary objects about what is considered male or female influence an individual's perception and use of these concepts; the biological sex of the participants in the process is, due to the experience with the primary object, important only in the initial stage of choosing a therapist and establishing a relationship, whereas later in the process demographic characteristics and appearance are replaced by a constant and quality relationship; the successfulness of the therapeutic process depends on the therapist's psychic bisexuality, which enables the therapist to carry out both maternal and paternal functions and therefore to accept the patient regardless of stereotypic perception of gender roles.

The therapeutic session consists of multiple present moments, influenced by a variety of factors, such as: therapist's and patient's biological sex, their sexual identity, experience with both sexes in the role of a primary object and the messages of the primary objects regarding boys and girls. Of significant importance is the therapist's ability to embody both maternal and paternal functions, regardless of his/her biological sex.

None of the participating therapists had a positive experience with persons in both, maternal and

paternal functions. Therapists agree on what men and women are like, how they use terms male and female and which characteristics they associate with them. They also agree on the importance of other factors, such as the therapist's experience, education, empathy, the ability to empathise with somebody and provide male and female qualities, for the course of the therapeutic process. Asked about the importance of gender in establishing the therapeutic relationship, and in managing and ending therapy, male therapists agree that gender does have a certain influence on some stages of the therapeutic process, whereas female therapists do not. With regard to this influence on specific stages of the process they all agree gender does not influence the ending of the process.

I have analysed all four possible combinations of the relationship considering biological sex and role in the relationship, and came to the conclusion that the particular combination influences the dynamics and intensity of the relationship, therapeutic working alliance and therapeutic process.

It is relevant to consider the limitations of the research. Can a discernable pattern be recognized from the therapists who answered the questionnaire? What about the ones that did not answer? Is it possible that their opinions differ from the obtained answers, which suggest that gender is an important factor in the therapeutic process?

Analysing the obtained answers, I have come to the conclusion therapists do not agree on the facts they think relevant when considering differences of gender the therapeutic process and their perception seems to be based on the relational schemes of a previous generation. They cling too much to biological sex and sexual identity and do not sufficiently develop the ability of providing support through the maternal and paternal function, important in all stages of the process. Generally speaking their answers reflect a prevailing focus on transference-countertransference dimensions. The end of the therapeutic process depends mostly on processes of separation and individualization, which is why reorientation on new external goals or paternal field is needed.

In my opinion the choice of therapist is not coincidental; gender therefore does play an important role in choosing the therapist, as this is one factor in an individual's choice of therapist while simultaneously his/her unconscious chooses on the basis of experience with that sex. Of course it is most helpful to have the opportunity to gain experience with both a male and female therapist. It should not, however, be forgotten that in some cases the very same factors that influenced the choice of therapist usually lose their relevance with a constant and quality relationship (age, experience, sex, therapist's partnership etc.) that will greatly influence trust, perseverance of both participants and the successfulness of the therapeutic process.

Based on therapists' answers I have concluded that the therapist's and patient's gender does influence the therapeutic process but the intensity and significance of this influence depends on biological sex and sexual identity, the individual's role in the process and stage of the process: at the beginning of the process the influence is greater, at the end lesser. The influence of gender on the therapeutic process can also be confirmed by the fact that male and female therapists do not agree on the matter.

Uvod

Človekova osebnost je eno najbolj zahtevnih področij raziskovanja. Psihoanaliza je tudi v klinični praksi ohranila svojo moč obnavljanja in tako nadaljevala pot iz klasične Freudove teorije preko egopsihologije in teorije objektnih odnosov do sodobnih smeri, ki jih zastopata tudi intersubjektivni pristop in relacijska psihoanaliza.

Postala je tudi psihoanalitična razvojna teorija. Teorijo objektnih odnosov so kot drugo razvojno teorijo pogosto postavljali nasproti Freudovi teoriji. Pojavila so se močna nasprotovanja o tem, kaj je bolj pomembno – zadovoljevanje potreb in doživljanje ugodja ali navezovanje stika. Govorimo o dveh vidikih razvoja. Z vidika klinične prakse predstavlja Freudova teorija psiho seksualnega razvoja osnovo dinamično-interpretativne diagnoze, medtem ko teorija objektnih odnosov, povezana z egopsihologijo, predstavlja izhodišče razvojne diagnoze, ki osvetljuje strukturiranje ega in selfa.

Analitična psihoterapija, ki je nastajala v odnosu do psihoanalize, je od Adlerjevega odhoda iz Freudovega kroga razvila mnogo pristopov. Adler je postavjal v ospredje težnjo po samoaktualizaciji, medtem ko je Sullivan, najvplivnejši zastopnik interpersonalne psihoanalize, poudarjal pomen odnosov, v katerih teče proces individualizacije. Razcep med psihoanalitiki, ki so poudarjali nujnost socializacije gonskih teženj z zadovoljevanjem potreb, in tistimi, ki so poudarjali pomen izmenjave v odnosih, premosti teorija objektnih odnosov. Pomemben je tisti del teorije, ki je nastajal preko Hartmanove egopsihologije, ki se ukvarja z razvojem adaptacijskih mehanizmov in z raziskovanjem procesov, ki potekajo v nenehni interakciji med posameznikom in okoljem, s ponotranjenjem in pozunanjenjem. Morda so ravno opisana nasprotja povzdignila teorijo objektnih odnosov na raven najpomembnejše psihoanalitične teorije s konceptom, da se v medosebni interakciji z objektom gradi notranji psihični aparat. Na tej osnovi je nastala razvojna analitična psihoterapija, ki je na novo opredelila psihoterapijo v odnosu do psihoanalize.

Izkušnje s primarnim objektom, negujoča materinska funkcija in prepotrebna odločna očetovska funkcija močno zaznamujejo vsakega otroka na poti v odraslost. Načeloma imata deček in deklica mamo za primarni objekt, vendar s psihološkega gledišča govorimo o materinski funkciji. Ta ne obstaja sama zase, ampak se v relaciji z očetovsko funkcijo integrira v starševsko vlogo. Pri vprašanju, ali je za vzpostavljjanje psihoterapevtskega odnosa pomemben terapevtov spol, gre pravzaprav za psihoanalitično dilemo, ali je pomembnejša izkušnja triadnih odnosov iz obdobja razreševanja Ojdipovega kompleksa ali so pomembnejše izkušnje iz diadnih odnosov v relaciji do primarnega objekta. Ne govorimo le o problemih z vidika spolne identifikacije, temveč o pogojih za popolni razvoj človeka kot osebe (tudi razvoja njegove samostojnosti). Klasična psihoanaliza je razmišljala o vplivu terapevtove osebnosti na vzpostavljjanje tistega dela terapevtskega odnosa, ki je odvisen od transferno-kontratransferne dimenzije. Postfreudovska psihoanaliza je ob tem poudarila tudi pomen empatične dimenzije in terapevtske delovne zveze, pri čemer se vse tri dimenzije skozi proces prepletajo. Domnevamo, da obstaja povezava med materinsko funkcijo in empatično dimenzijo ter očetovsko funkcijo in terapevtsko delovno alianso. Terapevt z empatičnim odnosom podpira razvoj navezanosti in sprejemanja, s terapevtskim delom pa podpira diferenciacijo in individualizacijo. Pacientu pomaga zadržati izkušnje povezanosti iz faze simbiotičnega zlivanja in jih nadgraditi z izkušnjami aktivnega prakticiranja in prevzemanja odgovornosti. Pomembnejša kot terapevtova spolna identiteta se zato kaže integracija in podpora skozi materinsko in očetovsko funkcijo.

Spolna socializacija

Po Freudovih predstavah o otroški seksualnosti dečkov in deklic najbrž ne gre za razlike med moškim in žensko ali njuno seksualnostjo, njunimi spolnimi organi, ampak za razlike med spolnim organom oz. njegovo reprezentacijo skozi falus in njegovo odsotnostjo. Ključni problem je mogoče zaslediti pri osrednjem zapisu o zatonu Ojdipovega kompleksa, kjer je prvič izpostavljena dečkova bojazen pred kastracijo. Deček se boji, da bi se uresničile grožnje odraslih, pri deklicah pa je odsotnost penisa že nekaj obstoječega, vendar to skušajo zanikati. Osrednja razlika izhaja prav iz odnosa med Ojdipovim kompleksom in anatomijo (Bahovec, 2006, str. 72).

Freud v svojih Metapsiholoških spisih (Jaz in nadjaz) pravi, da je iztek ojdipske situacije in s tem identifikacija z materjo in očetom pri obeh spolih odvisen od moči ženskega ali moškega nagnjenja. To moško oz. žensko nagnjenje je tako eden od načinov biseksualnega vmešavanja v usodo Ojdipovega kompleksa. Gre za poenostavljeno shematizacijo; deček nima le ambivalentnega nagnjenja do očeta in ljubeče izbire v odnosu do matere, ampak se obnaša tudi kot deklica, ki kaže ljubeč odnos do očeta in sovražno, ljubosumno naravnost na mater. Vdor biseksualnosti otežuje razumevanje primitivnih izbir in identifikacij (Freud, 1987, str. 331).

Freud je menil, da so deklice zaradi istospolnosti na začetku življenja v homoseksualnem odnosu, dečki pa v heteroseksualnem. Dečkov ojdipski proces se začne takoj, ko prepozna očeta za rivala in se pod pritiskom strahu pred kastracijo odpove incestnemu odnosu z materjo. Identificira se z očetom in tako napravi odločilen korak v razvoju svoje moške identitete. Deklica pa po Freudu prvič zaide v konflikt, ko približno pri starosti dveh let spozna, da ima deček nekaj, česar sama nima, se obrne od matere k očetu in zamenja željo po penisu z željo po očetovem otroku (Reiche, 1998, str. 23).

V prvi izdaji Treh razprav o seksualnosti (1905) je Freud ugotovil pomen seksualnega področja klitorisa pri deklici in s tem povezave s seksualnostjo deklice, ki ima vseskozi moški značaj. V puberteti, ko se pojavijo nove potlačitve, preide vloga klitorisa v vagino, moškost pa tako v ženskost (Freud, 2006).

»Dojenčica, prav tako kot dojenček, se sprva identificira s prvo negujočo osebo. V vseh kulturah je to še zmerom večinoma ali v skoraj vseh primerih mati in ženska. Ta identifikacija je bolj inkorporacija, saj otrok še ni zmožen osnovne diferenciacije od objekta. Deklica se torej zliva in pozneje, ko pride čas za vzpostavljanje spolne identitete in zato identifikacijo z istim spolom, se brez prekinitve identificira z materjo. Takoj, ko si sebe predstavlja kot žensko, se identificira z materjo kot idealizirano podobo. Ko postane starejša, se nauči kulturno zaželenih in pogojenih vzorcev ženskosti, z izbiro seksualnega objekta vred.« (Matjan, 2008, str. 57–58)

Če proučujemo določeno življenjsko obdobje deklice in dečka, lahko opazimo, da gresta skozi enake razvojne faze, iščeta enako naklonjenost, obnašata se enako, svoje telo raziskujeta enako radovedno in brezbrizno, tudi užitki in čutenja so enaki. Spolne želje enih in drugih vzbujata mehko, prožno žensko meso in oboje se navezujejo na otip. Oba objemata mater, jo poljubljata, se zrcalita v njenih očeh, čutita ljubosumje in jezo. Deklica je do dvanajstega leta tudi krepka kakor deček in kaže enake intelektualne sposobnosti (Beauvoir, 2000, str. 13–14).

Po razrešitvi Ojdipovega kompleksa moramo ločeno obravnavati razvoj dečka in deklice oziroma moškega in ženske, ker takrat spolna razlika dobi svoj prvi psihološki izraz. Gre za soo-

čenost s skrivnostnim biološkim dejstvom o dvojnosti spola in psihoanaliza ni prispevala ničesar k razjasnitvi tega problema. Noben posameznik se ne odziva samo na način enega spola, ampak tudi na način nasprotnega spola, prav tako ima njegovo telo poleg izoblikovanih organov enega tudi nekoristne rudimente nasprotnega spola. Zanimivo je, da se tudi za razlikovanje duševnega življenja moškega in ženske uporablja neustrezna empirična primerjava. Moškemu pripisujemo vse, kar je močno in aktivno, ženski pa šibko in pasivno. Oviro pri raziskovanju predstavlja dejstvo o biseksualnosti posameznika (Freud, 2000).

Faustova razlikuje subjektivno in objektivno definicijo moškosti in ženskosti: »Po objektivni definiciji so karakteristične značilnosti individuumov moške in ženske, če znotraj določene socialne skupine veljajo za tipične za eden ali drugi spol. Subjektivna definicija se sklicuje na osebne zasnutke moškosti in ženskosti, ki jih je individuum razvil in veljajo zanj in za druge.« (Faust v Reiche, 1998, str. 28)

Freud je bil mnenja, da je telesna omejenost prisotna le pri deklicah, medtem ko Faustova verjame, da otrok (obeh spolov) ne omejuje le njihov realni spol, temveč spoznanje o mejah, ki ležijo v procesu spolne diferenciacije. Te meje so občutene kot izguba, deček se boji izgubiti ženskost in deklica moškost. Po mnenju Cristine Oliver iz leta 1998 otrok pri 18 mesecih ugotovi, da obstajata dva spola, in to, da se mora enemu odpovedati, ga onesrečuje. »Od staršev priznana kastracija otroka orientira na starša, ki pripada nasprotnemu spolu.« Oba spola si želita imeti attribute nasprotnega in podporo lastnega spola, kar Oliverjeva imenuje »homosenzualna ojačitev«. Ta pojem loči od homoseksualnosti in z njim poimenuje identične občutke istega spola; če očetje majhnih sinov ne objemajo in z njimi niso tudi fizično, to sinovi občutijo kot manko in je odnos z materjo vseobsegajoč (Reiche, 2008).

Po trditvi Hagemann-White iz leta 1988 naj bi bila samorazvrstitev za deklico ali dečka v redu dvospolnosti pravzaprav pogoj za identiteto. Pravi tudi, da moramo nastanek spolnih razlik iskati v procesu prisvajanja sistema in ne samo v značilnostih oseb. Izhajajoč iz domneve, da ima mati pristojnost za nego in je oče kot zaposleni izostal iz malčkovega sveta, pa avtorica predpostavlja, da se mora spolna identiteta dečkov določiti z ločitvijo in negacijo in se lahko in sme razviti z diskreditacijo ženske/matere. V kulturnem sistemu dvospolnosti je dvojna negacija obravnavana na naslednji način: ženska je, kdor ni moški, moški je, kdor ni ne-ne-moški (Hagemann-White, 1988 v Reiche, 2008).

Spolne razlike v terapevtskem odnosu

Barbara Hauler leta 2009 v svojem prispevku ugotavlja, da se primarni spolni identiteti priznava status pomembnega faktorja pri oblikovanju psihičnega aparata, glede na analognost procesov pa se premalo upošteva v psihoterapevtski praksi. Obravnava tudi vprašanje, ali se lahko psihoterapevti in psihoterapevke vedejo nevtravno in ali se spol odraža v terapevtski držji, v samem procesu terapije, transferju in kontratransferju.

Za zlati standard objektivne in spolno nevtralne diagnostike velja Diagnostični instrument – Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). Stefani Schmitz Moormann je v disertaciji leta 2005 na temo »Moški in ženska v OPD – majhna razlika« raziskovala vpliv terapevtskega in pacientovega spola ter ugotovila, da so moški in ženske kot terapevti/diagnostiki na mnogih področjih usklajeni, a se njihove presoje »tipično ženskega in tipično moškega« vedenja v odnosu pomembno razlikujejo. Zdi se, da so podvrženi lastnim spolno specifičnim zaznavam,

pričakovanju spolnih vlog in stereotipnim domnevam. Diagnostiki so vedenjski vzorec, ki ustreza tipičnim pričakovanjem vlog, različno presojali glede na primernost oz. disfunkcionalnost. Chadoff in Lyons sta že leta 1958 domnevala, da so »[...] moški kliniki razvili koncept histerične patologije, ki poudarja vse ženske karakterne poteze, ki jih moški pri njih ne cenijo« (Kloss-Rotmann, 1992, v Hauler, 2009, str. 64–65).

Tudi na konfliktni osi se najdejo spolno specifične razlike, saj pri ženskah prevladujejo konflikti zaradi preskrbe in samozadostnosti ter avtonomije in odvisnosti, medtem ko so pri moških pogostejše diagnosticirani konflikti zaradi lastne vrednosti, podrejanja in nadzora. Zaznati je torej konflikte, ki se ujemajo z značilnimi stereotipi o moških in ženskah, češ da so za moške tipični stremeljenje za močjo in prevlado ter neodvisnost, za ženske pa usmerjenost na odnose. »Zdi se, da OPD kaže napačne in popačene sodbe, ki so v klinični presoji moških in žensk odvisni od spola.« (Schmitz-Moormann, 2005, v Hauler, 2009, str. 65)

Tudi študija, ki so jo leta 2009 izvedli Lang, Pokorny in Kächerle in se je ukvarjala s konstelacijo spola v odnosu med terapevtom/terapevtko ter pacientom/pacientko, kaže podobne rezultate. Diagnozo histerije so terapevti pogostejše postavili ženskam, narcisistično motnjo pa so terapevte postavljale moškim pacientom. Gre za domnevo, da je tudi tu na delu spolno specifični kliše (Lang in dr., 2009, v Hauler, 2009).

Klišejem o vlogi pa se tudi terapevtom in terapevtkam ni uspelo brezpogojno izogniti. Tudi ponotranjenje in šola določene teorije o razvoju ženske in moške spolne identitete vplivajo na zaznavni proces in določajo doživljanje pacienta. Tipično ženske identitete, ki ustreza Freudovim teorijam, danes ni več. Po potrditvi Rohde-Dachser iz leta 1991 je za freudovsko psihoanalizo značilen koncept dvojne ženskosti, kjer je ženska na eni strani nekdo, ki mu nekaj manjka, na drugi strani pa je grozna, strašna ženska, kot odcepljena. Tako se nikjer ne pojavi kot subjekt, kot drugi, avtonomni. Posledica seksualne revolucije in feminizma je bila tudi revizija psihologije ženske kot primarne ženskosti, drugačno razumevanje biseksualnosti in samostojnosti razvoja, ki ni več pomanjkljiv (Rohde-Dachser, 1991, v Hauler, 2009).

Na vprašanje, ali s spolom povezane izkušnje terapevta/terapevte vplivajo na terapevtski proces, je Klöss-Rothmannova leta 1992 ponudila dva odgovora: pritrdilni, da tipična normalna zasnova sicer izhaja iz človeške biseksualnosti, a s predpostavko dobre učne analize. Klinično pa se kažejo fenomeni v obravnavi, ki dokazujejo, da fantazijski prostor ni neomejen in kaže na spolno tipične omejitve vživljanja in razumevanja. Že Freud je imel težave občutiti se kot objekt materinskega transferja in Melanie Klein je analizo v celoti usmerjala na mater, s čimer sta dokazala, kako težko se je v transferju identificirati z nasprotnim spolom (Kloss-Rotmann, 1992, v Hauler, 2009).

Predstavila sem nekatera teoretična izhodišča. Del teorije, ki je specifično vezan na vprašanja in rezultate, bom predstavila v poglavju z rezultati raziskave.

Metoda in postopek raziskovanja

Z raziskavo želim osvetliti pomen in vlogo spolne razlike v psihoanalitični praksi skozi psihoterapevtski proces. Izpostavljam teoretska pojmovanja spolnih razlik, da bi ovrednotila njihov prispevek k razumevanju vloge spolnih razlik v terapevtski praksi. Zanima me, ali je za potek, vodenje in uspešnost terapije spolna razlika pomemben dejavnik, ki bi ga bilo treba upoštevati

pri usposabljanju terapevtov, terapevtskih dogovorih, vodenju terapije in superviziji. Vprašanje spolne razlike je del aktualne psihoterapevtske problematike in njegova razjasnitev bi lahko omogočila ustreznejše pristope v psihoanalitični praksi ter pri samem vodenju terapije. Pričakujem, da bodo ugotovitve lahko pripomogle delujočim in bodočim praktikom pri vodenju terapije in pri pristopih v določenih položajih terapevtskega procesa.

Moja glavna hipoteza je, da spolna razlika pomembno vpliva na vzpostavljanje terapevtskega odnosa, terapevtski proces in vodenje terapije. Izhajala sem še iz predpostavk: prvič, da sporočila primarnih objektov (v negujoči materinski funkciji) in oseb v očetovski funkciji o dečkih in deklicah pomembno vplivajo na določanje lastnosti, ki jih vsak posameznik razume pod pojmom moški – ženski, in kako ju uporablja. Drugič, da je biološki spol terapevta za pacienta zaradi njegove izkušnje s primarnim objektom pomemben le v začetni fazi izbire in vzpostavljanja odnosa, v nadaljevanju pa ga nadomesti konstantnost kvalitetnega odnosa. Tretjič, za uspešnost terapevtskega procesa je pomembna terapevtova psihična biseksualnost, zmožnost vživljanja v materinsko in očetovsko funkcijo, ki terapevtu omogoča sprejeti pacienta ne glede na stereotipne predstave o funkcijah enega ali drugega spola.

V raziskavi sem uporabila kvalitativno metodo z aplikacijo vprašalnika. S kvalitativno metodo je mogoče priklicati več informacij iz dolgoročnega spomina, omogoča malo število anketirancev, od enega pa do nekaj več kot deset, ki jim namenimo več pozornosti. Vprašalnik je sestavljen iz 27 po večini odprtih vprašanj in preveden v angleški, nemški, hrvaški, srbski in ruski jezik. Povzemanja, ugotovitve, stališča in sklepi so podani na osnovi zbranih odgovorov psihodinamsko usmerjenih terapevtov: članov European Association for Psychotherapy (EAP), terapevtov s področja nekdanje Jugoslavije, članov Združenja psihoterapevtov Slovenije in članov Društva za skupinsko analizo Slovenije v letih 2011 do 2013. Natančnega podatka o tem, koliko članov je vprašalnik prejelo, nimam, ker je bil posredovan preko tajništev društev in seznama prejemnikov elektronske pošte. Zagotovljena je bila tudi možnost anonimnega odgovarjanja preko Google doc-x dokumenta. Ugotovila sem, da nekaterim terapevtom anonimnost ni pomembna, saj so odgovori prihajali tudi preko razkritih elektronskih naslovov. Vzorec je izbran po spolu, starosti, letih terapevtske prakse, geografskem področju in celovitosti odgovorov. Obdelala sem 18 vprašalnikov, na katere je odgovorilo 9 moških in 9 žensk. Od tega so tri ženske in en moški člani EAP Slovenci, pet članov EAP je iz drugih evropskih držav, od tega tri ženske in dva moška. Štirje terapevti so s področja nekdanje Jugoslavije, od tega ena ženska in trije moški. Pet terapevtov je članov Združenja psihoterapevtov Slovenije ali Slovenskega društva za skupinsko analizo, od tega dve ženski in trije moški. Odgovorov slovenskih terapevtov v raziskavi je skupno 50 odstotkov. Povprečna starost terapevtk je 43,9 let in terapevtov 58,8 let. Najstarejša terapevtka je stara 61 let, najmlajša 37. Najstarejši terapevt je star 80 let, najmlajši 45. Terapevtke imajo povprečno 18,7 let terapevtske prakse, terapevti pa 28,9 let. Najdaljši staž terapevtske prakse pri terapevtkah je 30 let in pri terapevtih 60 let. Terapevtka z najkrajšim stažem ima 8 let terapevtske prakse, terapevt pa 6. Vprašanje o terapevtovi spolni usmerjenosti ni bilo eksplicitno izpostavljeno.

Obdelava podatkov je potekala po posameznih vprašanjih, ki sem jih izbrala kot pomembne za utemeljitev, ter ločeno po spolu.

Rezultati raziskave

Rezultati raziskave, ki jih bom na kratko opisala, so podprti z mnenji, stališči in ugotovitvami, in sicer teoretičnimi, avtorjevimi in na osnovi odgovorov v vzorec zajetih terapevtk in terapevtov. Zaradi večje razumljivosti in lažjega sledenja so navedena tudi izhodiščna vprašanja iz vprašalnika.

*Katerega sporočila vašega primarnega objekta o deklicah in dečkih se spomnite?
Katerega sporočila vaše osebe v očetovski funkciji o deklicah in dečkih se spomnite?*

V odgovorih terapevtov in terapevtk najdem različna sporočila primarnih objektov v zvezi z deklicami in dečki. Podobno so bila različna tudi sporočila oseb, ki so v njihovem otroštvu imele očetovsko funkcijo. Gibala so se v naslednjih okvirih: terapevti pravijo, da so jih vzgajali v smislu, da morajo biti moški močni, da se ne smejo jokati, da morajo biti deklicam v oporo, ker so šibkejše, nežnejše in morda celo manj sposobne. Moški naj bi več zaslužili, njihova je skrb za družino. Ženskam morajo pomagati in sopotnico si smejo izbrati, kadar je ta prava. Ne glede na to, ali je sporočilo podano s strani osebe v funkciji primarnega objekta ali osebe, ki je odigrala očetovsko funkcijo, opažam poudarjeno ločevanje na tisto, kar zmorejo, in to, kako se smejo obnašati dečki in kako deklice.

Terapevtke imajo malce drugačne izkušnje: nič ni narobe, če se dečki in deklice družijo in so njihove stereotipne vloge kdaj zamenjane. Kadar so sporočila pomembnih oseb iz otroštva enaka, gre za to, da se jih sploh ne spomnijo, kar je po mojem mnenju jasen dokaz, da se jih ali ne želijo spomniti ali pa se to ni nikoli posebej poudarjalo. Opažam izkušnje enačenja vlog, podobno vzgojo deklic in dečkov, ne pa tudi pretiranega poudarjanja moči in sposobnosti. Mogoče je razbrati malo večji vpliv očetovske funkcije, ki poudarja individualnost obeh spolov, medtem ko negujoče osebe dajejo nasprotna sporočila. Terapevtke s takšnimi izkušnjami pravijo, da niso pretirano obremenjene z ločevanjem na moške in ženske, kaj se spodobi in kaj ne, na ženska in moška opravila. Pravijo, da lažje delajo po intuiciji, dopuščajo enakopravnost in individualnost. Pri njih lahko moški tudi zajokajo brez strahu in potrebe po kastraciji. Ne enačijo toliko identitete z opravili, manjša je možnost razvrednotenja moškosti in ženskosti glede na opravila.

Moje mnenje je, da je zaradi opisanega pacientom in pacientkam s terapevtkami v terapevtskem odnosu lažje. Manjšo oviro vidim v fazi predelave erotiĉnoseksualnih vsebin, kjer lahko pacienti doživijo občutek razvrednotenja zaradi postavljanja mej v terapevtskem odnosu in je prizadeta njihova moškost. Pri pacientkah se lahko pojavi občutek zavrnitve, če ni presežen občutek banalnosti ženska – ženska. Terapevti so strožji do pacientov, od njih pričakujejo trdnost, moč, uveljavitev. Jok je lahko znak šibkosti, ki se za moškega ne spodobi. To lahko pri pacientu ovira predelavo deficita nežnega negujočega dela. Po drugi strani so lahko pretirano popustljivi do pacientk, preveč nežni in razumevaljoči, kar dopušča rušenje mej. Pacientke, ki so bile strogo vzgajane, lahko zaĉutijo moĉan odpor in preveĉ vkljuĉijo banalnost pri sprejemanju negujoĉega dela pri terapevtu. Će je eno in drugo lahko ovira pri doloĉenih zaĉetnih fazah, ima morda doloĉeno prednost pri predelavi erotiĉnoseksualnih vsebin.

Kakšne so ženske in kakšni so moški? Kako uporabljate pojma moško, žensko? S katerimi značilnostmi povezujeate moško, žensko?

Na osnovi zajetih odgovorov lahko sklenem, da so terapevti in terapevtke nekako poenoteni o tem, kakšni so moški in kakšne ženske, kako pojma uporabljajo in s katerimi značilnostmi ju povezujejo. Pri moških se največkrat poudarjajo: moč, odločnost, akcija, delavnost, disciplina, hrabrost, ustvarjalnost, logika, pa tudi neodločnost; pri ženskah: nežnost, toplota, razpršenost, čustvenost, nudenje pomoči, vztrajnost, skrb, vsestranskost. Moški so mogoče izgubili del svoje osebnosti, preveč so se poženščili in ne stojijo za moško identiteto.

Razmišljam, ali je poudarjanje moškega, ženskega res pomembno. Po vsej verjetnosti gre za zelo slabo samopodobo in deficite v zelo zgodnjih fazah razvoja. Po zaključenem terapevtskem procesu so te razlike vedno manjše in se poudarjajo samo ob določenih specifičnih značilnostih moškega in ženske, nikakor pa ne samo s spolno identifikacijo v biološkem smislu.

Na osnovi odgovora ene od terapevtk, češ da so moški izgubili družbeno moč, da je ženska pridobila zaradi zmožnosti rojevanja in da so moški to enostavno dopustili, se mi poraja vprašanje, ali je res treba razmišljati o tem, da ženska moškega ne potrebuje več fizično ob sebi niti za razplod. Vzroke je treba iskati v identifikaciji in izkušnjami s primarnimi osebami. Kakšno vlogo so odigrale te osebe, da bi pomagale mladim moškim na pot v samozavestno samostojnost? Ali delitev dela na tisto, kar nam je prijetno opravljati in nam je bližje, nujno pomeni izgubo moškosti ali ženskosti? Smo mogoče začeli mešati opravila, pojme in identifikacijo? Veliko teh stvari je mogoče popraviti in spremeniti v terapevtskem procesu, a večina tistih, ki ima največ težav na tem področju, o tem sploh ne razmišlja, kaj šele, da bi se odločila za proces dela na sebi, pri čemer moram poudariti, da nimajo vsi terapevti za sabo lastne terapije, kot se velikokrat zdi samoumevno.

Kakšna je vaša osebna izkušnja v vezi s primarnim objektom? Kdo je bil vaš primarni objekt (v materinski negujoči funkciji) in kakšna je vaša izkušnja v primarni diadi? Kdo je bil v očetovski funkciji zunaj diade in kakšna je vaša izkušnja z njim?

Psihoanalitičarka Nancy Chodorow leta 1999 v svoji knjigi *Reproduction of mothering* govori o tem, da v večini družb ženske skrbijo za otroke, imajo primarno odgovornost za čuvanje otrok, preživijo z njimi več časa kot moški in ohranjajo osnovne čustvene vezi z dojenčki. Če to ni biološka mati, njeno mesto zavzame druga ženska in ne moški. Četudi očetje in moški preživijo veliko časa z dojenčki in otroki, otroku redko predstavljajo primarni objekt. Avtorica trdi, da psihoanalitična teorija primarnega odnosa mati – otrok zahteva nujnost biološke matere s stališča konstantnosti skrbi in kakovosti. Konstanten in kakovosten odnos obogati osnove za razvoj osebnosti, sposobnost odnosa, zaščito pred psihozami in podobno (Chodorow, 1999).

V nadaljevanju avtorica navaja mnenja nekaterih psihoanalitikov, da delitev primarne skrbi za otroka škoduje razvoju ega. Značilnost zgodnjih infantilnih odnosov z materjo močno vpliva na self, na poznejše objektne relacije ter na čustva do matere in žensk nasploh. Zaradi dojenčkove absolutne psihološke odvisnosti in pomanjkanja zmogljivosti ega za prilagajanje mora biti tista, ki za to skrbi, mati. Materinska nega je ključnega pomena za morebitno sposobnost spoprijemanja s tesnobo in nadzorovanje nagonov.

Mati mora spremljati otroka, mu dovoliti diferenciacijo in spodbujati zmogljivosti ega; tako prevzame odgovornost za »ohranjanje bližine«, kot pravi Bowlby. Materinstvo je po Winnicottu neobičajno stanje, ki spominja na bolezen, le da z več znaki zdravlja. Nekateri analitiki pa namigujejo, da je ženska pri tem zadoščena in izpolni pričakovanja materinske vloge na bistveno drugačni ravni izkušnje kot pri kateremkoli človeškem odnosu in da materinstvo zahteva in sproži edinstvene sposobnosti odnosa. Poudarjajo tudi, da odnos mati – otrok zagotavlja zadoščenje materi in otroku. Dovolj dobro materinstvo je opravljeno z empatijo, primarno identifikacijo in dojenčkovo izkušnjo konstantnosti selfa, ne pa s separacijo (Chodorow, 1999, str. 83–85).

Izkušnje terapevtov in terapevtk v primarni diadi in z osebo v očetovski funkciji zunaj diade so zelo različne. Navajam povzetke izjav terapevtk in terapevtov, ki kažejo, da je izkušnja z mamo kot negujočim objektom pri terapevtih v večini primerov slaba. Ali je bila mama preveč narcisistična ali pa je potrebe otroka prepoznavala le določen čas, potem pa je postala izvor frustracij. Mamo kot primarni negujoči objekt redko doživljajo kot dobro, velikokrat pa kot ambivalentno, odvisniško, nezanesljivo, negotovo, nedostopno, odklonilno po rojstvu sorojenca. V tej vlogi se velikokrat pojavi tudi starejša sestra, babica ali celo dedek. Izkušnje z njimi so boljše, opisujejo jih kot osebe, ki ne dušijo, ki razumejo in nudijo možnost ločevanja brez občutka krivde. Tudi izkušnja terapevtov z osebami v očetovski vlogi zunaj diade se v večini primerov navaja kot negativna. Terapevti navajajo, da se biološkega očeta spomnijo kot odsotnega, da je slabo opravljal svojo funkcijo, da je bil neizrazit, da je vznemirjal diado z materjo, da je bil ženskar in je mamo puščal v negotovosti in na ta način naprtil otroku skrb zanjo. V tem primeru se v času separacije pojavi občutek krivde. Pozitivno izkušnjo z osebami v očetovski funkciji pa imajo terapevti z dedki. Ti so bili zaščitniški in podpirajoči. Tudi v primeru, da je bila to sestra, je izkušnja dobra in pozitivna. Izkušnje terapevtk z negujočim objektom so različne, izkušnja s primarnim objektom mame je zelo dobra ali utesnjujoča in slaba. Mamo navajajo kot vdirajočo, zelo posesivno, se je sploh ne spomnijo ali pa o njej nočejo govoriti. Materinsko vlogo je odigrala tudi varuška ali celo sestra. V tem primeru je bila izkušnja dobra. V primeru, da je bila oseba v očetovski funkciji oče, so izkušnje različne. Nekatere terapevtke očeta navajajo kot odločnega in negujočega, a nestalnega, druge kot osebo, ki zna postavljati meje, ki se je veliko pogovarjala, spoštovala, verjela in imela rada. V primeru, da je očetovsko funkcijo odigral dedek ali brat, je izkušnja terapevtk zelo dobra.

Če povzamem, ne pri terapevtih ne pri terapevtkah ni opaziti primera, ko bi bila pri isti osebi izkušnja z osebama v materinski in očetovski funkciji pozitivna.

Če verjamete, da spol vpliva na potek terapije, pojasnite, v kateri fazi procesa. Če spol po vašem mnenju ne vpliva na vodenje terapije, pojasnite, prosim, zakaj ne. Se vam zdi, da je terapevtov spol pomemben za uspešnost in zaključek terapije?

Kloss-Rotmannova (1988, v Hauler, 2009) se je ukvarjala s spolno specifičnimi značilnostmi psihoanalitikov. Ugotavlja, da se terapevti in terapevtke ne morejo umakniti v spolno nevtralno pozicijo. Ena izmed treh ravni, na katerih se po njenih izsledkih odraža pripadnost spolu, je terapevtski delovni odnos: terapevti dajejo prednost konfrontaciji in razlagi, aktivnim tehnikam obravnave, na katere se pacient odziva. Stavijo na kompetenco in avtoriteto, medtem ko so terapevtke bolj potrpežljive, uporabljajo previdne tehnike, da bi aktivirale pacienta/pacientko. Za pridobitev občutka spolne identitete je treba vedno uprizarjati lastni spol, spolno pripadnost, torej ne nekaj, kar smo, temveč nekaj, kar

delamo ali storimo. Pri tem stereotip moške opredeljuje z izrazi: aktivnost, kompetenca, stremljenje za dosežki. Ženski stereotip pa vsebuje emocionalnost, sposobnost uživanja, pripravljenost pomagati, pasivnost in praktično inteligenco. Terapevte socializacija pripravi na izžarevanje kompetence in avtoritete, v pogovoru so kritično orientirani, osredotočajo se na konfliktno plat življenja in čustva, ki ločujejo od objekta. Terapevtke pa so s socializacijo dobile sposobnost empatije in materinske skrbi. Prednost dajejo pojmom z močnimi čustvenimi kvaliteta, poudarjajo harmonična stanja in z objekti povezana čustva, osredotočajo se na odnose v družini in posebej na odnos mati – otrok. Tako ločimo med »paternistično terapijo vpogleda« po Freudu in »materinsko holding tehniko« po Ferenzciju.

Po navedbah terapevtk in terapevtov o pomenu spola pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa, vodenju in zaključku terapije so si terapevti enotni, da ima spol določen vpliv na faze terapevtskega procesa. Eni verjamejo, da vpliva v začetni fazi, drugi, da vpliva na vodenje, ker biološkega spola pač ne moreš enostavno izbrisati. Pomembne, pravijo, so tudi izkušnje, ki jih terapevti prinesejo iz primarne družine (celovitost objekta, konstantnost, toleranca, sposobnost mentalizacije in nevtralizacije), in to se prenaša v vse odnose. Primer: če želi pacient korekcijo slabe materinske izkušnje, mu je težje izvesti simbiozo s terapevtom, ki mora bolj občutljivo odigrati materinsko vlogo in pozneje vzpostaviti očetovsko v ojdipski situaciji. Terapevtke si o vplivu spola niso enotne, a se bolj nagibajo k temu, da vpliva. Poudarjajo pomen spola pri diagnozi, odločitvi o vrsti in trajanju terapije. Omenjajo tudi pomen spolnosti in spolne identitete. Terapevti in terapevtke so si enotni tudi o tem, da so za potek procesa pomembni tudi drugi dejavniki, kot so izkušnost terapevta, empatija, sposobnost uživanja in vnašanje moških in ženskih lastnosti, izobrazba. Glede vpliva na posamezne faze procesa so si enotni, da spol ne vpliva na zaključek terapije.

Kakšno je vaše mnenje o tem, kako spol vpliva na potek vodenja terapije, če sta v odnosu terapevt (ženska) in pacient (ženska), terapevt (ženska) in pacient (moški), terapevt (moški) in pacient (moški), terapevt (moški) in pacient (ženska)?

Kloss-Rotmannova je leta 1988 ugotavljala, da razlika v spolu vpliva tudi skozi pripisovanje vlog in pripravljenosti transferjev pacientk in pacientov do terapevtk oz. terapevtov ter da se razvijajo specifična transferna razmerja. Pri mešanih konstelacijah pacient – terapevt nasprotnega spola so že na začetku obravnave pogostejši transferni in kontra-transferni vzorci, ki jih sprožita oba spola, materinski pri terapevtkah in ojdipski vzorec pri terapevtih. Med terapevti in pacientkami se pogosto razvije heteroseksualno polje napetosti, med terapevtkami in pacienti pa največkrat razvojno potreben vzorec mati – otrok. V odnosu pacientka – terapevt pride največkrat do naklonjenosti, ki je najbolj razvita v očetovskem transferju. Ta lahko preraste v transferno ljubezen, kjer se ne izrazijo le otroške želje, ampak tudi odrasle fantazije in želje. Kadar je v obravnavi pacientka, ki ima hude motnje v odnosu z materjo, se lahko izkaže, da služi heteroseksualno polje ojdipske situacije obrambi pred predelavo zgodnjih konfliktov z materjo, zato lahko obravnava tudi spodleti. Če se ne ukvarja z ambivalenco do matere, lahko pacientka ostane odvisna od narcisistične potrditve skozi idealiziran očetovski objekt in tako tudi v terapiji ne more razviti stabilne in neodvisne ženske identitete. Avtorica tudi navaja, da se podobno lahko zgodi tudi v odnosu pacientka – terapevtka. Pri istospolnih odnosih pri pacientkah prevladujejo teme bližine in distance do materinskega objekta in nadzora nad njima. Brez integracije proti materi naravnanih impulzov, kot so agresija in rivalstvo ter dovoljenja

tudi faličnih značilnosti, tudi zrela identifikacija z materjo ne uspe. V odnosih terapevt – pacient nudi terapevt pacientu možnost identifikacije s sedanjim očetom. Pojavijo pa se lahko homoerotični in rivalski občutki, ki se jih pacienti v intelektualnih pogovorih velikokrat obranijo. Avtorica ugotavlja, da je tudi Freud opazil, da pacienti do njega razvijejo več agresivnih občutkov kot pacientke. Kadar se v odnosu srečata terapevtka in pacient, so erotične in seksualne fantazije redkejšje kot v odnosu terapevt – pacientka. Avtorica meni, da je to verjetno zaradi asimetrije spolnih vlog. Pojavijo se materinska pričakovanja, to pa pogosto vodi v predelavo zgodnjih odnosov z materjo, zgodnjih predojdipskih hrepenenj in strahov ter zadosti regresivnim potrebam pacientov. Lahko pa gre za beg v odnosu mati – otrok in služi izogibanju seksualnih želja in s tem povezanih agresij. V tem odnosu ostajata seksualni transfer in sicer zaznavna, a disociirana agresija do žensk nezavedna. Tako problem pacienta s sprejetjem primarne identifikacije z materjo ni razrešen, ker poskus razrešitve skozi obrambo njene ženskosti ni predelan (Kloss-Rotmann, 1988, v Hauler, 2009, str. 72–74).

Pri vseh navedenih oblikah terapevtskega odnosa je lahko terapevtova spolna pripadnost jedro odpora, ki ga je komaj mogoče predelati. To je še posebej problematično pri pacientih z zgodnjimi motnjami v razvoju in netriangulirano psihično strukturo. Ne smemo pa podcenjevati teoretične razlage transferja in kontratransfeja, povezane z omejitvijo terapevtovih zmognosti s spolom. Haulerjeva (2009) navaja, da je že Kernberg leta 1965 domneval, da se je težje identificirati z nasprotnim spolom in da je razlog za to zgodaj pridobljena spolna identiteta, ki zaznamuje fantazije in reakcije terapevta. Psihična biseksualnost ne pomeni izenačitve obeh spolov, temveč notranji dostop do zmognosti drugega spola. S tem je mišljena skupna raven, ki zaobjame individualne oblike lastne spolne vloge, moških in ženskih delov in sposobnosti.

Glede na mnenja terapevtk in terapevtov lahko sklenem sledeče: v odnosu terapevt (ženska) in pacient (ženska) so mnenja terapevtov o vplivu spola različna: spol naj ne bi igral nobene vloge; na začetku vpliva, pozneje ne; ne vpliva. Navajajo tudi, da vsi pred sodki izginejo, če je terapevtka dovolj kompetentna za svojo vlogo, da se pri istem spolu lahko razvije materinski in očetovski transfer, ki pa se med terapijo pogosto premesti na drugo moško osebo. V tej kombinaciji je razumevanje ženskih težav bolj empatično, mogoča je solidarnost. Ženska bolje ve, kako se ženska počuti. Obstaja pa obojestranska nevarnost pri materinskem transferju, če terapevtka tega dela nima dobro predelanega. Terapevtke pa navajajo, da se lahko v tej kombinaciji razvije tipični ženski odnos kot med dvema prijateljicama, sestrama ali sodelavkama, le v primeru odnosa mati – hči lahko pride do občutkov, ki ovirajo terapijo. V tem terapevtskem odnosu prej pride do zaupanja, večja je možnost identifikacije, prej pridejo na površje zadeve, povezane z materami.

V odnosu terapevt (ženska) in pacient (moški) terapevti verjamejo, da gre za igre moči, ocene privlačnosti in neprivlačnosti, da spol nima vpliva samo na začetku procesa. Omenjajo nevarnost prehoda iz pozitivnega transferja v transferno nevrozo. Lažje se pojavi tudi erotični transfer. Pomembno je, da je usklajen žensko-moški princip, in če je terapevtka v vlogi dobre mame, ki zna postaviti meje, je ta kombinacija zelo dobra. Terapevtke poudarjajo pomen kompetentnosti terapevtke za lažje premagovanje pacientovih predsodkov in predelavo spolnih fantazij. Nevarnost navezovanja obstaja pri nižje strukturiranih pacientih, ki odnos doživljajo kot realen in želijo biti nagradjeni. V glavnem pa je to zelo dober odnos, v katerem dobi pacient pozitivno izkušnjo o tem, da so ženske lahko tudi pozitivni liki.

V izjavah o vplivu spola v odnosu terapevt (moški) in pacient (moški) so terapevti in terapevtke bolj skromni. Terapevti navajajo, da spol ne vpliva bistveno; da vpliva le na začetku; da je možno pokroviteljstvo in izraba moči ter prevladovanje logike nad empatijo in da so v takem odnosu slabše zastopana čustva. Vsi predsodki pa kar hitro zbledijo, če je terapevt dovolj kompetenten. Terapevtke so mnenja, da v tej kombinaciji spol ne vpliva ali pa se o tem niso želele izreči. So si pa enotne v mnenju, da je to odlična kombinacija za predelavo odnosa do očetovske figure.

Kadar sta v odnosu terapevt (moški) in pacient (ženska) so terapevti skromni z izjavami. Menijo, da spol vpliva le na začetku oz. ne vpliva bistveno, poudarjajo kompetentnost terapevta za predelavo pacientkinih predsodkov in postavljajo pomembnost odzivanja terapevta pred spol. Terapevtke so mnenja, da lahko moški terapevt precej vpliva na odnos pacientke do avtoritet, spodbudi libidinalne tendence in zaljubljenost. Je pa to običajno dober odnos za predelavo odnosa do očetovske figure in moških.

Opišite prosim tipični transferni in kontratransferni občutek pri izrazitem materinskem in očetovskem odnosu z vašim pacientom.

Po navedbah iz literature je prepoznavanje in ravnanje s transferjem najtežja stvar, ki se jo je treba naučiti pri učenju psihoanalize kot terapevtske metode. Odnos poteka v živo in terapevt je neposredno vpleten v dogajanje tudi s svojim zavestnim in zunajzavestnim dogajanjem in odzivanjem, kar imenujemo kontratrasfer (Franzl, 1997, str. 51).

»Terapevtska seansa ali katerikoli intimni dialog je sestavljen iz serije sedanjih trenutkov. Poganja jih želja po intersubjektivnem kontaktu in povečanju intersubjektivnega polja. Intersubjektivnost je v tem gibanju primarni motiv. Dogajanje v diadi je povezovalje sedanjih trenutkov in v kateremkoli koraku te poti nastane neki novi način 'biti z drugim'.« »Tudi transferni in kontratransferni premiki so podrejeni popolni regulaciji terapevtskega odnosa in še posebej njegovih intersubjektivnih vidikov. Vsa dejanja, ki določajo in spreminjajo naravo terapevtskega odnosa, niso primarno transferna ali obrambna. Morda se zato priporoča, naj ostaja teorija med seanso na distanci, da lahko odnos zaživi. Kako dolgo zdržati brez interpretacij, da bi ostali znotraj soustvarjenega diadnega odnosa, je vprašanje izbire primerne trenutka, ki ga razlagajo tradicionalne tehnike.« (Stern, 2004, str. 219–225)

V odgovorih terapevtov in terapevtk je mogoče opaziti različne transferne in kontratransferne občutke, vezane na spol pacienta. Pri transfernih občutkih terapevt/pacient gre za občutek primerjanja in rivalstva s strani pacienta. Opaziti je mogoče tipični očetovski transfer, trikotnik, ljubosumje, osvajanje, željo po priznavanju pomembnosti v primerjavi z drugimi pacienti, pa tudi kot pozitivna čustva, povečevanje s strani pacienta, pri nekaterih narcisističnih pacientih tudi kot ponižanje. Ob močnem transferju se pojavijo občutki zaupanja, bližine, prijateljskega spoštovanja. Transferni občutki terapevt/pacientka so lahko pozitivni v smislu doživljanja partnerskega odnosa in razumevanja, ki je s strani terapevta veliko večje kot pri zakonskem partnerju. Ženske pogosto razvijejo erotični transfer. Tako pri pacientih kot pacientkah se pojavi tudi negativni transfer, ki pa ga terapevti zelo cenijo, kadar so iskreni in prepoznajo njihovo dragocenost za objektiven odnos.

V odnosu s pacientkami (kadar se spogledujejo) terapevti pravijo, da doživljajo kon-

tradržtransfer kot potrebo odzovati se kot moški. V primeru, da se pacient noče razvijati, da tarna, se s strani terapevta pojavi jeza, potreba po moči. Terapevti kot kontradržtransferni občutek navajajo tudi potrebo, da bi okrivili pacienta za slabo voden postopek ali potrebo po prezgodnjem zaključku terapije, če jim je bil pacient všeč. Opaziti je mogoče tudi kontradržtransferne občutke v smislu razumevanja pacienta in spoštovanja za terapevtski trud, pojav občutka bližine, topline in potrebe po umiritvi in zadovoljitvi z mirnim obstojem v dvojje v seansi. Na drugi strani pa potrebo po tem, da jih premaknejo, začnejo delati in ustvarjati. Terapevtke so pri navajanju transfernih in kontradržtransfernih občutkov bolj skromne. Navajajo, da niso opazile kakšnega močnega kontradržtransfernega občutka, da ne obstaja nič tipičnega ali da je vsak kontradržtransfer individualen in odvisen od tega, kar pacienti projicirajo, pa tudi, da ne morejo reči, da imajo s pacienti očetovski ali materinski odnos. Če že navedejo karkoli o transfernem in kotadržtransfernem občutku, navajajo teoretične definicije pojmov. Izpostavljajo le pacientkin tipični transferni občutek doživljanja terapevtke kot matere, idealizacijo, navezanost in jezo, separacijski strah ob poletnem premoru in terapevtkin kontradržtransferni občutek skrbi, nežnosti in krivde kot za lastnega otroka.

Moje ugotovitve so, da so terapevti pri navajanju teh občutkov v splošnem bolj odkriti kot terapevtke. Je vzrok to, da terapevtke ščitijo svoj doživljajski prostor in vprašanje o transfernih in kontradržtransfernih občutkih doživljajo kot vdiranje v svoj intimni svet, so bolj neodkriti ali morda res ne doživljajo tako intenzivno kot terapevti in zato pogosto ne zaznajo transferja in kontradržtransferja?

Kakšno vlogo igra vaš spol pri opravljanju poklica terapevta?

Terapevti navajajo, da so bolj kot spol pomembne druge lastnosti, na primer odločnost in učinkovitost. Terapevtke pa poudarjajo, da spol vpliva na opravljanje njihovega poklica predvsem v zgodnji reparacijski fazi terapije. Vidijo tudi pomen svojega spola glede na primarno izkušnjo pacientov.

Zaključek

Pred sklepom razmislimo še o omejitvah raziskave. Ali gre za specifičen vzorec terapevtov in terapevtk, ki so odgovorili na vprašalnik? Kdo so tisti, ki nanj niso odgovorili, in ali je mogoče, da je njihovo mnenje drugačno? Ali so njihova mnenja drugačna od anketirancev, ki mislijo, da je spol pomemben v terapevtskem procesu?

Glede na mnenja anketirancev lahko sklenem, da si v splošnem niso enotni o dejstvih, za katere sodijo, da so pomembni pri prepoznavanju pomena spolne razlike v terapevtskem procesu. Zdi se, da njihovo dojetanje sloni na odnosnih shemah generacije pred njimi. Pri tem ne gre samo za vprašanje spola, ampak globalne identitete in razvojnih položajev identifikacijskih procesov ter fleksibilnosti gibanja med razvojnimi položaji. V svojih izjavah se preveč oklepajo biološkega spola in identitete, premalo pa uživljajo v sposobnost nudenja podpore skozi materinsko in očetovsko funkcijo, ki je pomembna v vseh fazah procesa. Generalno je pri navedbah terapevtov in terapevtk opaziti pretežno koncentracijo na transferno-kontradržtransferne dimenzije. Zaključek terapevtskega procesa sloni predvsem na procesu separacije in individualizacije, zato je potrebna preorientacija na nove zunanje cilje oz. očetovski prostor. Če se želimo izogniti stereotipom o ženski in moški vlogi (v naši kulturi so ženske (matere) že vsaj 40 let »zunanjki«, v

zunanjem prostoru), je bolje govoriti o poudarkih in fleksibilnosti prepletanja empatične, transferno-kontratransferne in delovne dimenzije odnosa. Menim, da je škoda, da se več moških ne odloča za ta poklic, saj se k terapiji zatekajo ljudje z »deficiti«, ki potrebujejo izbiro med obema biološkima spoloma, namesto da se nekatere dejavnike, kot so biološki spol, starost, videz, takoj izključi. Tudi tega se morajo v procesu šele naučiti. Ne smemo pa izključiti dejstva, da lahko v nekaterih primerih isti dejavniki, ki vplivajo na izbiro terapevta in navadno v luči konstantnega in kvalitetnega odnosa postanejo nepomembni, torej starost, izkušnje, spol, poleg teh pa še terapevtov partnerski odnos in podobno, močno vplivajo na zaupanje, vztrajnost obeh sodelujočih, kvaliteto in uspešnost terapevtskega procesa. Na primer odnos mlad terapevt in ženska v menopavzi ali mlada terapevtka/terapevt in zakonski par v krizi srednji let.

Mislim, da izbor terapevta ni naključen, spol ima torej pomembno vlogo pri posamezniku, ki izbira, saj on izbira terapevta po spolu, njegovo nezavedno pa po izkušnjah s tem spolom. Seveda je najbolj dragoceno, če imamo možnost, da lahko pridobimo izkušnjo z moškim in ženskim terapevtom. Poudarila bi tudi, da so dejavniki izbire precej pomembni v Sloveniji in na področju bivše Jugoslavije, kjer je hoditi k terapiji na splošno še vedno tabu.

Glede na podatke raziskave ocenjujem, da spolna razlika vpliva na terapevtski proces, intenziteta vpliva pa je odvisna od faze procesa: na začetku je vpliv spolne razlike večji, pri zaključevanju manjši. Vpliv spola na terapevtski proces potrjuje tudi dejstvo, da se terapevti in terapevtke v mnenjih o tem ne morejo uskladiti.

Literatura:

- Bahovec, E. (2006) O ženski seksualnosti. V R. Korenjak, (ur.), Bregantovi dnevi. *Zbornik prispevkov Seksualnost* (str. 69–83). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Beauvoir, S. (1999–2000). *Drugi spol* (1. knj.). Ljubljana: Delta.
- Chodorow, J. N. (1999). *The reproducing of Mothering*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California.
- Franzl, B. (1997). *Zgodovina psihoanalize I*, Socialna pedagogika. Dostopno na: <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-N769UM4G/aec8ff4a-6494-4297b> (Pridobljeno 11. 3. 2013).
- Freud, S. (1987). *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis, ŠKUC Filozofska fakulteta.
- Freud, S. (2000). *Očrt psihoanalize*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (2006). *Spisi o seksualnosti*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Hauler, B. (2009) Geschlechtsunterschiede im therapeutischen Prozess. V J. Bittner, (ur.), *Imagination Nr.2/2009* (str.64–79). Wien: Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie.
- Matjan Štuhec, P. (2008) Superego in spol v psihoterapiji. V B. Škodlar, (ur.), Bregantovi dnevi. *Zbornik prispevkov Moralnost* (str. 49–66). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Praper, P. (1999) *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Reiche, B. (1998). *Väter-Dasein. Der Erfahrungen von Vätern als Versorger ihrer Säuglinge und Kleinkinder im Wechselspiel von Rollenzuschreibung und Übertragung*, Hamburg. Verlag Dr. Kovač.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. United States: WW Norton Co.