

Gregor HUMAR

Pojem transferja pri Freudu: pogled v psihoanalitično tehniko

The notion of transference in Freud: an insight into the psychoanalytic technique

POVZETEK

Sledeči članek proučuje srž odnosa pacient-analitik ter kako je pojem transferja opredelil Freud. Skozi Freudove tekste bomo videli štiri različne oblike mehanizma samega transferja. Najprej transfer, identificiran s funkcijo ponavljanja, drugič s funkcijo odpora, tretjič s sugestijo in nazadnje s transferno nevrozo kot modalnostjo samega zdravljenja. Te oblike transferja obstajajo kot fenomeni, ki nastajajo znotraj analize.

KLJUČNE BESEDE

pacient, analitik, pojem transferja, psihoanalitična tehnika

ABSTRACT

The following thesis analyzes the essence of the patient-analyst relationship and the definition of transference given by Freud. Four different forms of the transfer mechanism will be presented through Freud's texts. The first transference is defined with the function of repetition, the second one with the function of resistance, the third one with suggestion, and the last one with transference neurosis as a treatment modality. These forms of transference exist as phenomena that form during the analysis.

KEY WORDS

patient, analyst, definition of transference, psychoanalytic technique.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

The neurologist Charcot treated patients suffering from a variety of unexplained physical symptoms, including paralysis and seizures. These patients occasionally and compulsively adopted a bizarre posture of the body. He concluded that many of his patients were suffering from a form of hysteria which had been caused by their emotional response to a traumatic moment in their past, most likely in their childhood. The cause of suffering was not the physical effects of trauma but the unconscious reactions of the psyche to the traumatic moment. In 1885, Freud went to Paris to study with Jean-Martin Charcot. Freud was impressed by Charcot's work on traumatic hysteria and adopted his idea of the unconscious symptom formation. He began to develop this idea by reference to the work of his medical colleague, Josef Breuer. In 1893, an article on their work was published, and in 1895, the book that represents the beginning of psychoanalytic theory, *Studien über Hysterie*.

Josef Breuer was the one who first encountered the notion of transference through his treatment of Anna O. Breuer made some crucial observations in these early stages of the psychoanalytic theory. He discovered that unconscious processes could induce neuroses and if these underlying causes became part of the conscious mind, the neurotic symptoms could disappear. He used the method of hypnosis to reduce the severity of Anna's symptoms. She was encouraged to describe her fantasies and hallucinations. Whenever she recollected memories of a traumatic moment, one of her symptoms would withdraw. Breuer called the process cathartic. The patient herself described the process as »chimney sweeping« and »talking cure«. But because Breuer didn't recognize Anna's transference and his countertransference, the treatment stopped. Later, Breuer stopped his psychoanalytic research, while Freud continued to develop his theories.

The same thing happened to Freud with his patient Dora. Freud argued that a forbidden wish was the cause of her hysterical symptoms, which arose either as a compromise between two opposite affective impulses, or because of ambivalent feelings of love and hate. The therapy lasted a relatively short time because Dora stopped the treatment. Freud accepted his failure with Dora. Like Breuer, he did not recognize the transference between the patient and analyst. This was the beginning of the psychoanalytic technique.

The notion of transference as a treatment modality

Transference is an unconscious feeling that is transferred onto another subject. In the psychoanalytic sense, the transfer happens in the therapy situation between the patient and the analyst. However, this is also a process that is present in our daily lives. In the treatment, the analyst represents an important figure from the patient's childhood or past. Thus, the patient's feelings and reactions that he unconsciously connects to this figure are transferred onto the analyst. Transference is the very basis of therapy and used in the right way can be an irreplaceable tool but at the same time, it can be a source of serious danger.

The compulsion to repeat

Through transference the patient unconsciously reenacts an important part of his life instead of inadequately verbalizing it, which would not produce as much information for the analyst. The

transference is a repetition of the forgotten past. For example, the patient does not say that he remembers that he used to be defiant and critical towards his parents' authority, instead he behaves in that way to the doctor. The patient succumbs to the compulsion to repeat, which now replaces the impulsion to remember. The repressed experiences of the patient's childhood are reproduced during the analysis, although this process counters the pleasure principle.

Transference as resistance

Transference is also the strongest weapon of the patient's resistance and the closer the analyst gets in approaching the roots of the pathogenic complex in the unconscious, the stronger the patient's resistance. This is the point where the transference enters the scene. When anything in the patient's material is suitable for being transferred on to the figure of the analyst, the transference occurs. When the analyst comes near a pathogenic complex, the part of the complex which is capable of transference is the first to emerge into consciousness and is thus the most persistently defended.

Transference as suggestion

Transference can also be seen as a tool of suggestion. Not in the sense of hypnosis, but to encourage the patient to perform psychological work. At some level, the transference in the therapy is made conscious to the patient by the analyst, and it is resolved by convincing him that in his transference he is repeating emotional relations which had their origin in his earliest childhood.

The ambivalence of transference

The notion of transference is ambivalent, which means that it includes both positive and negative feelings towards the analyst. However, as each feeling cannot be understood separately, but only in a dialectical coexistence, in the same way we cannot think about the notion of transference without the notion of countertransference, which in essence is the analyst's unconscious.

Conclusion

The success of the transference is in its accomplishment of the impossible – two subjects entering a private theatre. An even bigger issue than the treatment process are the results of the analysis and here it seems that psychoanalysis is a never-ending process. As Freud (2005b) says, psychoanalysis is one of the three professions where from the very beginning we can expect the success to be incomplete.

Uvod v transfer

Za Freudove paciente lahko rečemo, da so bili psihično zdravi vse do trenutka, ko se je v njihovem predstavnem življenju zgodila neka inkompatibilnost, ki je izzvala tako močan in mučen afekt, da je oseba »sklenila« stvar pozabiti, ker se ni počutila dovolj močno, da bi nastalo protislovnost te inkompatibilne predstave v odnosu do jaza razrešila z miselnim delom. Težava nastane, ker ta pozaba ni bila uspešna in je privedla do raznoraznih patoloških reakcij. Namen analitičnega dela je te potlačitve zopet poklicati na dan in jih nadomestiti z ustreznimi reakcijami. Tu se pojavi vprašanje, kaj pravzaprav pomeni »biti psihično zdrav«. Freud sledi idealu normalnosti kot antipol patološkemu, pri Lacanu pa imamo vzorce patološkega (obsesije, histerije, perverzije, psihoze) v polju normalnega. Tudi sam Freud v delu »Psihopatologija vsakdanjega življenja« (1975) nakaže prisotnost patološkega materiala v vsakdanjem življenju vsakega posameznika v obliki raznih lapsusov. V tekstu »Totem in tabu« (Spisi o družbi in religiji, 2007) pa postavi tezo, da se človeška družba od živalstva razlikuje po obsesivni nevrozi. Freudova formula se glasi, da je nevroza individualna religioznost, religija pa univerzalna obsesija. Ravno v vseh teh osebnih omejitvah, obredih in predpisih, ki se izvajajo na enak ali po nekem zakonu spremenjen način, je tisto, kar nas dela ljudi. V delu »Predavanja za uvod v psihoanalizo« (1977) Freud poudari, da pri ozdravitvi ne gre za spremembo psihičnega vzorca, ampak za kvantitativno spremembo v obliki razvozlanja simptomov in posledično manjše trpljenje pacienta. Za Lacana so stanja nevroze, psihoze in perverzije normalna stanja, saj je človek po nujnosti vpet v strukturo govornice in nima druge označevalne organizacije, ki bi ga določala. Freudova maksima znotraj analize je, da naj pride jaz tam, kjer je bilo ono.

Začnimo na začetku. Freudova teza je bila, da obstaja nezavedno, ki je nam »nedostopno za zavest«. To je samo neko mišljenje, ki ne pomeni, kakor je veliko ljudi napak razumelo, da nezavedno gospodari v ozadju kot naši strici iz ozadja in je posledično naša zavest le kot marioneta, ki pri vsem nima besede. Nezavedno ni nov vladar, ki nadomesti zavest, temveč v hiši ni nobenega gospodarja! Nezavedno tvorijo predstave, ki niso tako iracionalne in nekoherentne, kot se nam na prvo žogo zdijo, in niti tako različne od zavestnih. Čeprav ne obstaja noben fiksni ključ za njihovo dešifriranje, so za Freuda »sanje kraljevska pot do nezavednega«. Subjekt nezavednega ni nekaj, kar bi na dešifriran način opozarjalo nase preko sanjskih podob oz. besednih spodrseljajev, ampak obstaja prav znotraj teh oz. kot te podobe in spodrseljaji sami. Nimamo neposrednega vpogleda v nezavedne misli. Z leti je Freud vedno bolj poudarjal, da nezavedno ni nekaj, kar leži onstran sanjski cenzuri in potlačitvi, ampak da obstaja ravno kot to popačenje samo. Ni neka prvotna, neokrnjena vsebina.

Ko prebiramo »Študije o histeriji« (2002) kot rojstvo psihoanalize, mislimo na njen začetek kot razmerje Freud/Breuer – histeričarka. Če je Charcot ovekovečil histerijo z njene estetske perspektive, s fotografijami obrazov, je Freud histeričarki prisluhnil. Nastala je psihoanalitična metoda ali »talking cure«, kot jo je poimenovala Anna O. Fraza »talking cure« je zadela še večje bistvo kasneje z Lacanom, ki je trdil, da je nezavedno strukturirano kot govorica. Freud histeričarko izmakne pogledu (dobesedno, saj so njegove terapije potekale tako, da je on sedel za ležečim pacientom) in preusmeri pozornost na njene besede, izrečene in neizrečene. Tudi tiste, manj pomembne oz. predvsem na tiste, ki se sami pacientki zdijo irelevantne. Nastala je analitična situacija kot dialog dveh nezavednih. Zgodila se je premestitev od pogleda h glasu, od Charcotovih fotografij k temeljnemu psihoanalitičnemu pravilu »povejte mi vse, kar vam pride na misel«. Freud je izmaknil negativni prizvok histeričarkinemu na videz nesmiselnemu govorjenju, kajti vse ima svoj pomen in le skozi govorico se lahko artikulira histeričarkina želja.

V tem začetnem obdobju se je Freud posluževal tehnike hipnoze, s pomočjo katere je obujal pacientove potlačene/pozabljene spomine na čase, ko se je simptom prvič pojavil. Tehnika hipnoze, čeprav s svojimi omejitvami, je sprva na določenih pacientih delovala produktivno.

Koncept transferja, ki je pri Freudu prvič vzniknil ob primeru deklice Dore, je v psihoanalizi deloval kot naslednik prvotne tehnike oz. učinka hipnoze, in sicer na način, da nevrozo, ki prestopi prag ordinacije, pretvori v novo, transferno nevrozo. Pravzaprav je prvi dokumentiran primer transferja imel Josef Breuer, takratni Freudov sodelavec. Breuer se prvič sreča s primerom transferja pri svoji pacientki Anni O. in pred njim pobegne na druge medene tedne z ženo. Tako pri Freudu kot pri Breuerju je psihoanaliza pacientk zaradi transferja spodletela. Freuda je Dora zapustila sama, Breuer je pa sam utekel pod bremenom »Annine nosečnosti«. Freud je o tem primeru vedel več kot je bilo razkrito javnosti in sčasoma je prišel do delne rekonstrukcije primera, kjer je Breuer zamolčal nastop nežnejših čustev med zdravnikom in pacientko – kar je postalo znano kot transfer. Transferna nevroza v obliki transferja nastopi v vsaki obravnavi, pa četudi si je ne zdravnik ne pacient ne želita in predstavlja osrednji temelj pacientove seksualne etiologije. Za Breuerja se transfer in seksualnost zgodita kot vdor nezaželeni zunanosti v samo analizo. Zanj je transfer vdor osebnega razmerja med njim samim in Anno O. (ali boljše – Bertko Pappenheim) v analizo in ne razmerje pacientka – zdravnik.

Za Freuda transfer ni naravni preostanek osebnega odnosa, ampak nujnost, ki se v analizi pojavi vedno. V primeru, da bi res transfer bil zgolj vdor pri analizi zunanjega, bi se mu bilo treba izogniti takoj, saj bi bil zavora pri obravnavi. Pacient bo zdravnika tako ali drugače sprejel v svojo psihično ekonomijo, zato analitiku pravzaprav ne preostane drugega, kot da sprejme transfer in ga izkoristi analizi v prid. Procedura je mogoče otežena, ampak količinsko gledano zdravnik nima več dela, saj mu mora biti vseeno, ali premaguje bolnikov vzgib v zvezi s svojo osebo ali s kom drugim. Transfer se tako iz največje ovire za potek psihoanalize pretvori v njeno najmočnejše pomagalo. Le pravočasno ga je treba odkriti in ga ob pravem trenutku narediti bolniku zavestnega. Freudu pri Dori, kljub večjim namigom, ni uspelo pravočasno prepoznati in obvladovati transferja. Namesto reprodukcije spominov in fantazij znotraj procesa, jih je udejanjala. Dora je analizo nepričakovano predčasno prekinila.

Primer Dore je bil opisan pod naslovom »Sanje in histerija« leta 1901 in mišljen kot nadaljevanje dela »Interpretacija sanj« zaradi povezave med klinično prakso in analizo sanj. Primer je ujet med dve področji Freudovega dela, med teorijo nezavednega in teorijo seksualnosti. Problematičnost primera je, da ni bil zapisan, dokler se ni zdravljenje zaključilo. Zapisan je zgolj rezultat analize in ne njen potek. Dora je primarno bolela za tussis nervosa in ponavljajočimi napadi afonije (kašelj in izguba glasu). Kratka obnova primera: okvir primera določa seksualni krogotok, ki se dogaja med Dorinimi starši in njihovima prijateljema, gospodom in gospo K. Gospod K. zapeljuje Doro, ona ga v dogodku ob jezeru zavrne. Med Dorinim očetom in gospo K. poteka afeta, vmes vsega tega pa se dogaja posebno intimna vez med Doro in gospo K.

Pomenljivo je, da simptom njenega kašlja skriva identifikacijo z njenim očetom, njene druge sanje pa skrivajo identifikacijo z njenim snubcem. Razkritja te Dorine moške identifikacije nam kažejo pravi objekt Dorinega ljubosumja, gospe K. Freud je skozi analizo vztrajal pri Dorini normalni genitalni seksualnosti in zato spregledal pravi pomen, kaj nakazujejo njeni simptomi konverzije in njen pravi objekt želje. »Morda bi se morali tu spomniti, da se je Freudovo ukvarjanje s histerijo začelo prav z zavrnitvijo vsakega preprostega zarisovanja simptomov na telo (Charcotove histerogenične cone). S tem je histerijo opredelil kot govorico (jo pustil, da spregovori), katere odnos do telesa pa je razsrediščen, kajti če je spregovorilo telo, se je to

zgodilo zato, ker nekaj drugega, namreč nezavedno, ni moglo« (Rose 1996, str. 147).

Najpomembnejši točki primera Dore sta torej Freudova teorija o ženski seksualnosti in koncept transferja, kajti če je Freudu v tem primeru spodletelo, je to zato, ker ni prepoznal značilnosti teh dveh dejavnikov znotraj analize. Neposredno povedano so bolnikovi bolezenski pojavi njegova seksualna dejavnost. Vemo, da je pri Freudu nevroza negativ perverzije in da gre pri histeriji, kot so ga učili njegovi učitelji, vedno za »genitalno stvar«. Kakšno je torej mesto seksualnosti v zgodovini neke patologije? »Laplanchev briljantni odgovor na histerijo kot »uganko ženskosti« je, če nekoliko poenostavim, da ni vstopa v seksualnost brez travme, tako kot za Lacana – od katerega se sicer rad distancira – ni vstopa v jezik brez neke nezvedljive izgube oz. simbolne kastracije« (Bahovec 2007, str. 96).

Med samo seanso oz. trajanjem terapije se novo oblikovanje simptomov praviloma ustavi, produktivnost nevroze pa se kaže na poseben način z ustvarjanjem večinoma nezavednih miselnih tvorb, ki smo jih poimenovali transfer. To so posnetki fantazij, ki znotraj terapije najdejo nov nadomestni objekt – zdravnik. Na novo se vzbudi vrsta nekih prejšnjih psihičnih doživljajev, ampak ne kot nekaj zgodovinskega, ampak kot realni odnos do zdravnika. Freud uporabi analogijo s ponatisi, ki so nespremenjene nove izdaje bivših vzgibov. Sodeč po Sklepni besedi pri primeru Dore, se transferju ne da izogniti: »Vendarle se transferju ni mogoče izogniti, ker služi temu, da se vzpostavijo vse ovire, zaradi katerih je material zdravljenju nedostopen, in ker pri bolnikih občutek prepričanosti o pravilnosti konstruiranih povezav nastopi šele, ko se transfer razreši.« (Freud 2005a, str. 106).

Besedo transfer Freud prvič uporabil v knjigi »Interpretacija sanj« (2000), in sicer kot tisti proces, ko si sanje prilastijo tiste elemente dnevnih ostankov (spomini iz bedenja), da bi jim dodale čisto druge vrednosti. To so forme, ki so izgubile prvotni pomen in jih je želja sanj napolnila z nečim drugim. Tu Freud govori o transferju kot o prenosu smisla, premestitvi pomena. »Želja se polasti bežnih oblik, ki same na sebi niso pomembne, katerih smisel se je izgubil in ki delujejo ločeno od svojega prvotnega pomena, kot črke – vse to pa lahko bolje razumemo z lacanovsko teorijo označevalca. Te forme so označevalci, ki jim želja prinese – tukaj bi lahko tako rekli – drugačen in nov označevalec.« (Miller 1983, str. 76). Nezavedne želje se preoblečejo in nato izrazijo skozi nepomembne predstave, ki so sprejemljive za zavest. Prvo pojmovanje transferja je torej bilo, kako se nezavedne tvorbe zamaskirajo in obesijo na označevalce, ki so kot taki brez pomena. Na tem mestu lahko vidimo zgrešenost in pretencioznost vseh knjig, ki skušajo z nekakšnimi arhetipi interpretirati sanje. Temeljijo na principu, da vsakemu označevalcu simetrično ustreza njegov označenec.

Od Dore naprej pa dobi pomen transferja pri Freudu bolj posebno funkcijo. Transfer nastane med psihoanalitično seanso, ko se želja pacienta prilepi na osebo terapevta, ampak ne zaradi osebnih odlik same osebe, temveč se prilepi na sam označevalec analitika. Thomas Szasz (v Miller 1983, str. 77) je povedal: »Če me pogledate, mene, ki sem grd kot uš, se boste res vprašali, kako je mogoče, da se kdo naveže na mojo osebo.« Transfer je predvsem fenomen iluzije, fenomen imaginarnega, in vprašanje, ki ga tu sproži sama psihoanalitična teorija, je, ali osebe sploh kaj štejejo.

Če pogledamo fizično strukturo prostora seans, vidimo sobo, ležečega pacienta na kavču (ali sedečega) ter za njegovim hrbtom (prvotna Freudova navodila) sedečega zdravnika. Pojav transferja izniči to fizično ločnico med dvema in prestavi analitika v pacientovo nezavedno, transfer pa je točno manifestacija tega. Analitik privlači investicije, ki jih je sprostila potlačitev.

Psihoanaliza deluje kot »pogovor« dveh nezavednih. Vsak je v drugem. Analitik je kot označevalec del psihične ekonomije pacienta. Miller (1983) pravi, da psihoanalitična teorija sploh ni možna, če ne priznavamo slednjega.

Transfer se Freudu prikaže kot presenečenje, kot nekaj nepredvidenega. Pojem sprva zaznamo kot parazitski, kot zamrznitev terapevtskega dela, ustvarjanje nove patologije namesto in poleg stare. Lacanova definicija transferja je udejanjanje realnosti nezavednega. Transfer je aktivacija nezavednih mehanizmov znotraj terapije in istočasno zavora teh. Analiza je možna zahvaljujoč transferju in pa kljub transferju: »Če ga postavimo med analitikov pritisk in med odpor, se transfer izkaže predvsem kot kompromisna tvorba. Libido nekako odstopi košček terena pred analitikovo zahtevo, delec libida se odcepi in »zamaši kanal«. Zato lahko govorimo o »zamašku« (Miller 1983, str. 82). Transfer je tako dokaz, da smo se dotaknili pacientovega nezavednega. Na tej točki Freud naredi preobrat in transfer iz prepreke pretvori v vzvod. Pozitivni transfer (ne erotičen) omogoči vpeljava sugestije, ki je pri negativnem transferju onemogočena. Sam pravi: »Priznati moramo, da so rezultati psihoanalize osnovani na sugestiji. S sugestijo mislimo na način učinkovanja na določeno osebo s pomočjo pojava transferja, kot je možen v danem primeru« (Freud 2005, str. 82). Zdaj lahko razumemo, zakaj je pri paranoiku analiza tako težavna. Ker je transfer tu bistveno negativne narave, odpade delovanje sugestije.

Skozi proces v psihoanalitičnem zdravljenju nastane nova bolezen, transferna nevroza. Pacientovi simptomi znotraj terapije dobijo nov pomen, kajti simptom nosi vedno pomen, ki se naslavlja na nekoga drugega kot sporočilo. Gre torej za sporočilo, ki je naslovljeno na analitika samega. Transfer je modalnost celotnega zdravljenja. Freud je svojim pacientom odsvetoval sprejemanje življenjsko pomembnih odločitev, medtem ko so bili še vedno v analizi, saj so lahko novonastali pojavi zgolj parazitske in patološke narave. Razumljivo je lahko to reči, če terapija traja nekaj mesecev, in nemogoče, če traja leta. Psihoanalitik od pacienta zahteva spominjanje preko prostega pretoka asociacij, transfer pa temu zoperstavi ponavljanje kot udejanjanje – kot tisto ne-verbalizirano. Če govorimo o zadovoljitvi pacientove želje po ljubezni, ne govorimo toliko o nezvestobi do psihoanalitične etike, ampak o kršitvi prvega pravila psihoanalize same, in sicer verbalizacija spomina brez zadržkov.

Transfer so ponovne izdaje starih ljubezni, v katere je aktivno vključen analitik, in predstavljajo konstitutivni del terapije in njihov zadnji člen. Za Freuda je ljubezen zabloda, tako tista, ki nastane v analizi, transferna, kot naravna, ki se začne v razmerju mati in otrok in jo transferna zgolj ponavlja. Freud poizkuša očrtati razlike med ljubeznijo, ki vznikne v transferju, in »normalno« ljubeznijo, izven analize. Tista, ki vznikne v transferju, je bolj nerazumna od tiste izven, je umetne narave, ker jo izzove sama analiza, itd. Vendar Freud sam pravi, da ni nobene ljubezni, ki ne bi imela svojega prototipa že zapisanega v otroštvu, zato imamo pomisleke proti neki realni ločitvi. »To je nekaj, kar je prinesla psihoanaliza, namreč, da je življenje vseskozi ponavljanje, da si delamo iluzije novega, vendar življenje tvori ponavljanje. In morda je potrebna psihoanaliza, da bi opazili, da smo ujeti v zelo ozke meje, v nadvse omejeno število označevalcev«. (Miller 1983, str. 85).

Skozi Freudove tekste lahko izločimo štiri različne oblike mehanizma samega transferja. Najprej transfer identificira s funkcijo ponavljanja, drugič ga identificira s funkcijo odpora, tretjič s sugestijo in nazadnje transferna nevroza, kot modalnost samega zdravljenja.

Transfer kot ponavljanje

Vsak človek ima na podlagi prirojene zasnove in tega, kar je nanj vplivalo v otroštvu, izoblikovan njemu lasten način, kako zadovoljuje ljubezenske vzgibe. Freud (2005b) pravi, da se vse to združi v nekakšen kliše, ki ga človek ponavlja skozi celo svoje življenje. Ampak samo del teh vzgibov se v polni meri psihično razvije in je na razpolago zavesti osebe. Drugi del je bil okrnjen in postal zavesti nedostopen. Po tem sodeč je za Freuda nekaj čisto normalnega, da se neka razpoložljiva libidinalna investicija človeka v analizi obrne na zdravnika. Investicija se bo vezala na enega izmed subjektivnih klišejev in samega zdravnika vključila v nek bolnikov psihični vzorec. »Kadar bo pri tem odločilen imago očeta (če uporabimo posrečen Jungov izraz), bo ta uvrstitev odražala realni odnos do zdravnika. Vendar transfer ni vezan le na ta vzor, sledi lahko tudi imagu matere ali brata itd.« (Freud 2005b, str. 93). Iz tega vidika postane razumljivo, da transferja niso proizvedle samo zavestne predstave, ampak predvsem nezavedne.

Na začetku psihoanalitične poti je Freud uporabljal metodo hipnoze, s katero si je prizadeval reproducirati psihične procese neke točne situacije iz preteklosti, spominjanje situacije in nato odreagiranje nanjo. Tovrstno metodo je kasneje zaradi slabših rezultatov opustil in prešel na interpretativno metodo, kjer iz prostih domislekov pacienta ugotavljamo tisto, kar je ostalo neizrečeno. Tisto, česar se pacient ne more spomniti, tisto, kar je zadaj. Pri pozabi teh spominov gre večinoma za njihovo zaporo. Niso pozabljeni brez razlogov, ampak ker »nekdo« tako hoče. Pacient velikokrat tu doda: »Pravzaprav sem to ves čas vedel, samo pomislil nisem na to.« Tovrstne »pozabe« se bistveno zmanjšajo z analizo prisotnih prekrivajočih se spominov, ki po navadi zelo uspešno odtehtajo otroško amnezijo, ki je za nas tako pomembna. Prekrivajoči se spomini zastopajo otroška leta, kot manifestna vsebina sanj zastopa sanjske misli. Veliko posebno pomembnih otroških doživetij pa le ni mogoče priklicati v spomin, ker že takrat niso bili zavestno doživeti. Lahko jih sicer razumemo naknadno s pomočjo sanj. Tisto, česar se pacient navadno ne more spomniti, ker je pozabljeno ali potlačeno, ga praviloma uprizarja. Ga reproducira v realnost kot dejanje, kot ponavljanje in to brez njegove zavestne vednosti. Primeri, ki jih poda Freud: analiziranec ne pove, da se spomni, da je bil ključovalen do avtoritete staršev, ampak samo ključovalnost manifestira neposredno na zdravnika. Drugi pacient tako ne pomni, da je bil v svojem infantilnem raziskovanju seksualnosti nebogljen in zmeden, temveč navaja množico zmedenih asociacij in tarna, da mu nikoli nič ne uspe izpeljati do konca. Tretji ne pomni, da se je nekaterih seksualnih aktivnosti sramoval, ampak kaže, da se sramuje same psihoanalitične obravnave in jo pred vsemi skriva.

Začetki zdravljenja so vedno takšni. Pacient z dolgo in pestro življenjsko zgodbo in še daljšo bolezensko zgodovino umolkne in trdi, da »mu nič ne pride na misel«. In to tudi po tem, ko ga seznanimo s temeljnim psihoanalitičnim pravilom, naj pove vse, kar mu pride na misel. Na koncu ugotovimo, da je pacientovo uprizarjanje njegov način spominjanja. Sam transfer je del tega ponavljanja, ponavljanje pa je transfer pozabljenega preteklosti. Večji kot je odpor, toliko bolj uprizarjanje nadomesti spominjanje. V hipnozi spominjanje pozabljenega materiala ustreza stanju, v katerem je odpor čim bolj potisnjen na stran. Skozi transfer spominjanje odstopi svoje mesto uprizarjanju. »Slišali smo, da analiziranec ponavlja, namesto, da bi se spomnil, ponavlja v pogojih odpora; sedaj smemo vprašati – kaj pravzaprav ponavlja ali uprizarja? Odgovor se glasi: ponavlja vse, kar je iz virov njegovega potlačenega pri njem že prodrlo na površino, ponavlja svoje inhibicije in jalove nazore, svoje patološke značajske poteze« (Freud 2005b, str. 144–145). Tovrstno ponavljanje kot odpor mora zdravnik istočasno obravnavati kot patološke manifestacije v času seanse, saj je realno in zdaj prisotno za pacienta aktualno in obenem kot izlet v pacientovo

zgodovino, iz katere se vse to vrača (ponavlja). Transfer z vsemi njegovimi reprezentacijami mora zdravnik jemati kot vmesni svet, kot most med boleznijo in življenjem, kot tisto, kar to dvoje povezuje. Kot sanje, kot spodrsrljaji jezika. Sovražnika, ki je odsoten ali ni dovolj blizu, ne moremo pokončati. Skozi ponavljanje pacientove zgodovine se nam približa. Zdravnikov triumf je, če v takšnih okoliščinah uspe s pacientovim spominjanjem doseči tisto, kar bi pacient rad odvedel skozi dejanje. Če je transfer uspešno ustvarjen, potem je analizi dana možnost, da pacientu prepreči ta dejanja ponavljanja in njegovo namero uporabi kot material za terapevtsko delo. Pacienta pred škodo, ki si jo lahko nakopa, zaščitimo tako, da mu naložimo pravilo, da v teku obravnave ne sprejema življenjsko pomembnih odločitev ter za tovrstne izbire počaka konec analize (ozdravitev).

Freud poda (2005b) dober primer ponavljanja v transferju (vendar ne za samo uspešnost analize): starejša gospa, ki je v trenutkih omračenosti vedno znova zapustila moža in večkrat pobegnila od doma, je prišla v analizo z že izdelanim nežnim transferjem, ga nenavadno hitro stopnjevala in konec meseca, predno bi lahko sam Freud ukrepal, pobegnila tudi od njega. Za ukrotitev pacientove prisile ponavljanja in za preoblikovanje te prisile v obliko spominjanja je glavno sredstvo ravno transfer. Transfer razkrijemo kot torišče, kot področje, kjer se lahko v popolni svobodi razkrijejo patogeni goni analizirajočega duševnega življenja. Če pacient pokaže razumevanje za proces in sodelovanje, nam uspe bolezenskim simptomom dodeliti nov transferni pomen in njegovo prejšnjo nevrozo nadomestiti s transferno, ki je s terapevtskim delom ozdravljiva. Transferna bolezen prevzame vse značilnosti bolezni, ampak je umetne narave in bistveno bolj dostopna za zdravnikove posege.

V duševnosti obstaja močna težnja k načelu ugodja, ki stremi oz. si prizadeva ohraniti čim manjšo kvantiteto vzdraženja. A kaj kmalu vidimo, da se mu po robu postavljajo različne psihične sile, ki spreminjajo cilj ugodja. Načelo ugodja sodi med primarne načine delovanja našega duševnega aparata in je velikokrat nevarno pri samouveljavljanju osebkov sredi težav zunanjega sveta. »Pod vplivom samoohranitvenih gonov jaza ga nadomesti načelo realnosti, ki sicer ne opušta končnega namena pridobivati ugodje, a kljub temu zahteva in uveljavlja odlog zadovoljitve, odpoved mnogovrstnim možnostim take zadovoljitve in na dolgem ovinku do ugodja spodbuja k začasnemu prenašanju neugodja« (Freud 1987, str. 246). Posamezni goni ali njihovi deleži v njihovih ciljih so velikokrat nekompatibilni eni z drugimi. Tako jih potlačitev odreže od enote jaza in zadrži na nižjih stopnjah psihičnega razvoja in kot taki nemožni zadovoljitve. Včasih se jim po ovinkih uspe dokopati do neposredne ali nadomestne zadovoljitve, ampak zaradi notranjega konflikta jaz občuti kot neugodje.

Za sanjsko življenje pacienta, ki trpi za travmatično nevrozo, je značilno, da je tako močno fiksiran na situacijo travme, da jo vedno znova podoživlja. Če že kaj, se takšni bolniki v budnem stanju trudijo odvrniti misli od travmatične situacije, tako da podoživljanja v sanjah ne moremo pripisati načelu ugodja. Breuer in Freud sta leta 1893 trdila, da histeriki večinoma boleajo za reminiscencami. Naslednji primer, devianten načelu ugodja, Freud prikaže (1987) s pomočjo otroške igre. Freudov vnuk, leto in pol star otrok, je občasno uprizarjal igro, kjer je majhne predmete zalučal stran od sebe in jih v kasnejših različicah igre z vrvjo spet privlekel do sebe. Prvi del, torej met predmeta, je spremljal dolg o-o-o-o, ki po mnenju matere ni bil medmet, temveč je pomenil »proč« (»fort« v nemščini). Drugi del igre, vrnitev, pa je spremljal radostni »tu« (»da« v nemščini). Ta igra izginjanja in vračanja je po Freudovem mnenju uprizarjala otrokovo dopuščanje materinih odhodov. Otrok ne more biti brezbrizen do ločitve z materjo, še manj ga obravnavati kot prijeten dogodek. Torej, zakaj ponavljati ta mučen proces skozi igro? Kje je tu psihično stremljenje k načelu ugodja?

Freud meni, da je za razliko od samega odhoda matere, kjer igra otrok pasivno vlogo očividca situacije, pri samem uprizarjanju igre pa sprejme aktivno vlogo – tistega, ki ima nadzor. Na delu je nek nagon po polasčanju, ki je postal neodvisen od prvotnega spomina na dogodek odhoda. »Vidi se, da otroci v igri ponavljajo vse, kar je v življenju zapustilo v njih globok vtis, da pri tem odreagirajo silo vtisa in se tako rekoč naredijo gospodarje položaja. Po drugi strani pa je dovolj očitno, da ostaja vsa njihova igra pod vplivom želje, ki obvladuje to njihovo obdobje, želje biti velik in imeti možnost ukrepati, kot to počno veliki«. (Freud 1987, str. 253) Otrok neko neugodno doživetje izkušnjo velikokrat pretvori iz pasivnega v aktivni značaj, tako da svojemu prijatelju v igri naredi neko nevšečnost, ki se je pripetila njemu samemu, in se tako maščuje nadomestni osebi. Recimo ponovitve obiska pri zdravniku, kjer je zdaj on tisti, ki prijatelju priredi tisto nevšečnost, ki je bil sam deležen. Po istem kopitu bo pacient znotraj analize začel potlačeno ponavljati kot doživetje sedanjosti, namesto da bi se potlačenega spominjal. Odpori, ki jih znotraj analize srečujemo in preprečujejo pacientu spominjanje preteklih situacij, niso odpori nezavednega. Nezavedno oz. potlačeno se ne upira zdravljenju, saj si tudi sam pacient prizadeva odvreči težo, ki pritiska nanj, in se tako osvoboditi. Odpor, ki se tu pojavlja, izvira iz višjih plasti duševnega aparata. Tega istega, ki je potlačitev nekoč izvedel.

Mehanizme, ki nam jih psihoanaliza kaže ob transfernih pojavih, lahko srečamo tudi v življenju oseb, ki »niso« nevrotiki. Govorimo o neki samoinducirani tendenci ljudi, da podoživljajo ene in iste procese ali situacije, kot da bi ta njihova usoda bila zapisana v zvezdah. Za Freuda je zgodnji razvoj in razcvet infantilne seksualnosti zaradi svoje nujne neskladnosti med željo otroka in realnostjo obsojen na razočaranje in neuspeh. Ta prvotna izguba ljubezni ima lahko močan vpliv na poznejše iskanje ljubljene objekta in ponavljanje istega scenarija. Razočaranje, ki ga sčasoma prinese ljubeča navezanost na starše, ljubosumje ob rojstvu sestre ali brata, ki je potrdilo nezvestobo ljubeče matere, pojemanje naklonjenosti, povečanje vzgojne zahteve in kasneje kaznovanje, lahko rezultirajo v prizadetosti samozavesti pri otroku in pustijo narcistično brazgotino. Nevrotiki vse zgoraj naštetih neprijetnih otroških okoliščin v transferju ponavljajo. Želijo zapustiti analizo, znajo si zopet pričarati vtis zaničevanosti, zdravnika želijo prisiliti v grobe besede, h kaznovanju. »Nič od vsega tega ni takrat moglo prinašati ugodja; in človek bi mislil, da bi moralo danes prinašati manjše neugodje, če bi se pojavljalo kot spomin ali v sanjah, kakor pa z oblikovanjem v novo doživetje« (Freud 2005b, str. 253). Tako imamo ljudi, ki ne glede na različnost situacij, dobijo na koncu isti rezultat. »Moške, pri katerih se vsako prijateljstvo konča tako, da jih prijatelj izda; druge, ki v svojem življenju večkrat kako drugo osebo povzdignejo v avtoriteto zase ali tudi za javnost, po določenem času pa sami zrušijo to avtoriteto, da bi jo nadomestili z novo; ljubimce, pri katerih gre za vsako nežno razmerje do ženske skozi iste faze in pripelje do enakega konca« (Freud 1987, str. 259). Freud poroča celo o tako bizarnih primerih, kot je primer ženske, ki se je trikrat zapored poročila z moškimi, ki so kmalu zatem zboleli, tako da jih je vedno znova negovala do smrti.

Transfer kot odpor

Obstaja več načinov, kako se pacient na zavestni ravni nehote brani znotraj analize. Tovrstnih odporov je več vrst. Pogosto se zgodi, da pacient med poročanjem neke zgodbe pripomni: »Saj to sem vam že povedal«, čeprav je terapevt prepričan, da pripoved prvič sliši. Lastni občutek o zanesljivosti svojega spomina nima nobene objektivne vrednosti, a če zgornji stavek gledamo skozi funkcionalnost, ki jo za pacienta nosi, lahko rečemo, da je v večini primerov pacient tisti, ki se je zmotil. Pacient je sporno dejstvo že nekoč prej hotel povedati zdravniku, a mu je nato odpor dejanje preprečil, spomin je o tej nameri zamenjal spomin njene izvršitve. Ta

pojav, analogen deja vu-ju, Freud imenuje »fausse reconnaissance«. To so pojavi, ki so za samo analizo zelo dragoceni, saj zdravniku na pladnju pokažejo jasen odpor in, kot pravijo, kjer je dim, je tudi ogenj. Podobna zgodba je z intelektualnimi obsodbami, ki jih pacienti uporabljajo kot nadomestek za potlačitev. Izjave, kot so: »Sprašujete, kdo bi lahko bila ta oseba v sanjah. Mati ni, vam zagotavljam.« Freud pravi, torej je mati. Pacient si je domislil matere kot asociacije, a ker mu ta ni ugajala, jo je intelektualno obsodil kot napačno. »S pomočjo zanikanja odpravimo le eno od posledic procesa potlačitve, namreč to, da potlačena predstavna vsebina ne more priti v zavest. Rezultat tega je, da pacient intelektualno nekako sprejme potlačeno, pri tem pa tisto, kar je pri potlačitvi bistveno, še naprej ostaja« (Freud 1977, str. 395). Včasih deluje že, če pacienta vprašamo, kaj se mu v neki situaciji zdi najbolj neverjetno. Potlačena predstava se na tak način lahko prebije do zavesti, a pod pogojem, da jo je mogoče zanikati. Tako recimo pacient sam pripelje mati na prizorišče, in to kljub temu, da je lahko sploh ne bi omenil, če bi jo hotel zares prikriti. Nezavedno se vpiše preko besedice »ne«. Ko nekaj zanikamo, ne izgine povsem, ampak vztraja znotraj negacije. Pusti svojo sled. Zanikanje ni čisti nič ali nasprotje tistega, kar je zanikano. Pacienta nekaj sili reči mati, a obenem »ne more« in tako nastane kompromis v obliki zanikane besede. V opombi pri analizi Dore Freud pravi, da je najmočnejši dokaz, da nam je uspelo odkriti nekaj nezavednega, ravno ta, da pacient vsebino zanika. Zaradi slednjega je popularna kritika psihoanalize, da igra po načelu: »Heads I win, tails you lose.« To pomeni: analitik ima vedno prav. Če mu pacient potrjuje, ima kajpak prav, če mu nasprotuje, je to znak njegovega odpora in mu potemtakem takisto potrjuje.

Transfer izgleda kot velika metodološka pomanjkljivost psihoanalize, saj se zalomi pri temeljnem pravilu, naj pacient brez samokritike pove vse, kar mu pride na misel, brez cenzure. Zdaj tega ne zanima več končna ozdravitev, v funkciji katere terapija sploh poteka, ampak samo še (ne)realizacija svoje ljubezni. Freud se sprašuje, zakaj je transfer pri nevrotičnih pacientih v analizi toliko močnejši od transferja oseb, ki niso bile analizirane, in drugič, zakaj se transfer analizi zoperstavi kot najmočnejši izmed odporov. Izkušnja Freudu kaže, da ko pacientove proste asociacije zastanejo, zastoj odpravimo, če pacienta prepričamo, da ga obvladuje misel o samem zdravniku, in tako zastoj odpravimo.

Pojem transferja ni nekaj, kar bi izključno pripisovali psihoanalitični terapiji. Freud pravi, da v zavodih, kjer pacienti niso obravnavani po analitični poti, srečamo najintenzivnejše oblike transferja. Torej, značilnosti transferja ne gredo na račun psihoanalize, ampak sami nevrozi. Poglejmo, zakaj nam pomeni transfer v analizi največji odpor. »[...] delež libida, ki ga je mogoče ozavestiti in ki je obrnjen k realnosti, se zmanjša, delež nezavednega libida, ki se je odvrnil od realnosti, čeprav recimo se lahko oskrbuje osebne fantazije, a pripada nezavednemu, pa se toliko bolj poveča. Libido se je (povsem ali deloma) vrnil v regresijo in ponovno oživil infantilne podobe« (Freud 2005b, str. 95). Libido je ponovno zasedel nezavedne deleže teh infantilnih kompleksov. Zdravnikova naloga je libidu slediti in ga narediti zavesti dostopnega in ga ne nazadnje postaviti v službo realnosti. Tu nastopi boj med vdorom psihoanalitičnega raziskovanja in libidom, ki se je skril v svoja skrivališča. Sile, ki so povzročile regresijo libida, se bodo kot odpori uprle analizi, kot se nekdo brani, ko je sovražnik pred vrati. »Če bi namreč introverzije ali regresije libida ne upravičevala določena relacija do zunanjega sveta (najsplošnejše: odpoved zadovoljitvi) in če ne bi bila za trenutek celo smotrna, do nje sploh ne bi moglo priti« (Freud 2005b, str. 96) Na libido je vedno delovala privlačnost nezavednih kompleksov, v regresijo pa je zapadel, ker je privlačnost realnosti popustila. Da bi ga spustila na prostost, je torej treba odpraviti potlačitve nezavednih gonov, njihove produkcije in nasploh premagati privlačnost nezavednega. Vsaka pacientova asociacija, vsako njegovo dejanje v analizi mora računati na odpor, ki deluje kot kompromis med silami, ki težijo k okrevanju, in tistimi, ki okrevanju nasprotujejo. Simptomu

pacienta moramo od tega, kar ga zastopa v zavesti, tako slediti h koreninam v nezavedno, kjer bo odpor tako očiten, da se bo morala vsaka pacientova asociacija ozirati nanj in se kazati kot zgoraj napisan kompromis. Izkušstvo kaže, pravi Freud, da tu nastopi transfer. Bolj, ko se približujemo patogenemu kompleksu, se v zavest vedno znova najprej prebije tisti delež, ki je zmožen transferja. Pacient nezavedno uporablja tiste mehanizme popačenja patogenega materiala, ki mu prinašajo največjo prednost, torej transfer.

V spisu »K dinamiki transferja« (2005b) Freud prvič eksplicitno obravnava razliko med pozitivnim in negativnim transferjem. Nežna čustva pozitivnega transferja izhajajo iz erotičnih virov in nasploh vsi čustveni odnosi v življenju, kot so prijateljstvo, zaupanje, simpatije in podobno, so generično povezani s seksualnostjo in so se do tja razvili z oslabitvijo seksualnih ciljev. Prvotno so bili vsi objekti za nas seksualni. Transfer na zdravnika je pripraven za odpor samo toliko, kolikor je negativen oz. pozitiven transfer potlačenih erotičnih vzgibov. »Če z ozaveščanjem transfer odpravimo, zgolj ločimo ti dve komponenti čustvenega akta od zdravnikove osebe; druga komponenta, ki je zavesti dostopna in nespotikljiva, pa ostane in je tako kot pri drugih metodah zdravljenja v psihoanalizi nosilka uspeha« (Freud 2005b, str. 99). Negativni transfer pogostokrat obstaja vzporedno z nežnim transferjem in nemalokrat je naravnat na isto osebo. Za ta pojav je Bleuler skoval pojem ambivalentnosti. Visoka stopnja čustvene ambivalentnosti je močna lastnost nevrotičnih oseb. Za prisilno nevrozo je značilna zgodnja ločitev nasprotnih parov gonov. Kjer je transfer postal izredno negativen, kar je značilen pojav za paranoide osebe, je vpliv na pacienta postal nemogoč in s tem nadaljevanje analize praktično zaključeno. Podobno negativno za samo analizo je lahko analizi poprejšnje poznanstvo med pacientom in zdravnikom, ker pacient pride v obravnavo z že izoblikovanim transferjem do zdravnika. Ta transfer bo moral zdravnik šele naknadno razkriti, namesto, da bi ga imel priložnost sproti opazovati od svojega začetka. V taki situaciji pacient začne z golom prednostjo. Zdravnik mora pacientove čustvene vzgibe spraviti v kontekst obravnave. Freud zdravnikovo intenco poimenuje kot boj med njim in pacientom, kot boj med intelektom in gonskim življenjem, spoznanjem in udejanjanjem. Vse to se dogaja na igrišču transferja, kjer je treba zmagati, če želimo dober zaključek analize. Nikogar ni mogoče premagati in absentia. Ravno transfer nam omogoči, da se patogeni material pojavi kot aktualen.

»Ta samoobrambna naravnost pa nikakor ni v skladu z našimi namerami. Nasprotno, prizadevamo si, da bi jaz, ki ga je varstvo naše pomoči opogumilo, tvegat napad in vnovič zavojeval izgubljeno. Pri tem pa občutimo moč teh nasprotnih investicij, ki se izražajo kot odpori zoper naše delo. Jaz se takšnih podvigov, ki so videti nevarni in grozijo z neugodjem, prestraši; [...]« (Freud 2000, str. 56). Premagovanje odporov se uvede tako, da zdravnik pacientu razkrije še neznan odpor in mu ga tako predoči. Freud opozarja začetnike v analizi, da to uvodno dejanje ni že celotno delo odpravljanja odporov. Lahko se zgodi, da pacientu razkrijemo njegov odpor, a kljub temu zdravljenje zastane. Iz samega imenovanja odpora ne sledi takojšnja odprava tega. Pacientu je treba dati čas, da se v odpor poglobi, ga prepozna, razume in tako sčasoma lažje premaga. Šele sedaj lahko zdravnik in pacient skupaj odkrivata potlačene gonske vzgibe, ki so hranili odpor. Ta naporna in dolgotrajna procedura, kjer je potrebno veliko dela iz strani pacienta ter potrpežljivosti iz strani zdravnika, je največja razlika med analitično obravnavo od katerekoli metode, ki uporablja zgolj sugestivni vpliv. Za dokončno samostojnost bolnika uporabimo sugestijo, kar Freud razume kot vplivanje na osebo s pomočjo transfernih pojavov.

Transfer kot sugestija

Stara ljudstva so večinoma uporabljala psihično zdravljenje in pitje raznih zdravilnih napojev so vedno spremljali čarobne formule in spevi. Zdravilstvo je bilo v teh časih v rokah svečenikov in zdravnikova osebnost si je ustvarila ugled, ki je izhajal iz božanske sile. Tako takrat kot tudi danes je bila torej sama zdravnikova osebnost zelo pomemben faktor pri doseganju želenega zdravstvenega stanja pri pacientu. Dokazano je, da zaverovanost v zdravnikove sposobnosti pomaga k uspešnejšim rezultatom.

Katarzična metoda deluje tako, da izvorno neodreagirane predstave preseli v normalno zavest in ukleščenemu afektu omogoči izhod prek govora in tako jih odpravi. Za pomoč pri pridobitvi teh skritih predstav je Freud uporabljal tehniko hipnoze. Tehniko je kasneje, na račun interpretativne metode, opustil, saj mu ni dopuščala izvajanja na velikem številu bolnikov, ki so bili do hipnoze nedovzetni. Ko se bolnikovemu jazu približa potlačena predstava, se zaradi nevzdržnosti njene narave vzbudi sila zavračanja in rodi odpor, ki je obramba pred tem, da bi predstava bruhnila na površje. V takih »ne vem, nič mi ne pride na misel« trenutkih si je Freud pomagal z majhnim tehničnim prijemom sugestije. Bolniku je zagotovil, da bo v naslednjem trenutku z roko pritisnil na njegovo čelo in ravno takrat se mu bo utrnila podoba/predstava/spomin. Vse, kar pride na misel pacientu, je relevantno, zato je treba preskočiti tovrstne odpore. Vse, na videz nepovezane pacientove asociacije, so povezane in vodijo naravnost k »inkriminirajočemu dogodku«. Na teh mestih so značilne fraze, tipa »nečesa sem se spomnil, a nima nobene veze«. Zanje je značilno, da odpor oropa močno predstavo svojega čustvenega naboja in jo spremeni v šibko, na videz irelevantno. Velikokrat se tako patogeni spomini skrivajo za spomini, ki jih ima sam pacient za nepomembne.

Za to začetno obdobje hipnoze in sugestije pravi, da je beseda zopet dobila svojo magično moč. »Hipnotizerjev govor, ki ima čudodelne učinke, kakršne smo opisali, se imenuje sugestija – to oznako smo se navadili uporabljati tudi tam, kjer gre zgolj za namero, da bi se proizvedel podoben učinek« (Freud 2005b, str. 26). Hipnotizirani se do zunanjega sveta vede, kot da bi spal, do hipnotizerja pa je v odnosu, kot da sliši in vidi le njega. Freud govori o zaupljivosti med hipnotizerjem in hipnotiziranim, ki se v resničnem življenju lahko primerja samo pri otroku v odnosu do ljubljenih staršev. Hipnoza tako tistemu, ki jo uporablja, podari veliko moč in avtoriteto. V tekstu »O psihoterapiji« (2005b), Freud pravi, da je minilo že osem let, odkar je opustil tehniko hipnoze v terapevtske namene in jo zamenjal za analitično tehniko ter prvo primerjal z Leonardo da Vinci-jevo formulo »per via di porre« ter drugo s »per via di levare«. Per via di porre se nanaša na slikarstvo, tehniko, kjer se barve nanaša na prazno platno; per via di levare pa na kiparstvo, kjer umetnija nastaja z odstranjevanjem plasti. Analogija je ta, da sugestija nalaga in upa, da bo naloženo dovolj močno in preprečevalo manifestacijo patogenega, za razliko od nove metode, kjer skušamo skozi analizo patogeno odkriti in spraviti ven iz psihičnega sveta pacienta. Kljub temu pa lahko rečemo, da je analitična praksa paradoksalna, ker imamo na eni strani »učitelja« - »gospodarja vednosti«, ki pravzaprav ničesar ne poučuje, in na drugi pacienta, ki ima nalogo, da se preko analize pouči glede svoje duševnosti. Sploh o tistem delu svoje duševnosti, ki je bil odtegnjen njegovi zavesti. Na nek način je psihoanaliza pedagoško izkustvo.

Freud v »Očrtu psihoanalize« (2000) pravi, da transferno razmerje prinaša veliko koristi, če pacient postavi analitika na mesto svojega očeta (oz. matere), saj tako prepusti analitiku oblast, »ki jo njegov nadjaz izvaja nad njegovim jazom, kajti starši so vendar bili izvor nadjaza«. Tu

Freud istočasno govori o priložnosti naknadne vzgoje nevrotika in tako nekega popravila napak, ki so jih storili starši, ter v isti sapi opozarja pred možnostjo zlorabe, ki jo nova moč doprinese. »Naj analitika še tako mika, da bi postal učitelj, vzor in ideal drugih, da bi vzgojil ljudi po svojem zgledu, ne sme pozabiti, kaj je v analitičnem razmerju njegova naloga in da se svoji nalogi celo izneveri, če se pusti zavesti svojemu nagnjenju«. (Freud 2000, str. 53)

Sam Freud v spisu *Konstrukcije v analizi* (2005b) pravi: »Ne da bi se hotel hvaliti, lahko trdim, da v moji analitični praksi ni do takšne zlorabe sugestije nikoli prišlo«. Erich Fromm se z gornjo trditvijo ni strinjal. V primeru malega Hansa naj bi Freud tako z namigi otroku podpiral lastne (še ne dokazane) teze: »Nazadnje sem ga vprašal (Freud), ali je mislil s »črnim okrog ust« brke; in potem sem mu pojasnil, da se boji očeta zato, ker ima mamo tako rad« (Freud 2005a). Fromm pravi, da se občutja agresije malega Hansa do očeta zrcalijo v nekaterih pogovorih, ki so sledili Freudovi pripombi: »[...] Freud je pod vplivom neobjektivnega odnosa do očetovske avtoritete in moške superiornosti enostransko razlagal klinično gradivo in ni upošteval številnih podatkov, ki so nasprotovali njegovi interpretaciji.« (Fromm 1972, str. 260.) Jasno je, da vsaka analitikova pripomba znotraj analize nosi svoje posledice. In to velja še posebej, če prihaja iz ust človeka takšnega ugleda, kot je bil Freud.

Uporaba psihoanalize je vzbudila veliko zanimanja znotraj teorije in prakse vzgajanja. Znotraj pedagogike in teorij vzgoje otrok imamo Aichorna, ki je namenoma s sugestijo, znotraj transferja, iskal uspeh vzgoje. To pomeni, da preden lahko vzgojitelj vpliva na otroka, si mora prizadevati vzpostaviti pozitivni transfer oz. lahko na otroka deluje le, če ga ta postavi na mesto svojega Ideala jaza. Popularnost psihoanalize znotraj vzgoje je močno narasla zlasti znotraj Francije in tako je nastalo več ustanov (medicinsko-pedagoški inštituti in medicinsko-pedagoški ekternati), ki so cenile psihoanalitično izobrazbo vzgojiteljev. Vemo, da je bil Freud močno proti tovrstni uporabi psihoanalize znotraj terapije, saj to ni dojemal kot ustvarjanje klonov analizanta preko prevzgoje pacienta. Nezavednemu ne moremo ukazovati. Učinke vpliva na druge je izredno težko napovedati in prav tako težko obvladovati. Nobena pedagoška teorija ne more všteti učinke same metode, ker imamo vedno na delu nezavedno pedagoga in nezavedno gojenca. Ples dveh nezavednih, ki medsebojno vplivata eno na drugo, se takisto zgodi znotraj psihoanalitične terapije. »V pedagoškem odnosu se pokaže, da ima vzgojiteljevo Nezavedno večji vpliv kakor vse njegove zavestne namere« (Millot 1983, str. 212).

Zaradi obstoja nezavednega, kakor ga kaže psihoanaliza, je nemogoče zarisati nek točen kavzalni odnos med uporabljenimi pedagoškimi orodji in dobljenimi učinki. Iz teh razlogov uvrsti Freud psihoanalizo ob bok vzgajanju ter vladanju v skupino nemogočih poklicev. Vse tri se opirajo na moči, s katerimi lahko posameznik preko govora vpliva na drugega. Ta moč pa je omejena s tem, da si nezavednega ne moremo podrediti, saj smo mu tudi mi sami podvrženi.

Transferna nevroza ali o ljubezni

V spisu »Zaljubljenost in hipnoza« Freud (2007) poudarja, kako sta si ti dve stanji pravzaprav blizu. Hipnotiziranec in zaljubljenec pri ljubljenem objektu kažeta isto držo ponižnosti, poslušnosti in nekritičnosti. »Hipnotični odnos je neomejena zaljubljena predaja, pri kateri je seksualna zadovoljitev izključena.« V obeh primerih pride do idealizacije. V zaljubljenosti se premesti večja mera narcističnega libida na objekt, ki nadomesti ideal jaza in tako oseba po tej stranski poti poskuša zadovoljiti svoj narcizem. Tudi pri hipnozi za Freuda ni dvoma, da hipnotizer stopi na mesto ideala jaza. Freud v njegovih nasvetih o psihoanalitični tehniki opozori vsakega

začetnika v psihoanalizi, da sta težava interpretacij pacientovih asociacij in naloga reproduciranja potlačenega neznatni proti zagati, v kateri se analitik znajde pri uporabi transferja. Ljubezen je že tako ali tako za vsakogar velik dogodek, toliko večji oz. v tem kontekstu še pomembnejši, če se to zgodi med pacientom in analitikom. Za Freuda je tematika ključnega pomena, saj pravi, da je ravno transferna situacija zavirala razvoj psihoanalitične prakse, ko je ta še bila v svojih povojih. »Na transferno ljubezen se navezuje tisto, čemur je Freud rekel transferna nevroza, se pravi bolezen, ki nastopi kot metafora za bolezenski kompleks, zaradi katerega se je bil analizant primoran nasloviti na analizo.« (Tomšič 2010, str. 221) Možnih razpletov transferja je več. Situacija, kjer se analiza konča in zaživi obojestranska ljubezen, je v praksi nemogoča, saj, kot bomo videli, je srž vznika te ljubezni in njen ključen pomen, da je neizvršljiva. Histeričarka želi analizantovo ljubezen, a ko do te pride, je razočarana. Na prvi pogled je najbolj smiselna rešitev, in gotovo najbolj etična, analizo, ob pojavitvi nežnejših čustev pacientke, prekiniti. A ker s tem nismo rešili pacientkinih težav, zaradi katerih je prvotno stopila v analizo, jo moramo napotiti do drugega zdravnika, kjer se pa, zelo verjetno, transfer in zgodba ponovita.

Dejstvo transferja, ki se neizbežno pojavi v analizi, lahko ovrednotimo iz dveh vidikov, z vidika zdravnika in z vidika pacientke. Kot svarilo proti nasprotnemu transferju (kontratransfer) mora zdravnik razumeti, da je pacientkina nežna čustva vzbudila sama psihoanalitična praksa oz. so nastala kot način odpora do zdravnika kot avtoritete ter način odpora do same analize. Pacientka sabotira lastno terapijo. »Spoznati mora, da je pacientkino zaljubljenost vsilila analitična situacija in da je ni mogoče pripisati njegovim osebnim odlikam, da torej nima nobenega razloga, da bi bil ponosen na takšno »osvojitev«, kot bi se temu reklo izven analize« (Freud 2005b, str. 154). Takšna pacientka je pred alternativo odpovedati se psihoanalitični obravnavi ali pa sprejeti zaljubljenost v zdravnika kot neizogibno usodo oz. del procesa. Transfer je navadno prisoten že dalj časa, do izrečene realizacije pa praviloma pride ravno, ko je proces analize pri nekem močno potlačenem in mučnem koščku njenega življenja. Transfer odvrne pozornost drugam. Zato, pravi Freud, je nesmiselno pacientko vnaprej pripravljati na neizbežnost transferja, kajti s tem mu odvzamemo prepričljiv značaj spontanosti. »Zlasti se je treba posvetiti pomisleku, da utegne biti vse, kar ovira nadaljevanje zdravljenja, izraz odpora« (Freud 2005b, str. 155). Ta ista pacientka, ki je bila še do nedavnega izredno poslušna, je naenkrat izgubila zanimanje za analizo. Odpor postane močan, proces analize se zaustavi, saj pacientka želi govoriti samo še o svoji novi ljubezni do analitika. Freud pravi, da gre za totalno zamenjavo prizorišča, kot da bi se sredi gledališke predstave sprožil požarni alarm. Pacientka lahko celo začne zatrjevati, da je zdrava.

Pacientkina želja je zdravnika degradirati, ga postaviti v vlogo zaljubljenca in mu tako odvzeti avtoriteto. Odpor torej uporablja pretvezo ljubezenske izpovedi kot sredstvo, da se zaustavi izkopavanje po pacientkinem nezavednem. Vsekakor pa mora analitik pričakovati zavrnitev, če bi se na »provokacije« odzval z naklonjenostjo. Freud nadaljuje, da analitik nikoli ne sme sprejeti ali vrniti ponujene nežnosti. Torej, pozitiven odgovor na pacientkino ljubezen je njeno zmagoslavje kot odpor zdravljenju. Bolnici bi uspelo tisto, kar poizkušajo vsi bolniki, in sicer da bi tisto, kar bi morali reproducirati kot psihični material, dejansko udejanjali in ponovili v življenju z vsemi svojimi inhibicijami in patološkimi reakcijami. Na koncu bi svoje doživetje sklenila s kesanjem in okrepitvijo svojega nagnjenja k potlačitvi. »Varujmo se odvrčanja od ljubezenskega transferja in tega, da ga odganjamo ali pacientki priskutimo; prav tako se tudi odločno vzdržimo vsakega odziva nanj«. (Freud 2005b, str. 159–160) Transfer ohranjamo kot nekaj nerealnega, kot situacijo, ki jo je treba preboleti, v tem času ga izkoristimo, da pacientka udejanja svoje ljubezenske pogoje oz. fantazije in posledično nam odpira pot do infantilnih razlogov teh.

Freud pa opozarja, da obstoji določen tip ženske, pri kateri poskus, da bi ohranjali transfer samo za analitično delo, ne bo uspešen. To so ženske z elementarno strastjo, ki ne prenesejo nadomestkov, »[...] naravna bitja, ki materialnega nočejo zamenjati s psihičnim in so po pesnikovih besedah dovzetna le za »jušno logiko in argumente cmokov« (Freud 2005b, str. 160). To je definicija nerešenega problema in konec analize. Zmotno je misliti, da lahko tovrstno zaljubljenost uporabimo na način, da bo pacientka bolj dovzetna za reševanje svojega primera, ker samo analizo vodi ljubljenejši moški. Takšna »realna« zaljubljenost bi žensko nagovarjala k poslušnosti in ozdravitvi, saj je to edini scenarij, kjer bo mogoče njena ljubezen vrnjena ob točki konca analize. Ampak dogaja se ravno nasprotno, pacientka je še bolj neposlušna in njen odpor ni bil še nikoli večji. Zdravnik, ki bi skušal na ta način nadaljevati analizo, ne bi nikoli dosegel cilja, pacientka pa ja. Freud (2005b, str. 159) podaja zabavno analogijo tovrstnega primera: »Nevernega in težko bolnega zavarovalnega agenta na pobudo svojcev obišče duhovnik, ki naj bi bolnika pred smrtjo spreobrnil. Pogovor traja tako dolgo, da čakajoči že začnejo upati. Končno se odprejo vrata bolniške sobe. Nevernik se ni spreobrnil, pastor pa odhaja zavarovan.«

Tovrstni odpor je za Freuda pokazatelj, da ne gre za »pristno« ljubezen in samo za ponavljanje in posnemanje zgodnejših, predvsem infantilnih, vzorcev in analitikova dolžnost je te vzorce odkriti in jih pacientki razkriti. Te ljubezni ni ustvaril odpor, ampak jo je zgolj našel, jo potenciral in uporabil. Novonastala ljubezen sestoji iz starih potez. Ampak katera ljubezen pa ni točno to? Je zaradi zgoraj naštetega manj vredna ali manj pristna od ljubezni izven analize? Deluje na istih mehanizmih kot slednja. Freud (2005b, str. 162) transferno ljubezen okarakterizira s tremi točkami: 1. izzove jo analitična situacija; 2. stopnjuje jo odpor, ki obvladuje to situacijo; 3. v veliki meri se ne ozira na realnost. Pri zadnji točki meni, da je transferna ljubezen bolj nespametna ter brezskrbna. Vendar spet, katera ljubezen pa ni? Nedvomno pa analitik zaradi etičnih in tehničnih motivov ne sme izgubiti cilja obravnave.

Ko govorimo o ljubezni v psihoanalizi, vedno govorimo o transferju kot pomota glede osebe, ki jo ljubimo. Nekoga ljubim, ker ljubim nekoga drugega. Zaradi te premestitve ima mogoče položaj ljubezni v psihoanalizi pečat nepristnosti. Freudova hipoteza je (Miller 2001), da ima vsak subjekt nek temeljni (prvotni) ljubezenski objekt, da je ljubezen transfer in da je vsak nadaljnji objekt ljubezni le premestitev tega temeljnega objekta. Jacques-Alain Miller (2001) pravi, da je ljubezen zadeva labirinta: »Biti zaljubljen pomeni izgubiti se v labirintu.« V analizi za vznik transferne ljubezni zadošča, da ste na sedežu analitika. Znotraj terapije obstaja nujnost, da bo do transferja prišlo. Skozi analizo nekega subjekta se je mogoče približati vprašanju, kaj narekuje njegovo zaljubljenost oz. kateri parametri usmerjajo njegovo željo. Freud govori (Miller 2001) o »pogojih ljubezni«, na katere je naletel pri svojih pacientih, ki so skoraj matematični. Za nekega moškega velja, da si lahko želi le žensko drugega. To pomeni bodisi, da z žensko, ki je poročena in možu zvesta bodisi neko nezvesto žensko, ki se lahko veže z vsakim x, ki je moški. In ravno učinki ljubosumja, kjer zaradi takih situacij trpi subjekt, so pravzaprav del čara takega objekta želje. Isto se lahko zgodi z ljubeznijo na prvi pogled, kjer se kontingenca preplete z nujnostjo. Werther se je tako zaljubil v Charlotte, ker je ta v tistem trenutku hranila otroke in utelešala pojem materinskosti. Pogoji za ljubezen so bili tako izpolnjeni. Preveč simplicistično bi bilo dejati, da se subjekt zaljubi v neko žensko, katere obraz je podoben obrazu matere. Lahko tudi, ampak je sam mehanizem iskanja nadomestnega objekta lahko veliko bolj zapleten. Ljubezen je metonimična in ponavljajoča. Med temeljnim objektom in novim obstaja neka povezava in subjekt jo je prisiljen ponavljati skozi svoje iskanje. Ta povezava ima veliko obrazov, lahko je neka splošna podobnost ali pa natančen detajl. Lahko je podobnost nekih objektivnih potez ali pa potez, ki so vidne samo subjektu. Drugi tipi potez, ki sprožijo »pogoj ljubezni«, lahko izhajajo iz simbolnega reda in so poteze, ki so utemeljene v govorici, kjer je recimo v izbiri objekta

poudarjena vrednost imena. Tretja oblika podobnosti je, ko subjekt išče posebno relacijo do objekta želje, ali pa da je objekt želje v določeni relaciji do njega. Lahko se subjekt zaljubi v nek objekt x, le če mu je ta podoben.

Transfer je ambivalenten

V posthumno objavljenem »Očrtu psihoanalize« (2000, str. 52) Freud zapiše: »Transfer je ambivalenten; zaobsega pozitivno, nežno in tudi negativno, sovražno držo do analitika, ki ga pacient praviloma postavi na mesto enega od staršev – očeta in matere.« Tukaj pojem ambivalence nastopi prvič (in zadnjič) s pojmom transferja, in sicer kot neka ohlapna združitev dveh nasprotujočih si pojmov, kjer je en zaželen znotraj analize, drugi pa ne. V tekstu »K dinamiki transferja« (2005b) Freud pravi, da ne moremo razumeti uporabe transferja kot odpora, v kolikor najprej ne naredimo razlike med pozitivnim in negativnim transferjem ter obe vrsti afekta do zdravnika obravnavamo ločeno. »Negativni transfer bi si zaslužil temeljito presojo, ki mu je v okvirih teh izpeljav ne moremo nameniti. Pri ozdravljivih oblikah psihonevroz obstaja hkrati z nežnim transferjem in je pogosto naravnano na isto osebo« (Freud 2005b, str. 100).

Nasprotna pojma Freud ponovno združi, tako da nimata več lastne samostojne eksistence. Treba je sicer poudariti, da samostojne eksistence v psihonevrozah nima le negativni transfer, ki pa samostojno nastopa v psihozah. In tako dobimo geslo »transfer je ambivalenten«. Glede pozitivnega transferja sem že napisal, da ga Freud razčleni na prijazna ali nežna čustva, ampak vselej erotičnega izvora; kajti tudi nek »čisti« odnos prijateljstva ima genetično povezavo s seksualnostjo in je lahko še vedno seksualni objekt. Če že govorimo o nasprotjih, je treba reči, da v tekstu »Končna in neskončna analiza« (2005) zgornjo trditev Freud zanika. Prišli smo do gesla, da je transfer vselej ambivalenten in ne more ne biti tak. Pojem ambivalence, ki ga je Freud imel precej rad, je skoval švicarski psihiater Eugen Bleuler (predstojnik klinike Burghölzli, kjer je deloval tudi Jung). Freud je besedo označil za posrečeno in dobro izbrano. Lahko kar malce začudi, da besede ni izumil sam Freud glede na to, kako pomembnost je imel pomen nasprotij v marsikaterem Freudovem tekstu. Za Freuda je ambivalenca transferja posledica klasičnega toposa naravnosti do očeta »V tej perspektivi se zdi, da je ambivalenca na delu vselej, ko imamo opraviti s parom nasprotij, pri čemer je vsak par nagnjen k temu, da nastopa kot nihanje med dvema, enost tega nasprotja pa je (izključno) predmet predzgodovine« (Troha 2010, str. 178).

Dober primer tega para nasprotij ljubezen - sovraštvo nam ponuja Freudov klinični primer Podganarja, kjer imamo močno nasprotje med dvema objektoma, njegovo ljubljeno damo in mrtvim očetom. Tu imamo pokazatelja tega, da je v konfliktu ljubezni in sovraštva nemogoče izbrati eno na račun drugega. Karkoli izberemo – okrepimo nasprotje. »Ljubezen ni pogasila sovraštva, temveč ga je lahko le potisnila v nezavedno, v nezavednem pa se lahko sovraštvo, zaščiteno pred zavestno ohranitvijo, ohranja in celo razrašča« (Troha 2010, str. 180). V takih pogojih zavestna ljubezen, da bi bila kos zadrževanju nasprotja v potlačitvi, veča svojo intenzivnost in tako večje kot je eno, večje je tudi nasprotje. Freud pravi, da tovrsten pogoj konstelacije ljubezenskega življenja izvira iz zgodnjega otroštva. Bleuler (Troha 2010, str. 180) poda računovodsko metaforo: »Razcepljena psiha bolnikov pa vodi knjige o aktivnem in pasivnem, a obeh vrstic ne more zgostiti v enotno bilanco.« Primer nasprotnih elementov, ki kot ločena vztrajata v paru, imamo pri prisilni nevrozi. Poglejmo Podganarjev primer o kamnu: »Z nogo je brcnil kamen, ki je ležal na cesti, in potem ga je moral spraviti stran, ker mu je prišlo na misel, da bo čez nekaj ur po isti cesti vozil njen voz in bi se na tem kamnu lahko

polomil; toda nekaj minut pozneje se je domislil, da je to vendarle nesmisel, in tedaj, se je moral vrniti in položiti kamen na isto mesto sredi ceste, kjer je bil prej« (Troha 2010, str. 182). Freud dogodek razlaga kot prikaz Podganarjevega boja med ljubeznijo in sovraštvom. Odstranitev kamna kot dejanje ljubezni ter ponovna postavitve kamna sredi ceste kot sovražno dejanje – želja, da bi se res kaj ponesrečilo z njenim vozom. Ambivalenco pri Podganarju imamo tudi pri zgodbi, po kateri je primer dobil ime. Zgodba govori o načinu kaznovanja na Orientu, kjer so čez zapornikovo zadnjico položili lonec, poln podgan, ki so se zagreble v anus. Freud je pacientov obraz med pripovedovanjem te zgodbe zaznal kot »grozo pred lastnim, njemu samemu nepoznanim ugodjem« (Troha 2010, str. 184).

Podoben primer podaja v svojem tekstu tudi sam Bleuler (2008). Govori o materi, ki je umorila svojega otroka, kasneje dejanje obžalovala – ampak obenem se ji med tarnanjem usta smejejo. Šlo je za ambivalenco, kjer je ženska sovražila moža do te mere, da se ji je njegov otrok gnusil; zato ga je zastupila, ampak ker je istočasno otrok tudi njen, ga ljubi in objokuje njegovo smrt. Bleuler (2008) govori tudi o primeru duševne bolnice, ki konstantno tarna, da bi rada zapustila ustanovo. Kljub temu, da ji dan za dnevno pravijo, da lahko kadarkoli gre, ne odide. Ni ji ne do odhoda ne do prenehanja tarnanja. Zdrav človek bi pretehtal koristi in slabosti neke situacije ter posledično zanj, vsaj po njegovem mnenju, koristno ukrepal. Pri tako razcepljeni psihi bolnice pa imamo dve močno si nasprotujoči čustvi, ki sta med seboj v protislovju in nenehnem boju ter praviloma obstajata drugo poleg drugega. Tako pri tovrstnih primerih prisilne nevroze kot pri transferju imamo prikaz, kako jedro ambivalence terja, da mora par nasprotij nastopiti kot par in vztraja ravno skozi ta razcep. Velikokrat najmočnejša nasprotna čustva, kot sta ljubezen in sovraštvo, živita v skupnem (ne)odnosu do iste osebe. Goreče sovraštvo nastane iz najmočnejše ljubezni. »Kjer ženska sovraži, tam je ljubila ali ljubi ali bo ljubila« (Bleuler 2009, str. 209). Mogoče je tu razlaga, zakaj se največ nasilja in umorov zgodi znotraj tega, kar naj bi bilo jedro ljubezni – družina.

Poglavje o ambivalenci sem začel z neko ločnico, vsaj na besedi, med pozitivnim in negativnim transferjem, kakor ga je poimenoval Freud. Transferja pa ni več mogoče dojemati v smislu nekakšnega boja med pozitivnimi in negativnimi čustvi, ki jih pacient ima do zdravnika oz. niti kot soobstoj teh dveh afektov, ampak prej kot nek razcep, ki se kaže kot igra transferja in kontratransferja. »A če je ambivalenca na sebi oznaka nemožnosti, da protislovje nastopi kot dva, in je tako v svojem naravnem stanju videti kot avtoerotični privatni teater, je mogoče reči, da je stava in uspeh transferja, ki je nujno ambivalenten, natanko v tem, da doseže nemogoče – vstop dveh v privatni teater«. (Troha 2010, str. 199)

Sklepna misel

Še večjo problematiko, kot je sam proces zdravljenja, predstavlja rezultat analize oz. konec odnosa pacient - terapevt. Pojem zdravljenja izhaja iz simptoma, kateremu je težko določljiva objektivnost. Analiza ni intelektualno potovanje pacienta, ampak tožba, trpljenje in terapija. Miller (2001) pravi, da ga ob vsakem obisku Združenih držav Amerike povprašajo o statistikah, ki se nanašajo na psihoanalitično terapijo. Američani so baje naredili obširno raziskavo, s pomočjo katere so želeli ovrednotiti rezultate psihoanalize. Ni težko videti rahle nesmiselnosti le-te. Analitični simptom temelji na subjektivnem samoovrednotenju, drugi ga lahko prezre. Čeprav se obsesivni simptom lahko kaže v obnašanju, je omejen na pacientovo notranjost in na takšnem principu temelji tudi njegova ozdravitev. Čeprav lahko analitik meni, da je analize konec, saj je pacient ozdravljen, lahko sam pacient temu nasprotuje; to je Freud imenoval

»negativna terapevtska reakcija«. Bodisi pacient ne verjame, da je ozdravljen, bodisi noče bit ozdravljen. Kriteriji analitičnega zdravljenja so odvisni od subjektove besede.

»Skorajda se zdi, kot da je analiziranje tretji od tistih »nemogočih« poklicev, pri katerih lahko že od vsega začetka pričakujemo nepopoln uspeh. Druga dva, že dolgo znana poklica, sta vzgajanje in vladanje« (Freud 2005b, str. 90). Članek »Končna in neskončna analiza« (2005b) v celoti preveva pesimizem glede učinkovitosti psihoanalitične metode. V njem imamo precej Freudovih pogledov, ki močno odstopajo od njegovih zgodnejših pojmovanj. Freud primerja analitikovo nevarnost kot tisto, v kateri se znajde zdravnik, kontaminiran z rentgenskimi žarki. Analitik ima opravka z »eksplozivnimi naboji«. Iz sugestije, ki jo izvaja pacientova zahteva, izhaja nevarnost kontaminacije in tu mora analitik zatreti svoje pulzije in pobudo za identifikacijo. Ferenci (v Freud 2005b) pravi, da je za uspeh analize odločilno, da se tudi sam analitik zave svojih šibkih točk. Ni pomembna samo pacientova psihična struktura, ampak tudi analizantova. Analizant, poleg ustrezne izobrazbe, mora tudi sam postati objekt analize. Nekako na pet let znova, priporoča Freud. »To torej pomeni, da bi tudi lastna, ne samo terapevtska analiza na bolniku, iz končne postala neskončna naloga« (Freud 2005b, str. 329).

V medčloveških odnosih neka naslovljena simpatija ali antipatija izzove podobno čustveno reakcijo. Znotraj psihoanalize, transfer na analitika, izzove kontratransfer in tako se analitična situacija utegne spreobrniti v imaginarno zrcalno igro ljubezni in sovraštva, v kateri akterja nezavedno uprizarjata pretekle konflikte in vse skupaj rezultira v neuspeh analize. Zato Freud govori o usposabljanju »subjektov, ki se zanje predpostavlja, da vedo«, da bi tako bodoči analitiki preko lastne analize dobili vpogled v njihovo transferno strukturo oz. spoznali same mehanizme transferja in se tako naučili, kako kontrolirati kontratransfer.

V pismu Fliessu Freud (Felman 1992, str. 246) pravi: »Začenjam razumeti, da je na videz neskončna narava obravnave nekaj, kar je determinirano z določenim zakonom in je odvisno od transferja.« Analizirani je usposobljen, da postane analitik, ko lastno analizo dojame kot nekaj inherentno nedokončanega oz. sprejme, da je sama psihoanaliza kot nekaj v temelju neskončnega. Torej, ne da je sama analiza pacienta po definiciji nekaj neskončnega, ampak je tudi analiza, ki je usposobila njegovega analizanta, po definiciji neskončna naloga.

Literatura

- Althusser, L. (2010). Freud in Lacan. *Problemi* 6-7, letnik XLVIII. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, str. 5-36.
- Bahovec Dolar, E. (2007). *Freud, ženska in popotnikova senca*. Ljubljana: Delta.
- Bahovec Dolar, E. (1990). *Kopernik, Darwin, Freud*. Ljubljana: Analecta.
- Bezjak, T. (2004). Funkcija cenzure v Freudovi in Lacanovi teoriji. *Problemi* 1-2/2004. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Bleuler, E. (2008). Ambivalenca. *Problemi* 3-4/2008. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Breuer, J. in Freud, S. (2002). *Študije o histeriji*. Ljubljana: Delta.
- Deutsch, F. (1996). Opomba k Freudovemu »Odlomku iz analize nekega primera histerije [Dora]«. *Problemi* 2-3/1996, str. 159-169. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo
- Felman, S. (1992). *Psihoanaliza in vzgoja: končno in neskončno poučevanje*. V: Bahovec Dolar E. (ur.), *Vzgoja med gospodstvom in analizo*. Ljubljana: Krt, str. 229-254
- Freud, S. (2000). *Interpretacija sanj*. Ljubljana: Studia Humanitatis

- Freud, S. (1975). *K psihopatologiji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Freud, S. (1987). *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Freud, S. (2000). *Očrt psihoanalize*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (2003). O nasprotnem pomenu prabesed. *Problemi* 4-5, str. 61-69. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (2005). *Pet analiz*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo in Studia Humanitatis.
- Freud, S. (1977). *Predavanja za uvod v psihoanalizo*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Freud, S. (2005). *Spisi o analitični tehniki*. Ljubljana: Analecta.
- Freud, S. (2007). *Spisi o družbi in religiji*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (1995). Spominjanje, ponavljanje in predelava. *Problemi* št. 3, str. 43-51. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Fromm, E. (1972). *Kriza psihoanalize*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Hajdini, S. (2005). Narcizem, magija in vsemoč misli. *Problemi* 1-2/2005. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Lacan, J. (1988). *Seminar VII – Etika psihoanalize*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Lacan, J. (1992). Seminar VIII: Transfer. *Razpol* 7, Razprave 1/1992, Problemi 3, letnik XXX. Ljubljana: Analecta, str. 5-46.
- Lacan, J. (1996). *Štirje temeljni koncepti psihoanalize*. Ljubljana: Analecta.
- Lešnik, B. (2009). *Temelji psihoanalize*. Ljubljana: *cf.
- Mannoni, O. (1992). Psihoanaliza in poučevanje. V: Bahovec Dolar E. (ur.), *Vzgoja med gospostvom in analizo*. Ljubljana: Krt, str. 215-228.
- Miller, J. A. (2001). *O nekem drugem Lacanu*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Miller, J. A. (1983). Pet predavanj o Lacanu v Caracasu. V: Žižek, S. (ur.), *Gospostvo, vzgoja, analiza*. Ljubljana: DDU Univerzum, str. 7-108.
- Miller, J. A. (2010). Ponovni prehod. *Filozofski vestnik*, letnik XXXI, št. 1, str. 41-47. Ljubljana: ZRC.
- Millot, C. (1983). Anti-pedagog Freud. V: Žižek, S. (ur.), *Gospostvo, vzgoja, analiza*. Ljubljana: DDU Univerzum, str. 184-217.
- Rupar, M. (1991). O fragmentu neke analize I. Eseji 2/1991, *Problemi* 3/1991, letnik XXIX. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, str. 215-220.
- Rose, J. (1996). Dora: fragment neke analize. *Problemi* 2-3/1996, letnik XXXIV. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, str. 137-156.
- Salecl, R. (2011). *(Per)verzije ljubezni in sovraštva*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Tomšič, S. (2010). *Druga ljubezen*, Lacan in antifilozofija. Ljubljana: ZRC SAZU.
- Troha, T. (2010). *Niti čudež niti čudež*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Zupančič, A. (2005). ABC freudovske revolucije. *Problemi* 7-8/2005, letnik XLIII. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, str. 67-90.