

Miha Štrukelj<sup>1</sup>

## Terapevtski okvir kot temelj psihoanalitične prakse

### *Therapeutic setting as the foundation of psychoanalytical practice*

#### Povzetek

Članek opredeljuje ključno vlogo terapevtskega okvira (angl. therapeutic setting) v psihoanalitični psihoterapiji, poudarjajoč njegov večplasten vpliv na terapevtski proces in rezultate. Obravnava fizične, časovne in odnosne vidike okvira, vključno z doslednostjo, upravljanjem meja, strukturo srečanj ter vlogo terapevta kot čustvenega opornika (angl. holder) in zadrževalca (angl. container). Članek izpostavlja tudi etične vidike, kot so zaupnost, upravljanje meja in izogibanje dvojnemu odnosu, ki zagotavljajo celovitost terapevtskega prostora. Poudarjena je medsebojna povezanost teh elementov in njihov prispevek k ustvarjanju varnega, transformativnega terapevtskega okolja, ki podpira globoko psihološko raziskovanje in osebno rast.

**Ključne besede:** terapevtski okvir, psihoanalitična psihoterapija, terapevtska delovna zveza, upravljanje meja, etične meje.

#### Abstract

This article defines the crucial role of the therapeutic setting in psychoanalytical psychotherapy, emphasizing its multifaceted impact on the therapeutic process and outcomes. It addresses the physical, temporal, and relational aspects of the setting, including consistency, boundary management, session structure, and the therapist's role as a holder and container. The article also highlights ethical considerations such as confidentiality, boundary management, and avoiding dual relationships, which uphold the integrity of the therapeutic space. The interconnectedness of these elements is emphasized, demonstrating their contribution to creating a safe, transformative therapeutic environment that supports deep psychological exploration and personal growth.

**Keywords:** Therapeutic setting, psychoanalytical psychotherapy, therapeutic alliance, boundary management, ethical boundaries.

<sup>1</sup> Mag. Miha Štrukelj, MscBA, psihoterapevt, miha@psihoterapija-strukelj.si

## Extended abstract

### 1. Introduction

Psychoanalytic psychotherapy, founded on Sigmund Freud's insights, seeks to uncover the unconscious motives, conflicts, and desires shaping our behaviour and thoughts (Freud, 1917). Central to this therapeutic approach is the exploration of the patient's inner world, with the therapeutic setting playing a crucial role. This setting is not just a backdrop but an active participant that influences and reflects the therapeutic process (Langs, 1978).

The setting extends beyond physical space, encompassing the entire therapeutic atmosphere—furniture arrangement, room aesthetics, time management, relational boundaries, and the therapist-patient relationship. It serves as a vital element in psychoanalytic therapy, shaping the therapeutic journey by providing a safe and consistent environment, while also reflecting the patient's internal structures and boundaries (Balint, 1968).

Contemporary therapists, inspired by figures like Robert Langs, Glen Gabbard, and Donald Winnicott, emphasize that every aspect of the setting, from lighting to session frequency, conveys a message to the patient, influencing memories, defense mechanisms, and the overall therapeutic process (Langs, 1982; Gabbard, 2010).

My empirical observations from my practice reveal that changes in the setting can significantly impact therapy, with patients sometimes resisting or testing boundaries through lateness or attempts to alter the space. Such experiences underscore the importance of a stable, well-structured setting in supporting effective psychoanalytic work. Understanding the multifaceted role of the setting is crucial for both experienced therapists and those new to the field, as it profoundly influences the therapeutic process.

### 2. The physical setting

#### 2.1. Therapy room dynamics

The physical setting of psychoanalytical therapy is meticulously designed to create an environment that supports the therapeutic process. The arrangement of the therapy room, including the placement of the therapist's chair and the patient's couch, is carefully considered to facilitate a sense of safety and containment. The traditional use of the couch in psychoanalysis, for instance, allows patients to relax physically, which in turn enables them to access deeper levels of their unconscious mind (Gabbard, 2010; Kris, 1956).

Lighting and soundproofing also play critical roles in the therapeutic setting. The use of soft, dim lighting can create a calming atmosphere, conducive to introspection and emotional openness. Soundproofing ensures that the therapy room is a private space, free from external disturbances, which is essential for maintaining the confidentiality and integrity of the therapeutic process (Tutter, 2011; Blechner, 2002).

The physical environment is not just about creating a comfortable space; it is about establishing a setting that communicates stability and consistency. These qualities are crucial for building the trust necessary for effective therapy. Any changes or disturbances in the physical setting can disrupt the therapeutic process, as they may trigger anxiety or resistance in patients, highlighting the setting's role in providing a secure foundation for therapy (Balint, 1968).

#### 2.2. Consistency and familiarity

The consistency of the physical setting is a cornerstone of psychoanalytical therapy. A stable and familiar environment allows patients to feel safe enough to explore their deepest thoughts and feelings. This consistency is reflected in the unchanging arrangement of the therapy room, the regularity of session times, and the therapist's unwavering presence. These elements create a reliable framework that patients can depend on, which is especially important when dealing with the unpredictable and often chaotic material that arises in therapy (Gabbard, 2010; McWilliams, 1999).

A consistent setting also supports the development of transference, a key component of psychoanalytical therapy. The stability of the physical environment allows patients to project their feelings and internal conflicts onto the therapist, facilitating a deeper understanding of their unconscious processes. Inconsistent or unpredictable settings, on the other hand, can hinder the development of transference and disrupt the therapeutic work (Wallerstein, 1986; Kahn, 2002).

In practice, the importance of consistency is evident when disruptions in the physical setting occur. For example, changes in lighting or the arrangement of furniture can provoke strong emotional reactions in patients, underscoring the setting's role in providing a secure base for therapy. Such reactions highlight the need for therapists to maintain a stable and predictable environment, which supports the patient's emotional and psychological well-being (Langs, 1978).

### **3. Therapeutic dynamics and boundary management**

#### **3.1. The spatial and psychological framework of therapy**

In psychoanalytic therapy, boundary management extends beyond physical space, encompassing psychological and relational dimensions crucial for effective therapy. Langs (1978) emphasizes that these boundaries help maintain a professional distance, essential for creating an environment conducive to introspection and analysis. The physical arrangement of the therapy room, including the placement of the therapist's chair and the patient's couch, carries significant therapeutic and symbolic weight, reflecting the necessary psychological boundaries (Langs, 1978; Gabbard, 2010).

The therapy couch, introduced by Freud, is a symbol of the psychoanalytic process, facilitating free association by minimizing the patient's self-consciousness and promoting a deeper exploration of the unconscious (Freud, 1913). This traditional setup, with the therapist out of view, fosters a sense of safety and uninhibited expression, essential for effective therapy. Conversely, a vis-à-vis setting, where therapist and patient face each other, introduces different dynamics. This arrangement emphasizes eye contact and facial expressions, potentially enhancing the patient's sense of being seen and understood but also possibly limiting deeper introspective work (Langs, 1978; Steiner, 2011).

The choice between these settings depends on therapeutic objectives, patient needs, and the therapist's orientation. Each arrangement offers unique advantages and challenges, reflecting the adaptability of psychoanalytic therapy to diverse psychological landscapes. Clinically, shifts from face-to-face to couch settings often reveal significant changes in the therapeutic process, particularly in addressing deep-seated emotions such as shame, highlighting the nuanced considerations required to optimize therapeutic outcomes.

#### **3.2. Attacking the therapeutic framework**

In psychoanalytical therapy, the setting often becomes a target for the patient's unconscious conflicts. Patients may attack the setting in various ways, such as arriving late, disregarding session boundaries, or attempting to alter the physical environment. These actions are not mere disruptions; they are symbolic expressions of the patient's internal struggles and resistance to the therapeutic process (Langs, 1978; Yalom, 2002).

Understanding and addressing these attacks is essential for maintaining the therapeutic setting as a secure space. By exploring the meaning behind such behaviour, therapists can uncover deeper layers of the patient's psyche, facilitating significant therapeutic progress. For example, a patient who consistently

arrives late may be expressing an unconscious desire to avoid confronting painful material, which can be explored within the therapeutic context (McWilliams, 1999; Gabbard, 2010).

In practice, addressing attacks on the setting requires a careful balance between maintaining the integrity of the therapeutic space and engaging with the patient's underlying issues. This approach ensures that the setting remains a stable and secure environment, while also providing valuable insights into the patient's internal world (Balint, 1968; Langs, 1978).

#### **3.3. Financial boundaries in therapy**

Financial boundaries are an important aspect of the therapeutic setting, providing a clear framework for the therapeutic relationship. Establishing clear agreements on payment at the outset of therapy helps to create a professional and structured environment, which is essential for maintaining the integrity of the therapeutic process (Gabbard, 2010; Zur, 2007).

The act of paying for therapy can evoke a range of emotions in patients, from gratitude to resentment. These emotions often reflect deeper psychological issues related to self-worth, entitlement, and dependency, which can be explored within the therapeutic context. For example, a patient's reluctance to pay may indicate unresolved issues related to control or self-worth, which can be addressed through the exploration of transference dynamics (Gabbard, 2010; McWilliams, 1999).

Financial boundaries also play a role in maintaining the ethical integrity of the therapeutic relationship. Transparency and consistency in financial matters are essential for building trust and ensuring that the therapy remains focused on the patient's psychological well-being. This includes managing sliding scale fees ethically and avoiding dual relationships that could compromise the therapeutic process (Gabbard, 2016; Zur, 2007).

### **4. The temporal setting**

#### **4.1. Frequency of sessions**

The frequency of sessions in psychoanalytic therapy significantly impacts the therapeutic process. Traditional psychoanalytic practice suggests multiple weekly sessions, typically three to five per week, allowing patients to delve deeply into unconscious material and transference dynamics (Balint, 1968). More frequent sessions provide less opportunity for defensive mechanisms, speeding up the exploration of conflicts, especially for patients dealing with complex emotional issues such as trauma or personality disorders.

However, the ideal frequency varies for each patient. For some, frequent sessions may evoke anxiety or emotional overload (Wallerstein, 1986). These patients may benefit from more time between meetings, allowing them to reflect and integrate therapeutic insights. McWilliams (1999) suggests that weekly or biweekly sessions might be more appropriate for patients who need more time to process their emotions, especially those with low frustration tolerance.

Frequent sessions help in maintaining a stable transference dynamic, essential for ongoing therapeutic work (Langs, 1978). In contrast, less frequent sessions risk slowing the therapeutic progress, particularly for those who rely on continuity to engage with unconscious material. As Yalom (2002) notes, a less frequent schedule might work for individuals needing more reflection time, but it can impede the depth of the process for others.

For example, a patient who increased sessions from once to twice a week quickly uncovered significant transference issues, accelerating her progress. Another patient, attending weekly, struggled with superficial themes due to the long intervals between sessions. After increasing the frequency, deeper issues began to surface, highlighting the role of session frequency in facilitating emotional work.

#### 4.2. **Therapist absence and its effects**

The therapist's absence, due to holidays or other reasons, can activate unconscious conflicts in patients, particularly those with fears of abandonment or unresolved emotional issues (Kernberg, 1996). Patients with borderline tendencies, for example, may experience heightened anxiety during these breaks. Frequently, before an impending absence, patients begin expressing concerns, often asking about personal details of the therapist's life as a way to secure reassurance.

In some cases, therapist absence can foster growth by encouraging patients to rely on their own resources. Holmes (2014) notes that such absences can strengthen patients' emotional autonomy. However, prolonged or unexpected absences may cause a regression to earlier defensive patterns, slowing therapeutic progress. Reinforcing the structure and continuity of therapy before and after an absence is crucial to helping patients process feelings of abandonment or insecurity (Winnicott, 1965).

A patient who inquired about my vacations months in advance revealed her deep-seated fear of being left alone, tied to childhood experiences. Addressing these fears within the therapy framework allowed us to explore her sense of vulnerability more deeply, aligning with Klein's theory of transference.

#### 4.3. **Duration of sessions**

Standard psychoanalytic sessions typically last 45 to 50 minutes, as established by Freud (1913). This time frame is structured to balance deep emotional exploration with the containment needed to prevent overwhelming the patient. Regularity and consistency in session length create a sense of predictability and safety, allowing for meaningful engagement with unconscious material (McWilliams, 1999).

However, some patients, especially those slow to trust or open up, may benefit from longer sessions. For example, one patient required extended time to engage with deeper emotional issues. Doubling session lengths allowed for more intensive work, although this approach can sometimes increase dependency on the therapist (Freud, 1913).

While longer sessions can promote intensive exploration, especially during crises or breakthroughs, they can also lead to heightened emotional regression in patients with fragile psychological structures (Klein, 1946). Balancing session duration according to individual patient needs is essential for fostering progress without overwhelming them.

#### 4.4. **Importance of punctuality and session endings**

Punctuality in therapy provides structure and fosters a sense of safety. Starting and ending sessions on time reflects the therapist's commitment to the process and reinforces boundaries that help contain intense emotions (McWilliams, 1999). When patients regularly arrive late or wish to extend sessions, it can reflect deeper conflicts or resistances to engaging with difficult emotions (Wallerstein, 1986). Addressing this behaviour directly in therapy is vital for deepening the therapeutic work.

A patient who habitually requested extended sessions was unconsciously seeking a more exclusive relationship with me, mirroring her childhood need for maternal attention. By maintaining clear boundaries around session times, we explored these feelings and helped her develop healthier relational patterns.

Maintaining clear session boundaries, including punctuality, is key to ensuring a safe and structured therapeutic environment. It supports the patient's ability to engage in the process with trust and security, promoting emotional growth and resilience (Gabbard, 2010).

## 5. **The relational setting**

### 5.1. **Therapist-patient dynamics**

The relational setting of psychoanalytical therapy is defined by the dynamics between therapist and patient, particularly through the concepts of transference and countertransference. Transference involves the patient projecting feelings and attitudes from past relationships onto the therapist, while countertransference refers to the therapist's emotional responses to the patient. These dynamics are central to the therapeutic process, providing a window into the patient's unconscious conflicts and relational patterns (Freud, 1905; Gabbard, 2010).

Projective identification, a concept introduced by Melanie Klein, further complicates the relational setting. This process involves the patient projecting disowned parts of themselves onto the therapist, who may then experience these projections as their own feelings. Understanding and managing projective identification is crucial for maintaining the therapeutic boundaries and facilitating a deeper exploration of the patient's unconscious (Klein, 1946; Ogden, 1979).

The therapist's ability to navigate these complex relational dynamics is essential for the success of psychoanalytical therapy. By maintaining a stance of neutrality and abstinence, the therapist provides a stable and unbiased presence, allowing the patient to explore their unconscious material without interference from the therapist's own emotional responses (Freud, 1915; Wallerstein, 1986).

### 5.2. **Ethical boundaries**

Ethical boundaries are a fundamental aspect of the therapeutic setting, ensuring that the therapy remains a safe and effective space for the patient. Confidentiality, boundary management, and the avoidance of dual relationships are critical for maintaining the integrity of the therapeutic process (Gabbard, 2016; Zur, 2007).

Confidentiality is particularly important in psychoanalytical therapy, where patients often reveal deeply personal and sensitive material. The assurance of confidentiality creates a safe space for patients to explore their unconscious without fear of exposure or judgment. This ethical boundary is essential for building trust and facilitating the therapeutic work (Bond, 2004; Zur, 2007).

Boundary management also involves navigating the potential for dual relationships, which can arise when the therapist and patient interact outside the therapeutic context. These relationships can compromise the objectivity and effectiveness of the therapy, and therefore must be avoided or, if unavoidable, carefully managed. Ethical guidelines emphasize the importance of maintaining clear boundaries to protect the therapeutic relationship and ensure that the therapy remains focused on the patient's psychological well-being (Gabbard, 2016; Langs, 1978).

### 5.3. **Therapeutic alliance building**

The therapeutic alliance is the collaborative relationship between therapist and patient, encompassing mutual trust, agreement on therapeutic goals, and a shared commitment to the therapeutic process. This alliance is central to the success of psychoanalytical therapy, providing a secure base from which the patient can explore their unconscious material (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991).

Building a strong therapeutic alliance requires the therapist to demonstrate empathy, understanding, and a commitment to the patient's well-being. The consistency and predictability of the therapeutic setting play a crucial role in fostering this alliance, providing a stable environment where trust can develop and deepen (Safran & Muran, 2000; Gabbard, 2010).

Navigating ruptures in the therapeutic alliance, such as expressions of anger or dissatisfaction, is also an important aspect of alliance building. These ruptures often reflect deeper relational patterns and can provide valuable opportunities for therapeutic growth. By addressing these issues openly and sensitively, the therapist can strengthen the therapeutic relationship and support the patient's journey towards self-awareness and healing (Teyber & McClure, 2011; Kernberg, 1992).

### 5.4. **Therapist as a holder and container**

In psychoanalytical therapy, the therapist's role as a holder and container is central to creating a therapeutic environment that supports deep psychological exploration. The concepts of holding and containment, introduced by Donald Winnicott and Wilfred Bion, respectively, emphasize the therapist's responsibility to provide a secure and empathetic presence that facilitates the patient's emotional growth (Winnicott, 1960; Bion, 1962).

Holding involves providing a stable and nurturing environment where the patient feels safe to explore their unconscious material. This concept is particularly important in the early stages of therapy, where the patient may be testing the boundaries of the therapeutic relationship. Containment, on the other hand, involves the therapist's ability to absorb and process the patient's emotional projections, helping to transform these raw emotions into something that can be understood and integrated (Winnicott, 1965; Bion, 1962).

The therapist's consistent and predictable presence is essential for effective holding and containment. By providing a secure and empathetic environment, the therapist enables the patient to engage in the therapeutic process with confidence, facilitating deeper exploration and psychological healing (Winnicott, 1960; Bion, 1962).

## 6. Conclusion

Psychoanalytic psychotherapy is a deeply anchored process that relies on a carefully structured therapeutic framework. This framework is not just a physical space but a dynamic, multifaceted element that shapes, supports, and guides the therapeutic process. It encompasses the physical space, time structure, boundary management, and relational dynamics between therapist and patient, creating a safe environment for deep exploration and healing.

The physical therapeutic space plays a crucial role in building the therapeutic relationship, providing a sense of security necessary for in-depth introspection. A consistent and neutral design supports patient stability and the therapeutic process.

The time structure, including session frequency, duration, and punctuality, establishes a predictable framework that fosters continuity and depth in therapeutic work. Regular sessions create a rhythm that encourages exploration while respecting agreed-upon boundaries.

Relational dynamics, such as transference, countertransference, projective identification, and the therapist's role as both holder and container, form the core of the therapeutic relationship. The therapist's ability to maintain neutrality and provide safety allows for the exploration of unresolved conflicts and relational patterns, critical to the therapeutic process.

Ethical aspects, such as confidentiality and boundary management, are essential for maintaining the integrity of the therapeutic space and building trust between therapist and patient.

Writing this article has highlighted the interconnectedness of various elements of the therapeutic framework and raised new questions, particularly around the impact of online therapy on this framework—a topic that would benefit from further discussion and exploration.

In summary, the therapeutic framework is a crucial and multifaceted element in psychoanalytic psychotherapy, enhancing therapeutic effectiveness by facilitating deep exploration, insight, and lasting change.

## 1. Uvod

Psihoanalitična psihoterapija, terapevtski pristop, ki se pogloblja v nezavedne plasti človeške psihe, se je od začetka 20. stoletja razvijala kot orodje za pomoč posameznikom pri odkrivanju notranjih konfliktov in motivov. Utemeljena na pionirskih raziskavah Sigmunda Freuda, ki je leta 1900 z "Interpretacijo sanj" postavil temelje za preučevanje nezavednega, ta metoda temelji na razkrivanju zapletene mreže nezavednih želja, konfliktov in obrambnih mehanizmov, ki vplivajo na vedenje, čustva in miselne procese (Freud, 1917).

Ključ psihoanalitične terapije je raziskovanje pacientovega notranjega sveta, kar zahteva posebno pozornost okolju, v katerem se ta proces odvija. Terapevtski okvir (angl. therapeutic setting)<sup>2</sup> ni zgolj fizično ozadje, temveč aktiven dejavnik, ki tako vpliva na terapijo kot je tudi pod njenim vplivom. Razumevanje terapevtskega okvira zato zahteva raziskovanje ne le njegove fizične komponente, temveč tudi časovnega vidika in odnosne dinamike med pacientom in terapevtom (Langs, 1978).

Terapevtski okvir presega zgolj fizični prostor. Vključuje tako otipljive elemente, kot so postavitev pohištva in estetika prostora, a tudi neotipljive, kot so upravljanje časa, spoštovanje mej in način vzpostavljanja odnosa med terapevtom in pacientom. Vsak element terapevtskega okolja lahko vpliva na potek terapije: od osvetlitve prostora do pogostosti srečanj, vse to nosi sporočilo za pacienta, ki ga lahko bodisi odkrito zazna ali pa ga doživlja nezavedno. Dober terapevtski okvir omogoča pacientu, da se počuti varno in sprejeto, kar omogoča globlje raziskovanje nezavednih vsebin (Gabbard, 2010).

Moje lastne izkušnje v praksi so mi pokazale, kako pomemben je dobro vzdrževan terapevtski okvir za uspešen terapevtski proces. Opazil sem, kako lahko že manjše spremembe ali motnje v terapevtskem okviru vplivajo na dinamiko terapije. Pogosto pacienti nezavedno napadajo terapevtski okvir, kar se kaže v zamujanju, poskusih spreminjanja prostorske ureditve ali neupoštevanju časovnih omejitev. Ta vedenja so pogosto odraz odpora proti terapevtskemu delu ali pa izražanje tesnobe in potrebe po nadzoru. Takšne situacije so poudarile pomen stabilnega in konstantnega okolja, ki zagotavlja varnost in podpira subtilne procese, ki se odvijajo med terapijo.

2 Iskal sem slovenski ustreznik za angleški pojem "therapeutic setting", ki označuje način in okvir dela v psihoterapevtski obravnavi. Terminološka sekcija pri Inštitutu za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU je predlagala, da je najboljši prevod «terapevtski okvir» ali obdržati tujko "setting", saj se ta že uporablja v strokovnih besedilih, kot so članki in magistrska dela, in ga ni bilo potrebno podomačiti. Tu se je sicer obravnavalo izraz "group setting" (SRC Sazu - Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, b.d.). Zaradi podobnosti in doslednosti v terminologiji sem se odločil za izraz «terapevtski okvir». Podobno prevajalsko dilemo sem imel pri prevajanju izrazov "holding" in "containment".

Pomen terapevtskega okvira je nepogrešljiv za vse terapevte, tako tiste z dolgoletnimi izkušnjami kot tiste, ki šele vstopajo v svet psihoanalitične psihoterapije. S tem člankom želim raziskati različne vidike terapevtskega okvira in poudariti njegovo ključno vlogo v procesu globinskega terapevtskega dela.

## 2. Fizični terapevtski prostor in njegova vloga

Fizično okolje v psihoanalitični terapiji igra pomembno vlogo pri oblikovanju terapevtskega procesa, saj neposredno vpliva na pacientovo doživljanje varnosti, stabilnosti in odprtosti. Vsak element prostora, od terapevtovega stola do kavča, na katerem pacient leži, ima simbolni pomen. Kavč, pogosto osrednji del psihoanalitičnih srečanj, pacientu omogoča, da se fizično sprosti in se poglobi v svoje nezavedno (Kris, 1956). Njegova postavitev, bodisi obrnjena stran od terapevta za ohranjanje občutka anonimnosti, bodisi tako, da omogoča očesni stik, vpliva na pacientov občutek varnosti in pripravljenost za razkrivanje. Tudi terapevtov stol, njegova oddaljenost od kavča in usmerjenost lahko sporočajo dinamiko moči, intimnosti ali nevtralnosti (Gabbard, 2016).

Ko pacienti opazujejo elemente v terapevtovi sobi, kot so knjige, slike ali osebni predmeti, pogosto iščejo skrite pomene ali poskušajo razbrati več o terapevtu, kot bi izvedeli v neposrednem pogovoru. Takšni predmeti postanejo površine, na katere pacienti projicirajo svoje fantazije, strahove ali konflikte, kar omogoča dostop do nezavednih vsebin v terapiji (Hinshelwood, 1991). Na primer, če pacient opazi knjigo o določenem psihološkem pristopu, lahko to sproži domneve o terapevtovem mnenju ali strokovni identiteti, ki jo pacient nato povezuje s svojimi predstavami o terapevtu. Podobno lahko umetniška slika v pisarni vzbudi pri pacientu predstavo o terapevtovih vrednotah ali življenjskem nazoru, kar spodbuja raziskovanje njegovih lastnih nezavednih vsebin. Na ta način terapevtski prostor postane dragoceno okolje za introspekcijo in raziskovanje notranjih vsebin.

Pomembna je tudi osvetlitev, saj lahko ustvarja vzdušje umirjenosti in spodbuja introspektivno stanje. Zatemnjena ali naravna svetloba pogosto pomaga pri ustvarjanju prijetnega okolja, ki pacientu omogoča lažjo sprostitev, medtem ko lahko premočna osvetlitev deluje moteče ali povzroči občutek izpostavljenosti (Tutter, 2011). Pri eni pacientki je že majhna sprememba osvetlitve sprožila nepričakovano močno reakcijo; ostrejša luč ji je vzbudila občutek sramu, zaradi katerega se je počutila ranljivo in začasno zadržano v izražanju. Kljub temu je ta izkušnja odprla pomembno temo sramu, ki se je v nadaljnjem terapevtskem procesu lahko raziskovala globlje.

Zvočna in vizualna zasebnost sta zelo pomembni za vzpostavljanje in ohranjanje zaupanja v terapevtskem procesu. Zvočna izolacija ne zagotavlja le tehnične zaščite pred zunanjimi motnjami, temveč ima tudi psihološki pomen, saj pacientu daje občutek varnosti, da njegovi izrazi ostanejo znotraj terapevtskega prostora (Blechner, 2002).

Na primer ena od pacientk je doživela nepričakovano tesnobo, ko so zunanji zvoki na hodniku zmotili njeno zbranost med obravnavo občutljivih tem žalosti in manjvrednosti. Ob zvokih smeha, ki so prihajali z hodnika, se je počutila ranljivo in izpostavljeno. Da bi omogočil nadaljevanje terapije v mirnem vzdušju, sem poskrbel, da se hrup zmanjša, kar je pacientki prineslo občutek olajšanja in varnosti. Moja intervencija pa je vsebovala tudi element odreagiranja (angl. acting out), saj sem ob tem občutil jezo, ki je pacientka ni mogla neposredno izraziti. To predstavlja proces projekcijske identifikacije, kjer pacientka nezavedno projicira svoja čustva na terapevta, ki jih ta začasno prevzame, kot da bi bila njegova (Klein, 1946). V tem primeru sem "nosil" njeno jezo, ki je sama ni zmogla izraziti, in jo usmeril proti zunanjim motilcem. Na ta način sem ji omogočil, da se je njena jeza izrazila posredno, kar je prineslo olajšanje in ji dalo občutek, da so njena čustva sprejeta in razumljena. Takoj po moji intervenciji, ko sem utišal ljudi na hodniku, sem pomislil, da gre morda za izraz pacientkine potlačene jeze, ki jo sama ni mogla neposredno začutiti ali izraziti. S pacientko sva se nato pogovarjala o njenih občutkih, kar je odprlo pomembno temo njenih težav s čutenjem in izražanjem jeze. Projekcijska identifikacija ima v tem kontekstu več funkcij: omogoča pacientki, da se njena potlačena čustva izrazijo in so prisotna v terapevtskem prostoru, čeprav posredno. Hkrati terapevt začasno prevzame njena čustva in s tem olajša občutek varnosti in sprejetosti, ki spodbuja njeno raziskovanje teh občutkov. Ta dogodek je tako poudaril pomen fizične zasebnosti in terapevtove občutljivosti na pacientkina čustva ter odprl pomembno temo, ki je prispevala k njenemu napredku v terapevtskem procesu. Ob tem se odpira tudi dilema: ali je bilo bolj koristno stopiti ven in zagotoviti prostorsko varnost z utišanjem hrupa, kar je pacientki prineslo olajšanje, ali pa bi bilo bolje ne odreagirati in ostati nevtralen. Nevtralnost bi ji morda omogočila, da sama prepozna in raziskuje svojo jezo, medtem ko ji je moj odziv v tem primeru posredno omogočil občutka olajšanja in varnosti, ki sta ji omogočila, da se je v terapevtskem prostoru lažje odprla in raziskovala težavna čustva, ne da bi jo ta preplavila.

Doslednost in stalnost terapevtskega prostora delujeta kot pomembno sidrišče za paciente, ki pogosto doživljajo notranje pretrese in negotovost. Stalna postavitev pohištva ter predvidljivost elementov v prostoru, kot so specifična razporeditev pohištva ali prisotnost določenih dekorativnih predmetov, ustvarjajo varno

okolje, kjer se pacienti počutijo udobno in sprejeto. Predvidljivost omogoča, da pacienti razvijejo zaupanje v terapevtski prostor, saj se s tem krepi občutek varnosti. Že majhni premiki, kot je rahla sprememba kota usmerjenosti stola, lahko vplivajo na občutek varnosti in stabilnosti pacienta, še posebej kadar predeluje težke čustvene vsebine. V teh trenutkih terapevt lahko z besedami ali pojasnili pacienta podpre, da občutek varnosti ostane trden tudi ob manjših spremembah v prostoru (McWilliams, 1999).

Stabilno okolje ima temeljno vlogo pri razvoju transfernih dinamik, ki so bistvo psihoanalitične terapije. Pacienti potrebujejo občutek varnosti, da lahko na terapevta projicirajo svoje čustvene vsebine in notranje konflikte, kar omogoča globlji vpogled v njihove duševne procese (Wallerstein, 1986). V primeru uporabe skupne terapevtske sobe na naši fakulteti so prilagoditve prostora, ki so jih zahtevali različni terapevtski pristopi, pacientom pogosto povzročale občutek dezorientacije in nelagodja. To jih je odvrnilo od poglobitve v proces, kar smo opazili tako v lastnih izkušnjah kot tudi skozi supervizijo edukantov. Te ugotovitve še dodatno poudarjajo pomen doslednosti in domačnosti terapevtskega prostora, saj s tem ustvarjamo varno okolje, ki podpira razvoj transferja in krepi terapevtsko delovno zvezo.

### 3. **Terapevtska dinamika in upravljanje meja**

#### 3.1. **Prostorski in psihološki okvir terapije**

Upravljanje meja v psihoanalitični terapiji presega zgolj fizično ureditev terapevtske sobe in zajema tudi psihološke ter odnosne meje. Te meje pomagajo vzdrževati profesionalno distanco, ki pacientom omogoča občutek varnosti in spodbuja njihovo osredotočenost na introspektivno delo. Vključujejo tako fizične kot psihološke elemente, ki ohranjajo celovitost terapevtskega procesa ter omogočajo globlje raziskovanje nezavednih vsebin (Langs, 1978).

Fizična postavitve v terapevtski sobi ni zgolj praktična odločitev, temveč ima pomemben terapevtski in simbolni pomen. Prostorska ločitev, kjer imata terapevt in pacient ločena, specifična mesta za sedenje, ustvarja psihološke meje, ki omogočajo ohranjanje strokovne distance. Ta razdalja vzpostavi varno in strukturirano okolje, v katerem se pacient počuti varnega, terapevt pa lahko z večjo objektivnostjo spremlja proces, ne da bi se osebno vpletal. Kot poudarja Langs (1978), je ta prostorska ureditev bistvena za učinkovitost terapije, saj terapevtu omogoča, da z distance zadržuje pacientove čustvene vsebine in jih ohranja v nadzorovanem prostoru.

Postavitve terapevtovega in pacientovega sedeža tudi spodbuja specifično terapevtsko dinamiko, kjer ima pacient priložnost za introspektivno raziskovanje

brez neposrednega vizualnega stika z terapevtom (Gabbard, 2010). V tradicionalni psihoanalitični praksi je terapevtov položaj pogosto za pacientom ali ob njem, kar omogoča pacientu, da se osredotoči nase brez motenj običajnih socialnih interakcij. Freud (1913) je na primer uvedel kavč, da bi zmanjšal vpliv terapevtove telesne govornice na proces in pacientu omogočil bolj poglobljeno raziskovanje nezavednih vsebin.

Nasprotno pa postavitve "vis-à-vis", kjer sta terapevt in pacient obrnjena drug proti drugemu, poudarja drugačno terapevtsko dinamiko. Očesni stik in izrazi obraza postanejo ključni del terapevtskega dialoga. Langs (1978) ugotavlja, da lahko ta postavitve spodbuja bolj neposredno in interaktivno izmenjavo, kar krepi pacientov občutek, da je viden in razumljen. John Steiner v svojem delu *Videti in biti viden* (2011) raziskuje, kako očesni stik in opazovanje v terapevtskem okolju vplivata na občutke sramu in ranljivosti. Pri nekaterih pacientih lahko neposreden pogled terapevta sproži intenzivna čustva, kar je lahko koristno pri obravnavi tem, povezanih s samopodobo in medosebnimi odnosi (Steiner, 2011).

Prehod iz "vis-à-vis" pozicije na kavč pogosto pomeni pomembno spremembo v pacientovem terapevtskem procesu, vendar prinaša tudi izzive. Ko pacienti zasedejo položaj na kavču in me ne morejo več videti, izgubijo vizualne znake moje telesne govornice, kar lahko poveča njihovo negotovost. Vizualni stik v "vis-à-vis" postavitvi pacientom nudi občutek varnosti, saj lahko spremljajo moje izraze in odzive, kar jim daje občutek podpore. Gabbard (2010) izpostavlja, da ta sprememba lahko pri nekaterih pacientih povzroči občutke izpostavljenosti ali ranljivosti, kar začasno poveča njihovo anksioznost.

Prehod na kavč lahko omogoči globlje raziskovanje nezavednih vsebin, saj pacienti postanejo manj osredotočeni na terapevtove odzive in se bolj potopijo v svoje notranje doživljanje. Ta premik fokusa pogosto olajša introspektivno fazo terapije, kjer pacienti lažje dostopajo do globljih čustvenih vsebin (Gabbard, 2010; Lemma, 2016). Vendar ta sprememba ni vedno primerna za vsakogar ali vsakršen trenutek terapije. Kot navajata Sandler in Dreher (2003), lahko pacienti, ki so še vedno močno odvisni od terapevtovih signalov, ob prehodu na kavč občutijo povečano tesnobo, negotovost ali celo strah pred izgubo nadzora. Terapevt mora tako skrbno presoditi, kdaj je primeren trenutek za takšno spremembo, in oceniti, ali je pacient nanjo dovolj pripravljen, saj le tako lahko varno nadaljuje proces raziskovanja.

Ta proces prilagajanja terapevtskega okvira pacientovim potrebam zahteva subtilno obravnavo. Premik iz "vis-à-vis" pozicije na kavč ni le fizična sprememba, temveč tudi globoka psihološka preobrazba, kjer terapevt postane manj viden in s tem manj centralen v pacientovem zavedanju. To lahko omogoči večji dostop do nezavednega, hkrati pa ohranjanje vizualnega stika pogosto razkrije

pomembne vsebine, povezane z občutki varnosti, sramu in nadzora (Gabbard, 2001). Pri nekaterih pacientih je ta stik za napredek nujen, zato niso vedno primerni za takojšen prehod na kavč.

Winnicott v svojem konceptu čustveno opornega okolja (angl. holding environment) poudarja, da mora biti prehod postopen in skrbno prilagojen trenutnemu stanju pacienta ter njegovi zmožnosti prenašanja frustracij, ki jih lahko takšna sprememba prinese. Terapevtski okvir mora omogočati varno soočanje s frustracijami, kar pacientu omogoča, da postopoma razvija večjo toleranco do čustvenih napetosti in nezavednih konfliktov, ne da bi bil preobremenjen (Winnicott, 1960).

Ta kompleksna dinamika terapevtskega okvira poudarja potrebo po skrbnem ravnotežju med ohranjanjem občutka varnosti in spodbujanjem globljih vpogledov v pacientove notranje konflikte. Vsaka sprememba v postavitvi prostora ali dinamiki odnosa zahteva preiščen pristop, saj ima lahko velik vpliv na pacientovo sposobnost predelave čustvenih vsebin in raziskovanja nezavednih konfliktov (Ogden, 1982).

### 3.2. Finančni okviri v terapiji

Finančni okviri v psihoanalitični psihoterapiji niso zgolj tehnična določila o honorarjih, ampak so del širšega okvira terapevtskega odnosa, ki vključuje odnosne in psihološke meje. Jasni dogovori glede plačila ne le krepijo profesionalnost, ampak tudi pomagajo ustvariti varno in predvidljivo okolje za pacienta, ki podpira njegov terapevtski proces. Po Gabbardu (2010) je razprava in dogovor o honorarjih že na začetku terapije bistvena za postavljanje pričakovanj in preprečevanje nesporazumov.

Vzpostavitev jasnih finančnih dogovorov že na začetku terapije, ki vključujejo honorarje, pogoje plačila in politike za izostala srečanja, je izjemnega pomena. To preprečuje morebitne konflikte in zagotavlja, da sta obe strani seznanjeni s svojimi odgovornostmi in pričakovanji. Ta preglednost pomaga graditi zaupanje in krepiti profesionalno naravo terapevtskega odnosa (Zur, 2007).

Finančni vidiki terapije lahko pomembno vplivajo na terapevtski proces, saj plačevanje storitve pri pacientih pogosto vzbudi občutke, kot so hvaležnost, krivda, sram, vrednost ali zamere, ki lahko odražajo njihova globlja prepričanja o lastni vrednosti in upravičenosti (Gabbard, 2010). Ta občutja postanejo dragocen terapevtski material, saj terapevt in pacient skozi proces raziskujeta pacientove odnose z denarjem, nadzorom in odvisnostjo. Nekateri pacienti redno plačevanje dojemajo kot simbol predanosti in prepoznavanja vrednosti terapevtske izkušnje, medtem ko lahko nepripravljenost za plačilo ali poskusi pogajanja o honorarju nakazujejo globlje odnosne vzorce in nezavedne konflikte (Gabbard, 1994).

Poleg tega pacienti na terapevta pogosto projicirajo svoja čustva do denarja in avtoritete, kar zahteva, da terapevt natančno spremlja svoje lastne reakcije, da ta vprašanja ne motijo terapevtskega procesa. Če terapevt ni pozoren, lahko njegovi osebni občutki o denarju – na primer potreba po potrditvi ali občutek odgovornosti – nehote vplivajo na nevtralnost terapevtskega prostora in s tem ovirajo proces raziskovanja pacientovih vsebin. Prepoznavanje in raziskovanje teh transfernih in kontratransfernih dinamik omogoča poglobljeno razumevanje pacientovega notranjega sveta ter dodatno obogati terapevtsko delo (McWilliams, 1999).

Etika ima svojo pomembno vlogo pri upravljanju finančnih okvirov v terapiji. Preglednost, pravičnost in doslednost so temeljna načela, ki vodijo etične finančne prakse v psihoterapiji. Terapevti morajo jasno ubesediti svoje honorarje, pogoje plačila in morebitne spremembe, da pacienti dobijo popolne informacije in lahko sprejmejo finančne pogoje njihovega zdravljenja (Gabbard, 2016).

Poleg preglednosti so pomembni tudi praktični vidiki, kot so dosledno izdajanje računov, pravočasna obravnava zamud pri plačilih in izostankih. Pomembno je tudi, da terapevti finančna vprašanja naslovijo neposredno in spoštljivo, kadar se ta pojavijo, ter zagotovijo, da so ti pogovori obravnavani z enako skrbnostjo in občutljivostjo kot katerikoli drugo terapevtsko vprašanje (Zur, 2007).

Poleg tega morajo terapevti paziti na lastne finančne meje, da bi se izognili situacijam, kjer bi finančni stres ali navzkrižja interesov lahko ogrozila integriteto terapevtskega odnosa. To vključuje etično upravljanje višine svojih honorarjev, upoštevanje finančnega bremena tako terapevta kot pacienta in izogibanje dvojnih odnosov, ki bi lahko izhajali iz finančnih zapletov (Gabbard, 2016).

V svoji klinični praksi sem delal s pacientko, ki je imela težave s sprejemanjem finančnih vidikov terapije. Pogosto je izražala nezadovoljstvo glede plačevanja, saj je verjela, da bi morala biti terapija zanj brezplačna. To nezadovoljstvo ni bilo povezano zgolj z denarjem, temveč je odražalo globlje psihološke dinamike, povezane z njeno željo po ekskluzivnem osebnem odnosu, kjer ne bi bila omejena s profesionalnimi normami in me ne bi delila z drugimi pacienti in ljudmi iz mojega osebnega življenja. S tem je izražala občutke odvisnosti, upravičenosti in potrebo po nadzoru nad terapevtskim prostorom, kar je služilo kot obramba pred njenimi občutki nemoči in ranljivosti.

Njeno vedenje lahko razumemo skozi teorijo Melanie Klein, zlasti njen koncept projekcijske identifikacije (Klein, 1946). Pacientka je nezavedno projicirala svoje občutke nemoči in odvisnosti name kot terapevta pričakujoč, da bom zapolnil vrzeli, ki jih ni prejela v otroštvu. Pričakovala je, da bom izpolnil njene potrebe po ljubezni, varnosti in skrbništvu, kar je v skladu s Kleinovim

konceptom reparacijskih fantazij – njen nezavedni poskus popravljanja ranjene notranje podobe pomembnega drugega, v tem primeru idealiziranega starša. Hrepenela je, da bi bil terapevt kot idealizirani starš, ki bi ji nudil vse, kar ji v otroštvu ni bilo dano, in s tem zmanjšal njene tesnobe in občutke pomanjkanja (Klein, 1957).

Ugotavljamo, da če bi terapevt ugodil njenim zahtevam, bodisi v smislu prilagoditve finančnih dogovorov bodisi vzpostavitve bolj osebnega odnosa, bi s tem okreplil njeno nezavedno dinamiko projekcijske identifikacije. Namesto da bi pacientka razumela svoje notranje konflikte in prepoznala, kako projicira svoje občutke nemoči in odvisnosti na terapevta, bi se njeni fantazijski obrambni mehanizmi okrepili. S tem bi terapevt nevede ohranil pacienta v regresivni dinamiki, kjer bi ostala odvisna od zunanje podpore in nezmožna, da te občutke integrira vase. Posledica tega bi bila, da bi pacientka ostala ujetnica svojih reparacijskih fantazij, kjer bi pričakovala, da zunanji svet (v tem primeru terapevt) zadosti vsem njenim potrebam. To bi oviralo njen psihološki razvoj in sposobnost, da prevzame odgovornost za svoje čustveno stanje. Namesto da bi se soočila z realnostjo omejitev v odnosih in se naučila obvladovati občutke frustracije in nezadostnosti, bi njena pričakovanja glede brezpogojne podpore in ljubezni ostala nerealna. To bi po vsej verjetnosti povzročilo še večje občutke jeze, razočaranja in celo sovraštva, če se terapevt kasneje ne bi mogel več prilagajati njenim zahtevam.

Terapevtova vloga je, da prepozna te dinamike projekcijske identifikacije in jih terapevtsko obdela (McWilliams, 1999). Namesto da bi ugodil pacientkinim zahtevam po brezplačni terapiji ali bolj osebnem odnosu je pomembno, da terapevt pomaga pacientu prepoznati projicirane želje in nerealna pričakovanja ter jih poveže z notranjimi konflikti in potrebami (Gabbard, 2010). Pacientka postopoma začne razumeti, da so ti občutki in fantazije del njenega notranjega sveta, ki jih mora ponovno integrirati vase. To vključuje sprejetje realnosti, da noben terapevt ali zunanji objekt ne more popolnoma zapolniti vrzeli iz otroštva. Sprejemanje teh omejitev omogoča pacientu, da razvije večjo čustveno zrelost in se nauči obvladovati frustracijo, kadar njegove želje niso izpolnjene (Wachtel, 2008).

Kljub temu da sva v terapevtskem prostoru naslavljala te projicirane želje in nerealna pričakovanja, je bilo pacientki težko sprejeti, da terapevtski odnos ne more zadovoljiti vseh njenih čustvenih potreb. Njena fantazija o bolj osebnem odnosu, podobnem partnerstvu, je bila manifestacija njenega prizadevanja za reparacijo in nadzor, kar je v skladu s teorijo Kleinove o dinamiki med uničevalnimi impulzi in poskusi popravljanja odnosa.

Skozi terapevtski proces sva raziskovala tudi njene poskuse nadzora, ki so bili njen način obvladovanja občutkov ranljivosti. Pacientka je postopoma začela prepoznavati svoje nerealne zahteve in fantazije ter se soočati z bolečino, ki je bila skrita pod njimi. Čeprav je sčasoma lažje sprejela meje najinega terapevtskega odnosa, je bila ta realnost zanjo še vedno boleča.

Ta vinjeta ponazarja, kako se finančne in odnosne meje prepletajo v terapevtskem procesu, kjer jasno in etično naslavljanje teh vprašanj prispeva k pomembnemu napredku pri razumevanju in razreševanju globoko zakorenjenih psiholoških konfliktov. Finančne meje so pomemben del terapevtskega okvira, ki vpliva na strukturo, dinamiko in etično integriteto psihoanalitične psihoterapije. Jasni dogovori o plačilu, razumevanje psiholoških implikacij finančnih transakcij ter spoštovanje etičnih smernic so zelo pomembni za zagotavljanje varnega in učinkovitega terapevtskega okolja, čeprav popolna rešitev ni vedno dosegljiva znotraj same terapije.

### 3.3. **Napadanje terapevtskega okvira**

V psihoanalitični psihoterapiji terapevtski okvir pogosto postane simbolični objekt, na katerega pacienti projicirajo svoje notranje konflikte. Način, kako pacienti doživljajo in napadajo terapevtski okvir, odraža njihove globoke nezavedne konflikte glede avtoritete, nadzora in občutka varnosti. Napadanje terapevtskega okvira se pogosto manifestira kot način izražanja teh konfliktov, pri čemer pacienti poskušajo preizkusiti meje in ponovno vzpostaviti nadzor nad terapevtskim procesom (Gabbard, 2010).

Pacienti lahko napadajo terapevtski okvir zavestno ali nezavedno kot način izražanja upora, uveljavljanja nadzora ali manifestacije notranjih psiholoških stisk. Ti napadi se lahko pojavijo v različnih oblikah, kot so zamujanje na srečanja, poskusi spremembe fizične ureditve prostora ali neupoštevanje časovnih omejitev. Na primer, pacient lahko dosledno zamuja kot oblika upora proti terapevtskemu delu, s čimer simbolično zavrača strukturo in meje terapevtskega okvira. Takšno vedenje lahko predstavlja nezavedno željo po sabotiranju napredka ali izogibanju soočanju z bolečim materialom. S tem, ko terapevt obravnava ta vedenja v terapevtskem kontekstu, lahko odkrije globlje plasti pacientove psihe, raziskuje osnovne motivacije in nerešene konflikte, ki vodijo ta dejanja (Langs, 1978; Balint, 1968).

Druga pogosta oblika napadanja terapevtskega okvira vključuje poskuse preureditve terapevtske sobe. Poskusi pacientov, da spremenijo fizično ureditev terapevtske sobe, pogosto simbolizirajo nezavedne težnje po nadzoru in organizaciji kaotičnih notranjih stanj. Na primer, pacient lahko večkrat premakne stol ali prilagodi osvetlitev, s čimer nezavedno izraža svoje notranje želje po

ponovni vzpostavitvi nadzora nad občutki nemoči ali kaosa, ki jih doživlja v svojem življenju (McWilliams, 1999).

Terapevti imamo velikokrat izkušnje, da pacienti preizkušajo meje s podaljševanjem srečanj čez predviden čas. To vedenje lahko kaže na globlje odnosne dinamike, kot so potrebe po odvisnosti ali nezavedni poskusi spreminjanja terapevtskega odnosa iz profesionalnega v bolj osebnega. Terapevti se včasih odločijo, da srečanje podaljšajo čez dogovorjen čas, na primer zato, ker je pacient v ranljivi fazi ali ker ne želijo prekiniti pomembnega procesa. Vendar je ključno, da terapevt ohranja terapevtski okvir, saj ta pomaga uravnati tudi pacientove meje in krepi strukturo terapije. Neustrezno podaljševanje srečanj lahko pacienta nevede spodbuja k preizkušanju meja, kar lahko oslabi terapevtski odnos in povzroči zmedo glede terapevtskih meja (Gabbard, 2010; McWilliams, 1999). Ohranjanje časovnih omejitev je pomemben vidik terapevtskega okvira, ki zagotavlja, da terapija poteka znotraj varnih in predvidljivih meja. Ko terapevt vztraja pri koncu srečanja in s tem prekine pacienta, lahko s tem vzbudi reakcijo, ki odpre pomembne teme za nadaljnje terapevtsko delo. Ta reakcija lahko razkrije nezavedne konflikte, občutke zavrženosti, strah pred zapuščenostjo ali željo po kontroli. Obravnavanje teh kršitev meja omogoča globlje raziskovanje pacientovega notranjega sveta in odnosnih vzorcev in je bistveno za ohranjanje integritete terapevtskega procesa (Yalom, 2002). Čeprav terapevt vztraja pri točnem zaključku, je način, kako pacienta prekine, ključnega pomena. Sočutno ubesedenje zaključka in pojasnitev razlogov za prekinitev lahko pripomoreta k temu, da je za pacienta ta trenutek manj boleč in bolj razumljiv. Tak pristop ohranja terapevtsko varnost in omogoča pacientu, da prepozna omejitve z manj občutki zavrženosti ali zmede.

Ohranjanje trdnega terapevtskega okvira pomembno prispeva k občutku varnosti, ki ga pacient potrebuje za raziskovanje svojih najglobljih konfliktov. Ko terapevt vztraja pri mejah, pacientu omogoči, da se sooči s svojo tesnobo, projekcijami in strahovi, kar je nujen korak v procesu psihoanalitičnega raziskovanja in notranje preobrazbe. Na ta način terapevt ne le krepi pacientov občutek varnosti, temveč tudi spodbuja razvoj notranje strukture, večjo toleranco na frustracije ter kapaciteto za odlaganje zadovoljitve, kar so elementi v procesu notranje rasti in zrelosti (Winnicott, 1965).

## 4. Časovni okvir

### 4.1. Pogostost srečanj

Pogostost srečanj v psihoanalitični terapiji ima osrednjo vlogo pri vplivu na terapevtski proces in njegovo učinkovitost. Klasična psihoanalitična praksa

pogosto zagovarja več srečanj tedensko, običajno od tri do pet srečanj na teden. Takšna visoka frekvenca omogoča pacientu globljo vključenost v nezavedne procese in intenzivnejše raziskovanje notranjih konfliktov, saj pogostejši stiki ohranjajo kontinuiteto terapevtskega dela in podpirajo proces globoke notranje preobrazbe (Greenson, 1967). Pogostejša srečanja krepijo terapevtski odnos in tudi pospešujejo razvoj transfernih dinamik, ki so velikega pomena za terapevtski napredek. Bolj pogosta srečanja pacientom omogočajo tudi hitrejši dostop do nezavednega materiala, saj med srečanji mine manj časa, kar zmanjša možnost za uporabo obrambnih mehanizmov, ki bi sicer zakrili občutljive vsebine (Balint, 1968).

Ta dinamika je še posebej pomembna za paciente z globoko ukoreninjenimi čustvenimi konflikti, travmami ali resnimi psihološkimi težavami, kot so osebnotne motnje, kompleksna travma, dolgotrajna depresija in težke anksiozne motnje. Višja frekvenca omogoča terapevtu boljše spremljanje pacientovega čustvenega odzivanja in hitrejšo zaznavanje morebitnih sprememb v pacientovem psihološkem stanju. To zmanjšuje tveganje, da bi pacient med srečanji okrepil svoje obrambe ali zanikal napredek, ki ga je dosegel na prejšnjih srečanjih (Gabbard, 2010).

Optimalna pogostost srečanj ni univerzalna in mora biti prilagojena posamezniku. Pri nekaterih pacientih lahko več srečanj na teden sproži preplavljanje s čustvi ali celo poveča anksioznost. Priporočljivo je, da terapevt frekvenco srečanj prilagodi pacientovi zmožnosti prenašanja čustvene intenzivnosti in toleranci na frustracije. Medtem ko visokofrekvenčna srečanja lahko koristijo določenim pacientom, pa pri drugih povzročijo umik iz terapevtskega procesa ali povečanje obrambnih mehanizmov. Takšen odziv je pogosto posledica prevelikega pritiska, ki ga lahko sprožijo prehitro odkriti nezavedni konflikti (Wallerstein, 1986).

Pri nekaterih pacientih je opaziti potrebo po več časa med posameznimi srečanji, kar jim omogoča refleksijo in integracijo terapevtskih vpogledov. Nekateri posamezniki so bolj primerni za srečanja enkrat na teden ali manj, saj potrebujejo več časa za procesiranje globokih čustvenih vsebin. Pacienti, ki imajo težave s toleranco na frustracije ali so bolj nagnjeni k anksioznim izbruhom, lahko prekomerna frekvenca srečanj preplavi, kar vodi v odpor ali regresijo (McWilliams, 1999).

Pogostost srečanj ne vpliva le na terapevtski napredek, temveč tudi na vzpostavljanje in vzdrževanje transfernih dinamik. Langs (1978) poudarja, da redna srečanja prispevajo k občutku stabilnosti in kontinuitete, ki sta temeljna za ohranjanje povezave z nezavednim materialom. Če je med srečanji preveč časa, lahko pacient nezavedno obnovi svoje obrambe, kar oteži dostop do globljih vsebin. Nasprotno pa Yalom (2002) opozarja, da lahko manj pogosta srečanja

upočasnjajo terapevtski napredek, kar je sicer lahko primerno za paciente, ki potrebujejo več časa za premislek ali imajo zaseden urnik, a pri drugih povzroči izgubo globine in kontinuitete v terapevtskem procesu.

Ilustrativen primer vpliva pogostosti srečanj je vključeval pacienta, ki je zaprosil, da bi se najina srečanja povečala iz enkrat na dvakrat tedensko. Ta zahteva se je zdelala kot odraz nezavednega, da bi pogostejša srečanja razkrila pomembne nezavedne vsebine. Že v prvem tednu te spremembe sva se s pacientom resnično srečala s pomembnimi transfernimi vprašanji in odkrila globoke čustvene rane. Ta sprememba v frekvenci srečanj je omogočila bolj intenzivno raziskovanje in obdelavo, kar je znatno pospešilo pacientov terapevtski proces.

Pri drugi pacientki, ki je obiskovala terapijo enkrat tedensko, sem opazil, da se je pogosto začela odpirati šele proti koncu srečanj. Zaradi dolžine razmika med srečanji se je pogosto ukvarjala z bolj površinskimi temami. Ko sva prešla na srečanja dvakrat tedensko, so se hitro pojavile globlje čustvene teme, ki jih prej nisva uspela v celoti obdelati. To mi je pokazalo, kako pomembna je pogostost srečanj za zagotavljanje kontinuitete v terapevtskem procesu in za vzdrževanje stika z nezavednim materialom, ki se pojavlja med srečanji.

Pogostost srečanj je pomemben dejavnik tudi za končno dolžino terapije. Bolj pogosta srečanja omogočajo pacientu hitrejši dostop do vpogledov in nezavednih vsebin, kar pogosto pospeši terapevtski napredek in skrajša celotno trajanje terapije. Pri manj pogostih srečanjih pa pacient potrebuje več časa, da doseže enake vpoglede, saj mora ob vsakem srečanju znova «odkopavati» vsebine, ki so se v vmesnem času «zasule» z obrambami in vsakodnevnimi skrbmi. To je podobno kopianju luknje v zemlji - če med srečanji mine preveč časa, se v luknji znova nabere zemlja in se «odkopavanje» začne znova.

Pogostost srečanj mora torej vedno temeljiti na individualnih potrebah pacienta in njegovih specifičnih čustvenih zmožnostih. Medtem ko bolj pogosta srečanja omogočajo hitrejši napredek in globlje delo, lahko pri nekaterih pacientih povzročijo preplavitev ali povečajo odvisnost od terapevta. Ravnoesje med ustrezno frekvenco in pacientovo zmožnostjo prenašanja čustvenih vsebin je izjemnega pomena za uspešno terapevtsko delo.

#### 4.2. **Terapevtova odsotnost in njeni učinki**

Odsotnost terapevta, bodisi zaradi dopusta ali drugih razlogov, je lahko za nekatere paciente pomemben dogodek, ki močno vpliva na terapevtski proces. Zlasti v psihoanalitični terapiji, kjer je terapevtski odnos globoko prepleten z dinamiko transferja in terapevtova odsotnost pogosto simbolizira izgubo pomembnega objekta, lahko prekinitev srečanj aktivira nezavedne konflikte, povezane s strahovi pred zapuščenostjo, občutki negotovosti ali celo fantazijami

o terapevtovi zapustitvi. Pacienti z mejno osebnostno organizacijo pogosto bolj občutljivo reagirajo na odsotnost terapevta, saj so njihove obrambne strategije usmerjene v preprečevanje občutka izgube in zavrženosti. Ti odzivi izhajajo iz preteklih izkušenj zapuščenosti in lahko močno vplivajo na pacientov notranji svet in čustveno stanje, še posebej če so zgodnji objekti v pacientovem življenju povzročili podobne občutke izgube (McWilliams, 1999; Kernberg, 1996).

V tednih pred terapevtovim dopustom se pogosto pojavljajo nezavedni namigi o pacientovih strahovih. Pacienti lahko začnejo bolj odkrito spraševati o osebnih podrobnostih terapevtovega življenja, zlasti o načrtih za dopust kot načinu zagotavljanja, da niso prezrti ali pozabljeni. Takšne teme lahko razkrijejo globlje občutke negotovosti, povezane s pacientovo nezmožnostjo kontroliranja terapevtske situacije (Gabbard, 2004). Na primer pacient, ki je bil kot otrok pogosto zapuščen, je pred mojim dopustom začel izražati zaskrbljenost glede tega, ali bo v moji odsotnosti prepuščen sam sebi. Njegova tesnoba se je kazala skozi vprašanja o tem, kaj se bo dogajalo z njegovimi terapevtskimi srečanji in občutek negotovosti glede mojega povratka. Skozi to skrb se je razkrilo nezavedno dožemanje, da moja odsotnost simbolizira zapuščenost, kar je sprožilo močno tesnobo. Winnicott (1965) je poudaril, da lahko odsotnost pomembne osebe pri pacientih sproži regresijo, povezano z zgodnjimi izkušnjami z objektom, kar vodi do globokih občutkov ranljivosti.

V tem kontekstu lahko odsotnost terapevta v pacientu sproži regresivne mehanizme obrambe, kar se izraža na različne načine. Pri nekaterih pacientih se pojavi povečana jeza ali občutek zanemarjenosti, kar je lahko odraz njihovega doživljanja terapevta kot objekta, ki jih zapušča v trenutkih, ko ga najbolj potrebujejo (Ogden, 1982). Pri drugih pacientih se lahko izrazijo bolj pasivni odzivi, na primer občutek, da so nesposobni sami reševati svoje težave, kar poudarja njihovo odvisnost od terapevta. McWilliams (1999) opozarja, da lahko pacienti v času terapevtove odsotnosti okrepijo obrambne mehanizme, ki preprečujejo, da bi vstopili v stik z bolj bolečimi čustvenimi stanji. Pomembno je, da terapevti prepoznajo te dinamike in jih naslovijo že pred svojo odsotnostjo, da bi pacientom omogočili, da v varnem terapevtskem prostoru obravnavajo svoje strahove in čustva.

V enem od primerov sem se s pacientko, ki je večkrat mesece vnaprej omenjala svoje skrbi glede načrtovanja prihodnosti in težko prenašala občutek negotovosti. Bolj ko se je bližal moj dopust, bolj so te teme postajale izrazite, pogosto pa se je sklicevala na svojo potrebo po nadzoru in urejenosti v življenju. Njena vprašanja so se nevsiljivo usmerjala v podrobnosti mojega urnika in načrtov. Čeprav ni neposredno izražala skrbi, da bi bila prepuščena sama sebi, je njeno vedenje izdajalo napetost, ki jo je spremljala ob občutkih zapuščenosti in pomanjkanja

opore v preteklosti. Pogosto je poudarjala, kako pomembno ji je imeti vse vnaprej določeno, a sva skozi raziskovanje teh občutkov ugotovila, da se za temi vprašanji skriva nezavedni strah pred zapustitvijo, ki ga ni mogla izraziti neposredno. Ta strah je bil povezan s spomini na otroštvo, ko je pogosto ostajala sama in brez čustvene podpore staršev. To raziskovanje je osvetlilo globoko zakoreninjen strah pred zapuščenostjo, ki ga je prenašala tudi na terapevtski odnos. Skozi projiciranje teh strahov name kot terapevta je nezavedno ustvarjala dinamiko, v kateri me je doživljala kot nekoga, na katerega se močno zanaša, hkrati pa ga poskuša nadzorovati, da bi omilila svojo tesnobo. Ta primer potrjuje Kleinovo teorijo, po kateri pacienti projicirajo svoje strahove in občutke zapuščenosti v terapevta, kar krepi njihovo doživljanje terapevta kot vseobsegajočega in nadzorujočega objekta (Klein, 1946).

Ko terapevt po dopustu ponovno začne srečanja, je pomembno, da se loti tem, ki so se pojavile med njegovo odsotnostjo. Nekateri pacienti morda izrazijo neposredna čustva jeze ali žalosti, drugi pa bodo morda bolj pasivno zanimali pomembnost terapevtovega dopusta, kar pa je pogosto obrambni mehanizem. Pacienti s strukturiranimi obrambami pogosto zanikajo pomembnost terapevtove odsotnosti, kar je način, kako se zaščitijo pred občutki ranljivosti. S prepoznavanjem teh obramb in raziskovanjem, kako se je pacient počutil med terapevtovo odsotnostjo, terapevt omogoči pacientu, da ozavesti svoje občutke izgube in osamljenosti ter jih začne predelovati na varen način (Kernberg, 1975).

Odsotnost terapevta lahko ponudi tudi priložnost za pacientovo osebno rast. V obdobjih brez terapije se pacient sooča z lastnimi občutki negotovosti in tesnobe brez stalne terapevtove podpore, kar lahko prispeva k večji avtonomiji. Odsotnost terapevta spodbuja pacientovo samostojno reševanje čustvenih kriz, kar krepi njegove notranje vire. V moji praksi sem opazil, da so nekateri pacienti po vrnitvi terapevta pogosto izrazili večje zaupanje v svoje sposobnosti obvladovanja težkih situacij brez neposredne podpore. Tovrstne izkušnje so pomemben korak k razvoju večje samostojnosti in odpornosti v dolgotrajni terapiji (Holmes, 2014). Fonagy in Target (1996) prav tako opozarjata, da odsotnost terapevta pacientu omogoča večjo refleksijo o svojem notranjem doživljanju in povečuje občutek osebne odgovornosti.

Kljub temu odsotnost terapevta ne prinaša vedno pozitivnih učinkov. V določenih primerih lahko dolgotrajna odsotnost ali nenaden odmor povzroči, da se pacient zateče k starim obrambnim mehanizmom in odporom, kar upočasni terapevtski napredek. V takih primerih je pomembno, da se po terapevtovi vrnitvi ponovno vzpostavi občutek varnosti in kontinuitete, kar omogoča pacientu, da ponovno vzpostavi stik z globljimi čustvenimi vsebinami. Winnicott (1965) je v svojem konceptu podpornega okolja poudarjal, da je terapevtova naloga

zagotavljanje varnega in stabilnega terapevtskega okvira, tudi v primerih, ko terapevt fizično ni prisoten.

Vprašanje, ali je za paciente bolje, da ima terapevt daljši dopust naenkrat ali več krajših odmorov, je za terapevtski odnos pomembno. Daljši dopust terapevtu omogoči boljšo regeneracijo, vendar lahko pri nekaterih pacientih poveča tesnobo in okrepi obrambne mehanizme. Več krajših prekinitev pa je lahko naporno tako za terapevta kot za pacienta, saj vsaka prekinitev terapevtskega procesa pogosto sproži pacientove obrambe, kar lahko ovira kontinuiteto dela; zato je z vidika terapevtske konsistentnosti morda bolj smiselno izbrati en daljši dopust. Vendar pa so nekateri pacienti, še posebej v določenih fazah terapije, izjemno ranljivi na daljše odsotnosti in težko zdržijo brez čustvene podpore. Za te paciente so krajši dopusti pogosto primernejši, saj omogočajo lažje ohranjanje občutka stabilnosti in kontinuitete.

Wallerstein (1986) poudarja, da je pomembno prilagoditi odsotnosti glede na individualne potrebe pacientov; krajši dopusti so pogosto primernejši za tiste, ki so bolj ranljivi na občutke zapuščenosti, saj jim omogočajo lažje ohranjanje psihološke povezanosti s terapevtom. Ne glede na to, ali terapevt izbere daljši dopust ali več krajših odmorov, je pomembno, da se teme, ki se pojavijo zaradi odsotnosti, raziskujejo pred, med in po odsotnosti. To omogoča pacientu, da se sooči s svojimi strahovi pred izgubo, zapuščenostjo ali negotovostjo, kar prispeva k večji čustveni stabilnosti in samostojnosti.

#### 4.3. Trajanje srečanj

Tradicionalno trajanje psihoanalitičnih srečanj je med 45 in 50 minutami, kar temelji na klasičnih smernicah Sigmunda Freuda (1913). Freud je poudarjal, da jasno opredeljeno trajanje omogoča ohranjanje osredotočenosti na terapevtski proces in preprečuje čustveno preplavljenost pacienta. Dolžina srečanja je zasnovana tako, da omogoča globoko raziskovanje čustvenih in nezavednih vsebin, hkrati pa pacientu in terapevtu nudi dovolj strukturiran čas za obvladovanje intenzivnosti, ki se lahko pojavi v obravnavi.

Standardno trajanje srečanja predstavlja pomemben element terapevtskega okvira. Kot poudarja McWilliams (1999), redna srečanja s fiksno dolžino ustvarjajo občutek predvidljivosti in varnosti, kar pacientu omogoča, da vstopi v globlje procese samoraziskovanja. Kljub temu pa ni vsak pacient sposoben v slabi uri v celoti izraziti in predelati svoje čustvene vsebine. Nekateri pacienti potrebujejo več časa za vzpostavitev čustvenega stika, še posebej tisti, ki imajo težave z zaupanjem ali težko vstopajo v čustveno obdelavo kompleksnih tem.

Lastna klinična praksa mi je pokazala, da se pri nekaterih pacientih šele proti koncu srečanja začnejo pojavljati globlje teme. Na primer pacientka, ki je

imela težave z zaupanjem, se je vedno bolj odprla proti koncu ure, zaradi česar je bilo težko obravnavati globoke vsebine v omejenem času. V teh primerih se postavlja vprašanje, ali bi bilo koristno podaljšati trajanje srečanja. Vendar Freud (1913) opozarja, da podaljševanje srečanj lahko spodbuja odvisnost pacienta od terapevta, kar bi lahko ogrozilo dolgoročne cilje terapije, ki vključujejo večjo avtonomijo pacienta.

Razprava o dolžini srečanj je tesno povezana z vprašanjem, kako pacient uporablja čas v terapiji. Yalom (2002) ugotavlja, da predvidljiv časovni okvir omogoča pacientu, da razvije občutek odgovornosti za svoje terapevtsko delo, saj ve, da je čas omejen. Ko se pacient zaveda, da ima na voljo le določeno količino časa, je večja verjetnost, da bo hitreje prešel k pomembnim temam, namesto da bi se izgubljal v manj pomembnih vsebinah.

Pri tem se postavlja tudi vprašanje prilagodljivosti dolžine srečanj glede na individualne potrebe pacienta. Wallerstein (1986) predlaga, da mora biti dolžina srečanj prilagojena terapevtskemu cilju in čustveni zrelosti pacienta. Daljša srečanja so lahko koristna v začetnih fazah terapije, ko je pomembno vzpostaviti močan terapevtski odnos ali ko se pacient sooča z intenzivno krizo. Na primer, med kriznimi obdobji ali intenzivnimi terapevtskimi preboji so lahko daljša srečanja ključna za predelavo večjih čustvenih vsebin, ki jih v običajnem času ne bi bilo mogoče obravnavati. Langs (1978) opozarja, da daljša srečanja pacientu omogočajo, da se bolj poglobi v kompleksne psihološke vsebine, ki zahtevajo več časa za razumevanje in obdelavo.

Eden izmed primerov iz moje prakse vključuje pacientko, ki je običajno potrebovala dalj časa, da se čustveno odpre. Po več letih dvakrat tedenskih srečanj sva zaradi njene življenjske situacije začela izvajati dve srečanja zaporedoma v istem dnevu. Zanimivo je bilo opaziti, kako se je v prvi uri pripravljala in šele proti koncu odprla, medtem ko so se v drugi uri sprostile globlje vsebine, ki so bile vzbujene že prej, vendar niso imele dovolj časa za zadovoljivo obdelavo. To je omogočilo bolj intenzivno terapevtsko delo in je zame predstavljalo jasen primer, kako lahko dvojna srečanja pri nekaterih pacientih izboljšajo kakovost terapevtskega procesa.

Kljub tem prednostim pa obstaja tudi tveganje, da daljša srečanja, v mojem primeru dvojna srečanja, lahko sprožijo regresivne obrambne mehanizme. Klein (1946) opozarja, da lahko podaljšana srečanja, še posebej pri pacientih z bolj ranljivo osebnostno strukturo, spodbudijo prekomerno regresijo in odvisnost od terapevta. V takšnih primerih je ključno, da terapevt uravnava dolžino srečanj tako, da pacientu omogoči predelavo pomembnih vsebin, hkrati pa prepreči pretirano odvisnost od terapevtskega odnosa.

Po drugi strani so krajša srečanja lahko primerna za paciente, ki imajo omejeno toleranco na čustveno intenzivnost ali anksioznost. Raziskave sodobne psihoterapevtske prakse kažejo, da lahko krajša, a pogostejša srečanja koristijo pacientom, ki težko prenašajo dolgotrajno čustveno napetost, vendar še vedno potrebujejo redno podporo in stalen stik (Gabbard, 2010; Lemma, 2016; Norcross in Lambert, 2019). Tak pristop lahko omogoči bolj osredotočeno delo z določenimi temami, saj krajša srečanja pogosto preprečijo čustveno preplavljenost pacienta z obsežnejšimi vsebinami, kar omogoča postopno obravnavo težjih tem brez prevelikega pritiska.

Na podlagi svojih kliničnih izkušenj zagovarjam dosledno točnost zaključevanja srečanj, o čemer pišem tudi v naslednjem podpoglavju, saj verjamem, da predvidljivost in jasnost glede časa pacientom zagotavljata občutek varnosti in pomagata ohraniti strukturo terapevtskega procesa. Kljub temu sem v določenih primerih opazil prednosti dvojnih srečanj, kjer pacient potrebuje več časa za globoko raziskovanje čustvenih vsebin. Takšna srečanja lahko omogočijo bolj poglobljeno predelavo težjih tem, zlasti pri pacientih, ki se odpirajo šele proti koncu srečanja. Vendar je za vzdrževanje točnega urnika in stabilnosti terapevtskega procesa pogosto bolj smiselno vpeljati več srečanj tedensko, ki potekajo v zaporednih dnevih, namesto da podaljšujemo posamezna srečanja. Takšna zaporedna srečanja omogočajo večjo kontinuiteto in strukturiranost, kar lahko prispeva k pacientovemu občutku varnosti in omogoči bolj dosleden terapevtski ritem. Tako so večkratna tedenska srečanja lahko pomembno orodje v terapevtskem procesu, vendar jih je treba uporabiti premišljeno in glede na potrebe posameznega pacienta.

#### 4.4. Pomembnost točnosti in zaključevanja srečanj

Točnost v psihoanalitičnih srečanjih je pomembna, saj zagotavlja strukturo in varnost terapevtskega okvira. Začetek in zaključek srečanja ob dogovorjenem času nista zgolj stvar formalnosti, temveč imata pomemben terapevtski pomen. McWilliams (1999) poudarja, da točnost terapevta in pacienta vzpostavljata ton resnosti in predanosti terapevtskemu procesu, kar je bistveno za ustvarjanje varnega in zanesljivega okolja. Predvidljivost časovnih okvirjev pacientom omogoča občutek kontinuitete in stabilnosti, kar je še posebej pomembno pri pacientih, ki se soočajo s težavami, kot so vprašanja zaupanja in zapušenosti (Yalom, 2002).

Dosledno spoštovanje časovnih omejitev terapevtskega srečanja je tudi način, kako terapevt vzpostavi zadržanje (angl. containing)<sup>3</sup>, ki pacientu zagotavlja varnost, saj jasno opredeljene meje prostora in časa omogočajo strukturirano soočanje z intenzivnimi čustvi. Wallerstein (1986) opozarja, da lahko pacienti, ki redno zamujajo ali predčasno odhajajo s srečanj, razkrivajo globlje konflikte ali odpor, povezan z ambivalenco do terapije ali nezavednimi ponovitvami preteklih vedenjskih vzorcev. Z obravnavanjem teh vedenj terapevt odpira prostor za raziskovanje globljih čustvenih tem in odnosnih vzorcev.

Iz lastnih izkušenj v supervizijski praksi sem opazil, da se terapevti včasih izogibajo soočanju s pacientovimi kritičnimi ali ambivalentnimi občutki, kar se lahko odraža skozi vedenja, kot so zamujanje ali podaljševanje srečanj. Če terapevt teh subtilnih znakov ne prepozna in jih ne naslovi, pacienti lahko dobijo vtis, da njihove težke teme v terapiji niso dobrodošle, kar lahko privede do upada zaupanja in celo do prekinitve terapije. Langs (1978) trdi, da raziskovanje te dinamike omogoča terapevtu, da poglobi terapevtski odnos in pomaga pacientu razrešiti blokade, ki ovirajo napredek.

Zlasti pomembno je, da terapevti razumejo, da so pozni prihodi ali podaljševanje srečanj lahko tudi del širših odnosnih projekcij, kjer pacienti terapevta postavijo v vlogo avtoritete ali starševske figure. V teh primerih je pomembno, da terapevt ohranja ravnotežje med empatijo do pacientove perspektive in spoštovanjem terapevtskega okvira, ki zagotavlja varnost obeh strani (Gabbard, 2010). Ena izmed mojih pacientk je na primer redno želela podaljševati srečanja, kar se je izkazalo za nezavedno izražanje njenega hrepenenja po ekskluzivnem odnosu z menoj, podobno kot si je tega želela z materjo v otroštvu. Skozi raziskovanje teh tem sva lahko razkrila njeno globoko potrebo po nadzoru in varnosti ter delala na bolj zdravem odnosnem vzorcu.

Meje terapevtskega srečanja, vključno z začetkom in koncem, so pomembne za zagotavljanje varnosti in strokovnosti v terapiji. Gabbard (2010) poudarja, da te meje omogočajo jasen prehod med terapevtskim prostorom in zunanjim

3 "Zadržanje" je koncept, ki ga je uvedel Wilfred Bion in označuje sposobnost terapevta, da absorbira, predela in obvlada intenzivna čustva pacienta. Terapevt deluje kot "posoda", ki zadrži čustva, jih obdela in nato vrne pacientu na način, ki ta čustva naredi bolj znosna in razumljiva. Zadržanje ustvarja varen terapevtski prostor, kjer lahko pacienti varno raziskujejo svoje nezavedne konflikte in tesnobe, s čimer se spodbuja čustveno rast in zdravljenje. Več o tem pišem v poglavju 5.4. Uporabil sem prevod zadržanje, saj odraža terapevtski pomen koncepta, ki poudarja varno in čustveno sprejemajoče okolje, v katerem se lahko posameznik izrazi in postopoma predela svoja čustva. Tujke "kontejning" nisem želel uporabiti, čeprav se že pojavlja v slovenski literaturi, saj je v strokovni terminologiji pogosto smiselno poiskati ustrezen slovenski izraz. Poslovenjen izraz "zajezovanje" se sicer uporablja v dodatku knjige *Psihoanalitična diagnostika* (McWilliams, 2017), ki jo je leta 2017 poslovenil Branko Gradišnik ob strokovni podpori dr. Bojana Varjačiča Rajka in prof. dr. Marka Snoja. Vendar pa zajezovanje nosi konotacijo omejevanja ali preprečevanja, kar se oddaljuje od bistva terapevtskega pojma, ki v Bionovem konceptu poudarja bolj sprejemanje in procesiranje čustvenih vsebin kot njihovo zaviranje.

svetom, kar pacientu pomaga ohranjati varno okolje za raziskovanje nezavednega materiala in globokih čustvenih tem. S spoštovanjem teh meja terapevt krepi zaupanje v proces, kar je ključno za dolgoročno terapevtsko delo.

## 5. Odnosni okvir

### 5.1. Dinamika med terapevtom in pacientom

Odnosni okvir psihoanalitične terapije temelji na subtilni in kompleksni dinamiki med terapevtom in pacientom, kjer se prepletata pacientov nezavedni transfer in terapevtovi odzivi na ta čustva (kontratransfer). Transfer in kontratransfer nista zgolj pojava, ki se naravno pojavita v terapevtskem odnosu, ampak predstavljata terapevtski orodji za vpogled v pacientov notranji svet in njegove nezavedne konflikte. Freud (1917) je prvi opisal transfer kot fenomen, kjer pacienti nezavedno projicirajo občutke, stališča in želje iz preteklih odnosov na terapevta. Na primer pacient, ki terapevta doživlja kot avtoritativno ali kritično figuro, morda ponavlja vzorec, ki izvira iz odnosa z enim od staršev. V takih trenutkih terapevtova sposobnost, da ostane nevtralen in ne reagira na projekcije, omogoča pacientu, da začne prepoznavati in predelovati ta čustva.

Kontratransfer, ki ga je Freud (1910) sprva konceptualiziral kot terapevtove nezavedne reakcije na pacienta, danes razumemo širše, kot vso paleto terapevtovih čustvenih odzivov, ki so lahko uporabni tudi v terapevtskem procesu. Ti odzivi namreč ne izvirajo zgolj iz terapevtovih lastnih nerešenih konfliktov, ampak so pogosto odraz pacientovega nezavednega, ki ga terapevt skozi svoje čustvene reakcije prepoznava. Sodobni psihoanalitiki poudarjajo, da je kontratransfer lahko dragocen vir vpogleda v pacientovo doživljanje, če ga terapevt uspe pravilno razumeti in uporabiti (Gabbard, 2010).

Projekcijska identifikacija, pojem, ki ga je razvila Melanie Klein (1946), dodaja še en pomemben vidik terapevtske dinamike. V projekcijski identifikaciji pacient nezavedno projicira svoje čustvene vsebine na terapevta, ki te vsebine nato čuti in doživlja, kar terapevtu omogoča globlji dostop do pacientovega notranjega sveta. Ta proces je pogosto subtilen in zahteva od terapevta visoko stopnjo zavedanja, saj lahko projekcije v terapevtu povzročijo močne čustvene odzive. Terapevt, ki je usposobljen za prepoznavanje in obvladovanje teh projekcij, lahko nato pomaga pacientu, da te razcepljene dele sebe ponovno integrira in jih predela.

V praksi sem pogosto opazil, kako pomembno je prepoznavanje teh nezavednih dinamik za napredek terapije. Ena izmed mojih pacientk me je na primer začela doživljati kot kritično in oddaljeno figuro, kar je povzročilo napetosti v najinem odnosu. Sprva sem čutil nenavadno jezo in frustracijo, kar je bil močan znak, da se odvija projekcijska identifikacija. Namesto da bi reagiral na njeno

projekcijo, sem jo povabil k raziskovanju teh čustev. Postopoma je prepoznala, da sem postal nadomestna figura za njenega očeta, ki jo je pogosto kritiziral in ni bil čustveno dostopen. Prepoznavanje teh vzorcev ji je omogočilo, da je začela proces predelovanja čustvenih ran iz otroštva.

Ob tem je pomembno, da terapevt ohranja profesionalne meje in se zaveda svojih reakcij. Če terapevt ni sposoben prepoznati projekcij in lastnih kontratransfernih odzivov, lahko nehote ponovi pacientove patološke vzorce, kar vodi v ponovitve travm namesto v zdravljenje. Na primer, če bi terapevt reagiral na pacientovo projicirano jezo z defenzivnostjo ali distanco, bi to lahko le okrepilo pacientovo prepričanje, da je terapevt avtoritaren in oddaljen, kar bi oviralo terapevtski proces. Zato je terapevtova ozaveščenost o tem, kako se ti procesi odvijajo, nujna za uspeh terapije.

V svoji klinični praksi sem se pogosto soočal z izzivi ohranjanja nevtralnosti in abstinence, zlasti pri pacientih, ki so me skušali čustveno vpletati ali spreminjati naravo terapevtskega odnosa. Kot poudarja Kernberg (1976), pacienti pogosto nezavedno iščejo erotično ali prijateljsko povezavo s terapevtom, da bi zadovoljili nezavedne potrebe, ki izhajajo iz preteklih travm ali neizpoljenih želja. Ti trenutki so lahko za terapevtsko delo izjemno pomembni, saj ponujajo vpogled v pacientove globoke notranje konflikte. Ko pacient nezavedno išče bolj osebni odnos, je terapevtova naloga, da te želje prepozna, jih obravnava in pacienta vodi k razumevanju njihovih resničnih korenin.

Nevtralnost in abstinence sta torej ključna terapevtska principa, saj pacientu omogočata, da se sooči s svojimi nezavednimi željami in konflikti, ne da bi se terapevt v te dinamike čustveno vpletel. V enem izmed primerov sem delal s pacientko, ki je večkrat poskušala podaljševati najina srečanja in me vabila, naj nadaljujeva pogovore po zaključku ure. Sprva sem čutil potrebo, da bi ji ustregel, vendar sem prepoznal, da gre za transfer nezavednih potreb po bližini in ekskluzivnosti. Ko sem to temo odprl in ji omogočil, da raziskuje svoje občutke, sva razkrila globoko zakoreninjene občutke zapuščenosti iz njenega otroštva, ki so vodili njeno vedenje. Ohranitev jasnih meja in prepoznavanje vzrokov za te vzgibe je bilo v tem primeru nujno za terapevtski napredek (Bion, 1962).

V odnosnem okviru psihoanalitične terapije tako terapevt in pacient sodelujeta v občutljivem procesu, kjer se dinamike transferja, kontratransferja in projekcijske identifikacije prepletajo v prostoru za zdravljenje. Terapevtova sposobnost ohranjanja nevtralnosti, prepoznavanja svojih reakcij in usmerjanja pacienta k raziskovanju nezavednih procesov omogoča pacientu, da razreši globoke notranje konflikte in začne proces integracije (Ogden, 1982).

## 5.2. Etične meje

Etične meje v psihoanalitični psihoterapiji igrajo pomembno vlogo pri zagotavljanju varnega in stabilnega terapevtskega okvira za učinkovito zdravljenje in globoko raziskovanje pacientovega notranjega sveta. Te meje vključujejo zaupnost, diskretnost, spoštovanje časovnih omejitev ter upravljanje dvojnih odnosov in morebitnih navzkrižij interesov. Etične smernice Evropske zveze psihoanalitičnih psihoterapij (EZPPS, b.d.) in Evropske federacije za psihoanalitično psihoterapijo (IPA, b.d.) zagotavljajo smernice za ravnanje v teh zapletenih situacijah ter poudarjajo pomen etičnega odločanja in dajanja prednosti dobrobiti pacientov. Spoštovanje teh meja ne zagotavlja le varnega prostora za pacienta, ampak tudi ščiti terapevta pred morebitnimi etičnimi dilemami, ki bi lahko vplivale na terapijo (Gabbard, 2016).

Temelj vsakega terapevtskega odnosa sta zaupnost in diskretnost, saj ustvarjata varno zatočišče, kjer pacient lahko razkrije svoje najgloblje občutke in izkušnje, ne da bi se bal kršitve zasebnosti. To ni le formalna obveza, temveč bistvena terapevtska zahteva, ki pacientu omogoča sproščenost in zaupanje, kar je bistveno za uspeh psihoanalitičnega dela (Bond, 2004). Brez zagotovila zaupnosti pacienti morda ne bodo pripravljani v celoti sodelovati v terapiji, kar lahko ovira globoko raziskovanje nezavednega materiala. Zaupanje presega zgolj spoštovanje pravnih okvirjev in se razteza na etično odgovornost terapevta, da varuje intimno znanje, pridobljeno v terapevtskem procesu (McWilliams, 1999).

V sodobnem svetu digitalne komunikacije se koncept zaupnosti sooča z novimi izzivi. Digitalizacija terapevtskega procesa, kot so spletne terapije, zahteva dodatno pozornost. Psihoterapevti morajo upoštevati varnostne protokole za zagotavljanje zasebnosti spletnih sej, šifriranje občutljivih podatkov in varovanje elektronskih zapisov (Recupero in Rainey, 2005). Terapevti nosijo odgovornost, da svoje paciente obvestijo o morebitnih tveganjih, povezanih z digitalno komunikacijo, in da zagotovijo najvišjo raven varnosti, kjer je to mogoče. Prilagoditev tradicionalnih načel zaupnosti sodobnim izzivom postaja vse bolj nujna za ohranjanje varnosti terapevtskega prostora (Zur, 2007).

Še eno pomembno etično področje so dvojni odnosi, saj lahko njihovo nepravilno upravljanje povzroči kršitve terapevtskega okvira in ogrozi terapevtski proces. Ti odnosi se pojavijo, kadar terapevt in pacient vstopita v dodatne odnose zunaj terapevtskega prostora, kot so prijateljstva, poslovni stiki ali prekrivanja v družbenih krogih, kar lahko povzroči zmedo glede meja in dodatno čustveno obremenitev za pacienta. Terapevt mora skrbno preprečiti takšne situacije, saj preplet osebnih in profesionalnih odnosov resno vpliva na terapevtski proces (Gabbard, 2010).

V kontekstu izobraževanja terapevtov dvojne vloge nastanejo tudi v specifičnih oblikah, kadar učni terapevt istočasno nastopa kot supervizor ali učitelj. Takšni prepleti lahko dodatno zapletejo meje v terapevtskem odnosu, saj učenec oziroma pacient postane odvisen od terapevtove ocene svojega napredka, kar lahko privede do konfliktov interesov in zmanjša terapevtovo nevtralnost (Barnett, 2007). Na primer, ko terapevt istočasno vodi terapijo in nadzoruje učenčev strokovni razvoj, se lahko pacient izogiba temam, ki bi v supervizijskem kontekstu lahko vplivale na njegovo oceno (Gabbard, 2010).

Podobno nevtralnost izgubi terapevt tudi takrat, ko razkriva več o sebi kot supervizor ali učitelj, saj je nevtralna pozicija ključna za terapevtsko delo. Nevtralnost omogoča pacientu, da projicira svoja čustva in konflikte na terapevta, kar je bistveno za transferno dinamiko. V večplastnih vlogah pacient izgubi zmožnost doživljanja terapevta kot nevtralne figure, kar zmanjšuje intenzivnost transfera in omejuje terapevtski napredek (Freud, 1912; Gabbard, 2010).

V učnih kontekstih, kjer terapevt opravlja vlogo učitelja ali supervizorja, lahko pacient težje vstopi v globoko čustveno in analitično delo, saj terapevta doživlja v različnih vlogah, kar ovira ustvarjanje varnega terapevtskega prostora. Razkritje terapevtove večplastne vloge in preplet osebnih ter profesionalnih odnosov zmanjšuje sposobnost pacienta za projekcijo, kar je ključno za globoko analizo transferja (Barnett, 2007).

Iz lastne klinične prakse se spominjam primera, ko je pacient želel vzpostaviti prijateljski odnos zunaj terapevtskega srečanja. Pacient je pogosto izražal željo po stiku z mano izven terapevtskega časa, kar je bilo zanj izraz potrebe po bližini in povezanosti. Kljub temu, da je bila njegova želja razumljiva z vidika njegovih preteklih izkušenj zavrnitve, sem moral vztrajati pri ohranjanju poklicnih meja, saj bi kakršenkoli preplet osebnih in terapevtskih odnosov potencialno omajal terapevtski proces in mu onemogočil pridobitev korektivne čustvene izkušnje znotraj varnega terapevtskega prostora. To je omogočilo, da sva znotraj varnih terapevtskih meja raziskovala njegove občutke zavrnitve in želje po reparaciji, kar je v nadaljevanju privedlo do pomembnih vpogledov in čustvenega napredka.

Ustrezno upravljanje z etičnimi mejami zahteva stalno samorefleksijo terapevta, ki mora prepoznati svoje lastne odzive in motivacije ter se zavedati, kako te lahko vplivajo na terapijo. Supervizija in intervizija sta ključna orodja, ki terapevtom omogočata, da prepoznajo morebitne etične zaplete in ohranijo objektivnost ter profesionalnost (McWilliams, 1999). Pomembno je, da terapevt vedno daje prednost dobrobiti pacienta, tudi če to pomeni, da zavrne določene zahteve ali pričakovanja pacienta, kar lahko kratkoročno povzroči nelagodje, a dolgoročno ohranja integriteto terapije in pacientovega napredka.

Etične meje, kot so zaupnost, diskretnost in spoštovanje poklicnih meja, so pomembni deli psihoanalitične terapije. Z ohranjanjem teh meja terapevti ustvarjajo varno in stabilno okolje za raziskovanje pacientovih najglobljih čustev, kar spodbuja zdravljenje in rast. Kadar se terapevti soočajo z etičnimi dilemami, se lahko zanašajo na smernice iz etičnih kodeksov, da ohranijo jasnost in objektivnost. Redna supervizija in lastna terapevtska izkušnja terapevta dodatno podpirata njegovo sposobnost ohranjanja objektivnosti in profesionalnosti, kar je velikega pomena za zagotavljanje varnega terapevtskega odnosa in za ohranjanje usmerjenosti v pacientovo dobrobit (Gabbard, 2010).

### 5.3. **Gradnja terapevtske delovne zveze**

V psihoanalitični psihoterapiji je gradnja in vzdrževanje terapevtske delovne zveze dinamičen, sodelovalen proces, ki se razvija skozi celotno terapijo. Temelji na ključnih elementih, kot so pomen terapevtskega okvira, upravljanje meja ter razumevanje transferne in kontratransferne dinamike. Terapevtska delovna zveza ni zgolj začetno vzpostavljanje zaupanja, temveč zahteva stalno refleksijo in negovanje skozi celoten terapevtski proces (Bordin, 1979). Stabilen terapevtski okvir, ki vključuje tako fizične kot čustvene meje, ustvarja varno okolje, v katerem se lahko vzpostavi in ohranja zaupanje.

Terapevtska delovna zveza, znana tudi kot delovna zveza, se nanaša na sodelovalno vez med terapevtom in pacientom. To vključuje medsebojno zaupanje, dogovor o ciljih terapije in skupno zavezanost nalogam, potrebnim za doseganje teh ciljev (Bordin, 1979). Raziskave kažejo, da je kakovost terapevtskega odnosa pomemben napovedovalec terapevtskega izida, pogosto pomembnejši od specifičnih tehnik, uporabljenih v terapiji (Horvath in Symonds, 1991). Delovna zveza zagotavlja stabilno osnovo, iz katere pacienti raziskujejo svoj notranji svet, se soočajo z bolečimi čustvi in obdelujejo nezavedne konflikte (Safran in Muran, 2000).

Vzpostavitev zaupanja je prvi korak pri gradnji terapevtskega odnosa. Stabilen in predvidljiv terapevtski okvir igra osrednjo vlogo pri krepitvi občutka varnosti in zaščite, kar pacientom omogoča, da se počutijo dovolj varne za poglobljeno sodelovanje v procesu. Safran in Muran (2000) poudarjata pomen empatičnega neobsojajočega okolja, ki spodbuja odprtost in ranljivost. Dosledne in predvidljive terapevtske prakse krepijo pacientovo zaupanje v terapevta, saj se lahko zanesejo na urnik srečanj, zaupnost in jasne poklicne meje (Gabbard, 2010).

Terapevtova empatija je pomemben del za razvoj terapevtske delovne zveze. Empatija ne pomeni samo poslušanje, temveč tudi razumevanje pacientovih čustvenih stanj in izkušenj, kar pacientu omogoča občutek slišnosti in razumljenosti. Pristnost in brezpogojno pozitivno spoštovanje sta temeljni lastnosti,

ki spodbujata razvoj zaupanja in varnosti. Terapevtski odnos je uspešnejši, ko terapevt deluje z empatijo, avtentičnostjo in pozitivnim sprejemanjem (Rogers, 1957).

Skupno določanje terapevtskih ciljev dodatno krepí občutek partnerstva v terapevtskem procesu. Pacienti, ki vidijo terapevta kot zaveznika na svoji poti zdravljenja, se počutijo bolj motivirani in zavezani terapiji. Ta sodelovalni pristop ne le osvetljuje smer terapije, temveč pacientom daje občutek večje odgovornosti in nadzora nad svojo terapevtsko potjo (Bordin, 1979).

Konflikti v terapevtskem odnosu so neizogibni in pomembni za osebno rast pacienta. Po Teyberju in McClureu (2011) čustva, kot so jeza, zavist ali nezadovoljstvo, ki se lahko pojavijo med terapevtom in pacientom, predstavljajo priložnosti za raziskovanje globljih odnosnih vzorcev in nezavednih konfliktov, povezanih s preteklimi izkušnjami. Oba avtorja poudarjata pomen odprtega obravnavanja teh konfliktov znotraj varnih meja terapevtskega okvira, saj pacientu omogočata, da prepozna in obdela svoja čustva v odnosih z avtoritetami ali pomembnimi drugimi. Kernberg (1992) dodaja, da je terapevtova sposobnost obvladovanja negativnih čustev in interpretacije teh občutkov ključna za krepitev terapevtske delovne zveze ter omogočanje psihološkega napredka in integracije v terapiji.

V moji praksi sem pogosto opazil, da se pacienti v določenem trenutku terapevtskega procesa soočijo tudi z negativnimi čustvi do terapevta, vendar se obotavljajo ta čustva izraziti. Običajno jih skrbi, da bi lahko ogrozili terapevtski odnos ali povzročili prekinitev terapije. Zato se čustva, kot so jeza, zavist in nezadovoljstvo pogosto potlačijo, kar ovira terapevtski napredek. Ker pacienti teh občutkov pogosto ne izražajo spontano, jih moram kot terapevt zaznati in odpreti prostor za njihovo raziskovanje. Ko zaznam takšna čustva, se neposredno dotaknem te tematike, kar omogoča pacientu, da v varnem okolju razišče svoja čustva. Obravnavanje teh negativnih čustev, čeprav sprva neprijetno, pogosto vodi do razkritja ključnih tem, ki so pomembne za terapevtski proces. V kontekstu transferja, kjer pacienti projicirajo čustva iz preteklih odnosov na terapevta, je obravnavanje teh čustev bistvenega pomena, saj pacientom omogoča soočenje s svojimi nezavednimi odnosnimi vzorci.

Za mnoge paciente je to prva izkušnja odkritega izražanja negativnih čustev, kar pogosto odpre potlačena čustva, ki so bila prej skrita za obrambnimi mehanizmi, kot so potlačitev, zanikanje ali projekcija. Če teh občutkov ne obravnavamo, lahko pacienti občutijo nerazumevanje ali ogroženost, kar lahko vodi do prekinitve terapije. Zato je pomembno, da terapevti prepoznamo in naslovimo ta čustva, saj s tem pacientom omogočimo globlje razumevanje sebe.

Pogosto sem opazil, da se tudi terapevti izogibajo obravnavanju teh čustev, ker se bojijo, da bi bili tarča pacientove kritike ali da bi to lahko negativno vplivalo na terapijo. Ta skrb je še posebej izrazita pri začetnikih, ki se bojijo izgube pacienta. Dodatni pritisk ustvarja tudi finančna odvisnost terapevta od pacientov, kar lahko vodi v izogibanje težkim, a nujnim pogovorom. Zato je pomembno, da terapevti obvladamo lastne strahove in tesnobo, da bi lahko učinkovito podprli paciente pri soočanju s temi zahtevnimi čustvi.

Stalno ocenjevanje terapevtske delovne zveze je pomemben del, saj zagotavlja, da odnos ostaja prilagojen pacientovim potrebam. Refleksija o stanju terapevtskega odnosa in iskanje povratnih informacij od pacienta pripomoreta k ohranjanju učinkovite delovne zveze (Bateman in Holmes, 1995). Redno preverjanje odnosa zagotavlja, da lahko terapevt in pacient prilagodita terapevtski pristop, kar podpira trajnostno terapevtsko delovno zvezo in prispeva k uspešnemu terapevtskemu izidu.

#### 5.4. **Terapevt kot čustveni opornik in zadrževalec**

V psihoanalitični psihoterapiji terapevt deluje kot opornik in zadrževalec, kar omogoča globoko terapevtsko delo in zdravljenje. Ta dva koncepta, ki temeljita na principih čustvene opore (angl. holding)<sup>4</sup> (Winnicott, 1960) in zadržanja (angl. containment) (Bion, 1962), sta osrednja za terapevtski proces in poudarjata pomen odnosne dinamike med terapevtom in pacientom.

Koncept čustvene opore, ki ga je razvil Donald Winnicott, je pomemben za razumevanje terapevtove vloge pri ustvarjanju občutka varnosti v terapevtskem odnosu. Winnicott je terapevta dojemal kot osebo, ki nudi ne le fizično udobje, temveč tudi čustveno varnost, podobno kot skrbnik, ki skrbi za otroka. Terapevtova čustvena opora omogoča pacientu, da se v varnem okolju sooči z globokimi travmami in konflikti. V tem kontekstu terapevt ne zgolj pasivno opazuje, ampak aktivno vzpostavlja pogoje za varno raziskovanje čustvenih stanj, ki so za pacienta lahko preveč boleča ali težka za samostojno soočanje (Winnicott, 1965).

Ob tem je pomemben tudi koncept zadržanja, ki ga je razvil Wilfred Bion. Zadržanje vključuje terapevtovo sposobnost, da sprejme, predela in povrne pacientu tiste dele čustvene izkušnje, ki jih pacient ne more samostojno obvladati ali razumeti. Terapevt tukaj deluje kot čustveni filter, ki pomaga pacientu preoblikovati intenzivne čustvene izkušnje v nekaj, kar lahko reflektira in integrira v svojo notranjo podobo. Ta proces zahteva visoko stopnjo terapevtove empatije

4 Za izraz "holding" sem izbral prevod "čustvena opora" in za "holder" izraz "čustveni opornik". Slovenski izrazi izboljšajo dostopnost in jasnost pojmov za širši krog bralcev, pri čemer izraz čustvena opora zadovoljivo povzame terapevtski pomen tega koncepta.

in sposobnosti, da zadrži pacientove projicirane vsebine ter jih vrne na način, ki spodbuja čustveno rast in osebnostni razvoj (Bion, 1962).

Dosledna in predvidljiva prisotnost terapevta je temeljna za vzpostavitev odnosnega okvira, ki omogoča varno obravnavo transferja in kontratransferja. Terapevtovo zanesljivo vedenje in odzivi ustvarjajo stabilnost, ki pacientu omogočajo, da prenese svoje nerazrešene konflikte in čustva na terapevta, s čimer terapevtski odnos postane edinstven prostor za razreševanje teh vsebin. Ta dinamika je osrednjega pomena za terapevtski proces, saj omogoča pacientu, da se sooči s preteklimi travmami in jih skozi odnosni okvir terapevtskega odnosa začne preoblikovati in zdraviti (Gabbard, 2010).

Winnicott in Bion sta vsak na svoj način izpostavila pomen terapevtovega delovanja kot stabilnega zadrževalca za čustva, ki so preveč kaotična ali preveč nejasna, da bi jih pacient lahko obvladoval brez terapevtske podpore. V tem odnosnem okviru terapevt ne deluje zgolj kot opazovalec, ampak kot aktivni sodelavec v procesu pacientovega čustvenega in kognitivnega raziskovanja. To vključuje tudi prepoznavanje in zadrževanje pacientovih projekcij, ki jih terapevt nato predela in pacientu vrne na način, ki spodbuja integracijo in razumevanje (Winnicott, 1965; Bion, 1962).

V svoji klinični praksi sem večkrat opazil, kako pomembna je terapevtova sposobnost, da deluje kot čustveni opornik in zadrževalec, še posebej v trenutkih, ko se pacient sooča z globokimi občutki kaosa ali preplavljenosti. V teh trenutkih mora terapevt ohraniti čustveno stabilnost in empatijo, da pacient lahko varno predeluje te izkušnje, ne da bi se vrnil v regresijo. Ko terapevt uspešno predela pacientove čustvene izlive, se ustvari prostor za čustveno rast, saj pacient postopoma začne razvijati sposobnost, da samostojno obvladuje in razume svoja čustva (Winnicott, 1965; Bion, 1962).

Terapevtski okvir, ki vključuje čustveno oporo in zadržanje, omogoča pacientu, da skozi varno in stabilno terapevtsko delovno zvezo razvija globlji vpogled v svoje notranje vzorce in odnose. S tem terapevt aktivno ustvarja prostor, v katerem se pacient lahko poda na pot samozavedanja, psihološkega zdravljenja in osebnostne rasti. Ta odnosni proces je dinamičen in obsega stalno interakcijo med terapevtom in pacientom, kjer terapevtova sposobnost čustvene opore in zadržanja postane transformativna sila, ki pacienta vodi k globljemu razumevanju sebe in svojih odnosov (Winnicott, 1965; Bion, 1962).

## 6. **Zaključek**

Psihoanalitična psihoterapija je globoko zasidran proces, ki temelji na skrbno oblikovanem terapevtskem okviru. Ta terapevtski okvir ni zgolj fizično okolje,

temveč dinamičen, večplasten element, ki oblikuje, podpira in vodi terapevtski proces (Winnicott, 1965; McWilliams, 1999). Vključuje fizični prostor, časovni okvir, upravljanje meja ter odnosno dinamiko med terapevtom in pacientom. Skupaj ti elementi ustvarjajo varno okolje, v katerem lahko pride do globokega raziskovanja in zdravljenja.

Fizični terapevtski prostor ima pomembno vlogo pri oblikovanju terapevtskega odnosa, saj pacientu zagotavlja občutek varnosti, ki je potreben za poglobljeno introspektivno delo. Premišljena zasnova prostora, njegova doslednost in nevtralnost omogočajo, da se pacient počuti sprejetega in podprtega, kar spodbuja stabilnost terapevtskega procesa (Balint, 1968; Gabbard, 2010).

Časovni okvir, ki vključuje pogostost srečanj, trajanje in točnost, vzpostavlja predvidljivo strukturo, ki podpira kontinuiteto in intenzivnost terapevtskega dela. Redna in strukturirana srečanja omogočajo, da se terapevtski proces odvija na način, ki spodbuja globlje raziskovanje in spoštovanje dogovorjenih zavez (Gabbard, 1994; Wallerstein, 1986).

Odnosni okvir, ki vključuje dinamike transferja, kontratransferja, projekcijske identifikacije in terapevtovo vlogo kot čustvenega opornika in zadrževalca, je srce terapevtskega odnosa. Terapevtova sposobnost ohranjanja nevtralnosti in abstinence ob hkratnem zagotavljanju varnosti in podpore pacientom omogoča, da raziskujejo nerazrešene konflikte in odnosne vzorce (Bion, 1962; Ogden, 1982). Prav tako je vzpostavitev in vzdrževanje trdne terapevtske delovne zveze pomembno za uspešen terapevtski proces. Terapevtova empatija, uglašenost in sposobnost obravnavanja terapevtskih motenj in učenja iz njih krepijo odnos ter podpirajo pacientovo pot k samozavedanju in zdravljenju (Bordin, 1979; Kernberg, 1992).

Pomen terapevtskega okvira se razteza tudi na etične razsežnosti psihoanalitične prakse. Ohranjanje zaupnosti, upravljanje meja in krmarjenje v dvojnih odnosih so bistveni za ohranjanje integritete terapevtskega prostora in krepitev zaupanja med terapevtom in pacientom (Gabbard, 2016). Etični kodeksi ponujajo smernice za ravnanje v zapletenih situacijah, pri čemer poudarjajo pomen etičnega odločanja in postavljanja pacientove dobrobiti v ospredje (EZPPS, b.d.; IPA, b.d.).

Pisanje tega članka je predstavljalo izziv, kako učinkovito razdeliti zapleteno temo terapevtskega okvira v različna poglavja in podpoglavja. Zavedam se, da se nekatera vsebinska področja neizogibno prekrivajo, kar povzroči občutek ponavljanja. Vendar je to prekrivanje tudi odraz medsebojne povezanosti različnih vidikov terapevtskega okvira, ki vsi skupaj prispevajo k skladnemu terapevtskemu procesu. Poleg tega mi je naloga strukturiranja članka prinesla številne ideje in razmišljanja, zaradi česar je jasno, da bi lahko bili različni pristopi

enako veljavni. Zavedam se tudi možnosti, da so bile nekatere pomembne teme morda spregledane, kar bi lahko zahtevalo nadaljnjo razpravo in raziskovanje.

Ena od pomembnih tem, ki jo je vsekakor vredno podrobneje raziskati, je vpliv spletnih terapij na terapevtski okvir. Prehod na online terapije, ki so postale bolj razširjene v zadnjih letih, prinaša nove izzive in vprašanja, zlasti glede ohranjanja občutka varnosti, kontinuitete in dinamike transferja. Zdi se, da bo nadaljnja razprava o vplivu digitalnih medijev na terapevtski okvir pomembna za prihodnost psihoanalitične psihoterapije (Zur, 2007).

Skratka, terapevtski okvir v psihoanalitični psihoterapiji je večplasten in nepogrešljiv element, ki oblikuje terapevtsko pot. Njegovo preiščeno vključevanje povečuje učinkovitost terapije, saj omogoča poglobljeno raziskovanje, večje uvide in korenitejše spremembe. Celovito razumevanje vloge terapevtskega okvira je temelj za zagotavljanje preobrazbene terapevtske izkušnje in krepitev pacientovega psihološkega blagostanja (Freud, 1912; Gabbard, 2010). Kljub izzivom pri strukturiranju tega raziskovanja upam, da je ta članek uspešno osvetlil bistvene vidike terapevtskega okvira in poudaril njegovo ključno vlogo v psihoanalitični praksi.

## Literatura

- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Tavistock Publications.
- Barnett, J. E. (2007). Informed consent and dual relationships in psychotherapy supervision and training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 22–31.
- Bateman, A. in Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. Routledge.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Blechner, M. J. (2002). Intimacy, boundaries, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 215–228.
- Bond, T. (2004). *Confidentiality and record keeping in counselling and psychotherapy*. British Association for Counselling and Psychotherapy.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- EZPPS (b.d.). Etični kodeks EZPPS. <https://ezpps.org/wp-content/uploads/2021/02/Eticni-kodeks-EZPPS.pdf>
- Fonagy, P. in Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217–233.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria (The “Dora” case). V *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (zv. 7, str. 1–122). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. V J. Strachey (ur.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (zv. 12, str. 109–120). Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment. In J. Strachey (ur.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (zv. 12, str. 121–144). Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). *Introductory lectures on psychoanalysis*. Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic perspective on countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983–991.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (2. izd.). American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press.
- Hinshelwood, R. D. (1991). *A dictionary of Kleinian thought*. Free Association Books.
- Holmes, J. (2014). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. Routledge.
- Horvath, A. O. in Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149.
- IPA (b.d.). Etični kodeks IPA. <https://psihoanalitiki-ipa.si/kodeks/> (28. 3. 2024).
- Kahn, M. (2002). *Basic Freud: Psychoanalytic thought for the 21st century*. Basic Books.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Rowman & Littlefield.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1996). Transference and countertransference. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(2), 293–314.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. Tavistock Publications.

- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 54–88.
- Langs, R. (1978). *The therapeutic environment*. Jason Aronson.
- Langs, R. (1982). *Psychotherapy: A basic text*. Jason Aronson.
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy* (2. izd.). Wiley-Blackwell.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.
- McWilliams, N. (2017). *Psihoanalitična diagnostika*. UMco.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2019). Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions. *Psychotherapy*, 56(4), 543–558.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357–373.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Karnac Books.
- Ogden, T. H. (1994). *Subjects of analysis*. Karnac Books.
- Recupero, P. R. in Rainey, S. E. (2005). Informed consent to e-therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59(4), 319–331.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169–178.
- Safran, J. D. in Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sandler, J. (1987). *Projection, identification, projective identification*. Karnac Books.
- Sandler, J. in Dreher, A. U. (2003). *What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy*. Routledge.
- Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Hogarth Press.
- SRC SAZU - Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. (b.d.). Terminološko svetovanje: Skupinski okvir. <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/svetovanje/skupinski-okvir>
- Steiner, J. (2011). *Seen and being seen: Emerging from a psychic retreat*. Routledge.
- Teyber, E. in McClure, F. H. (2011). *Interpersonal process in therapy: An integrative model* (6. izd.). Brooks/Cole.
- Tutter, A. (2011). The muse: Psychoanalytic explorations of creative inspiration. *Psychoanalytic Inquiry*, 31(4), 378–392.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Guilford Press.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins.
- Zur, O. (2007). Privacy, confidentiality, and digital records: Ethical and legal concerns in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 409–425.