

2022

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

MAGISTRSKO DELO
TERAPEVTSKA PRISOTNOST V POVEZAVI S
PSIHOLOŠKIM BLAGOSTANJEM IN
ZADOVOLJENOSTJO RELACIJSKIH POTREB

URŠA MELE

URŠA MELE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Terapevtska prisotnost v povezavi s psihološkim blagostanjem in
zadovoljenostjo relacijskih potreb**

(Therapeutic presence in relation to psychological well-being and satisfaction of relational
needs)

Ime in priimek: Urša Mele

Študijski program: Psihologija, 2. stopnja

Mentor: prof. dr. Gregor Žvelc

Somentorica: dr. Urša Mars Bitenc

Koper, februar 2022

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Urša MELE

Naslov magistrskega dela: Terapevtska prisotnost v povezavi s psihološkim blagostanjem in zadovoljenostjo relacijskih potreb

Kraj: Ljubljana

Leto: 2022

Število listov: 54

Število tabel: 10

Število prilog: 1

Število strani prilog: 4

Število referenc: 46

Mentor: prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: dr. Urša Mars Bitenc

UDK: 615.851.1 (043.2)

Ključne besede: terapevtska prisotnost, psihološko blagostanje, relacijske potrebe, psihoterapija, čuječnost

Izvleček:

V magistrskem delu se osredotočamo na povezanost treh psiholoških konceptov, in sicer terapevtske prisotnosti, psihološkega blagostanja in zadovoljenosti relacijskih potreb. Pri tem smo terapevtsko prisotnost izbrali kot osrednji oziroma glavni konstrukt. Raziskavo smo izvedli na vzorcu 124 slovenskih psihoterapevtov in edukantov psihoterapije različnih psihoterapevtskih modalitet. Zbiranje podatkov je potekalo prek baterije spletnih vprašalnikov, v katero smo vključili vprašalnik Terapevtske prisotnosti, Vprašalnik Psihološkega blagostanja in Lestvico zadovoljenosti relacijskih potreb. Rezultati raziskave so pokazali, da se vse posamezne lestvice psihološkega blagostanja statistično značilno pozitivno povezujejo z lestvico terapevtske prisotnosti in negativno z lestvico primanjkljaja kontakta. Podobno se je pokazalo pri lestvicah relacijskih potreb, kjer se prav tako vse lestvice pozitivno povezujejo z lestvico terapevtske prisotnosti in negativno z lestvico primanjkljaja kontakta. Napovedni modeli, ki smo jih pridobili s pomočjo multiple regresije, so pokazali, da terapevtsko prisotnost pozitivno napovedujejo dimenzije psihološkega blagostanja: medosebni odnosi, avtonomnost, obvladovanje okolja in smisel življenja. Napovedna vrednost terapevtske prisotnosti se je pokazala tudi pri dveh dimenzijah relacijskih potreb, in sicer pri dimenziji iniciativa s strani druge osebe in imeti vpliv. Poddimenzijo primanjkljaj kontakta negativno napovedujejo tri dimenzije psihološkega blagostanja, in sicer avtonomnost, obvladovanje okolja in osebnostna rast. Pri lestvicah relacijskih potreb se je pomembna negativna napovedna vrednost poddimenzije primanjkljaja kontakta pokazala pri eni dimenziji, in sicer iniciativa s strani druge osebe. Naša raziskava je pomembna predvsem z vidika, da je prva tovrstna raziskava, ki preučuje povezanost teh treh konstruktov na slovenskem vzorcu psihoterapevtov. S tem odpiramo marsikatero raziskovalno vprašanje in spodbujamo nadaljnje raziskovanje tega področja.

Key document information

Name and SURNAME: Urša MELE

Title of the master thesis: Therapeutic presence in relation to psychological well-being and satisfaction of relational needs

Place: Ljubljana

Year: 2022

Number of pages: 54

Number of tables: 10

Number of appendix: 1

Number of appendix pages: 4

Number of references: 46

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Co-Mentor: Prof. Urša Mars Bitenc, PhD

UDC: 615.851.1 (043.2)

Keywords: therapeutic presence, psychological well-being, relational needs, psychotherapy, mindfulness

Abstract:

The master thesis focuses on the interconnectedness of three psychological concepts: therapeutic presence, psychological well-being and the relational needs satisfaction. The therapeutic presence was selected as the core and central construct. The research was conducted on a sample of 124 Slovenian psychotherapists and students of various psychotherapeutic modalities. Sample data were gathered with a battery of questionnaires, including the Questionnaire on Therapeutic presence, Questionnaire on Psychological Well-being, and The Relational Needs Satisfaction Scale. Research results show that all individual scales of psychological well-being significantly positively correlate to the therapeutic presence scale and negatively to the contact deficiency scale. Similar findings can be observed in the relational needs scales, where all scales positively correlate with the therapeutic presence scale and negatively with the contact deficiency scale. The prediction models, derived through multiple regression, show the therapeutic presence as being positively predicted by the dimensions of psychological well-being: relations with others, autonomy, environmental mastery and purpose in life. The prediction value of therapeutic presence is also shown with two dimensions of the relational needs: initiative from the other and having an impact. The subdimension of contact deficiency is negatively predicted by three dimensions of psychological well-being: autonomy, environmental mastery and personal growth. Regarding the relational needs scale, only the dimension of initiative from the other shows a significant negative predictive value towards the contact deficiency subdimension. The value of the research lies first and foremost in the fact that it is the first research of its kind, analyzing the interconnectedness of three above mentioned concepts relying on the sample of Slovenian psychotherapists. This opens various research questions and encourages further research in the field.

KAZALO VSEBINE

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | UVOD | 1 |
| 1.1 | TERAPEVTSKA PRISOTNOST..... | 1 |
| 1.1.1 | Opredelevitev terapevtske prisotnosti | 1 |
| 1.1.2 | Model terapevtske prisotnosti | 2 |
| 1.1.3 | Nevropsihologija terapevtske prisotnosti | 3 |
| 1.1.4 | Čuječnost in terapevtska prisotnost..... | 4 |
| 1.2 | PSIHIČNO IN PSIHOLOŠKO BLAGOSTANJE | 6 |
| 1.2.1 | Opredelevitev psihičnega blagostanja..... | 6 |
| 1.2.2 | Dva glavna modela psihičnega blagostanja | 6 |
| 1.2.3 | Dimenzije in struktura psihološkega blagostanja..... | 7 |
| 1.2.4 | Psihoterapevtsko delo in psihično blagostanje..... | 8 |
| 1.3 | RELACIJSKE POTREBE | 9 |
| 1.3.1 | Opredelevitev relacijskih potreb | 9 |
| 1.3.2 | Model relacijskih potreb..... | 10 |
| 1.3.3 | Relacijske potrebe v terapiji | 12 |
| 1.4 | NAMEN IN CILJI | 16 |
| 1.5 | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA OZIROMA HIPOTEZE | 16 |
| 2 | METODA | 17 |
| 2.1 | VZOREC | 17 |
| 2.2 | PRIPOMOČKI..... | 19 |
| 2.2.1 | Vprašalnik Terapevtske prisotnosti (Therapeutic Presence Inventory) | 19 |
| 2.2.2 | Vprašalnik Psihološkega blagostanja (Ryff's Scales of Psychological Well-Being) | 20 |
| 2.2.3 | Lestvica zadovoljenosti relacijskih potreb | 20 |
| 2.3 | POSTOPEK..... | 21 |
| 3 | REZULTATI..... | 22 |
| 3.1 | OPISNA STATISTIKA..... | 22 |
| 3.2 | POVEZANOST PREUČEVANIH SPREMENLJIVK | 23 |
| 3.2.1 | Terapevtska prisotnost in psihološko blagostanje..... | 24 |
| 3.2.2 | Terapevtska prisotnost in relacijske potrebe | 24 |
| 3.3 | NAPOVEDOVANJE TERAPEVTSKE PRISOTNOSTI..... | 25 |
| 4 | RAZPRAVA | 29 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4.1 | TERAPEVTSKA PRISOTNOST V POVEZAVI S PSIHOLOŠKIM BLAGOSTANJEM..... | 29 |
| 4.2 | TERAPEVTSKA PRISOTNOST V POVEZAVI Z RELACIJSKIMI POTREBAMI | 30 |
| 4.3 | NAPOVEDOVANJE TERAPEVTSKE PRISOTNOSTI | 30 |
| 4.4 | NAPOVEDOVANJE PRIMANJKLJAJA KONTAKTA | 32 |
| 4.5 | POMANJKLJIVOSTI RAZISKAVE IN MOREBITNE IZBOLJŠAVE | 33 |
| 5 | SKLEPI | 34 |
| 6 | VIRI..... | 36 |

KAZALO PREGLEDNIC

| | |
|--|----|
| Tabela 1 Številčni prikaz psihoterapevtske paradigme in modalitete udeležencev | 17 |
| Tabela 2 Opisna statistika skupnih rezultatov vprašalnika terapevtske prisotnosti, psihološkega blagostanja in lestvice relacijskih potreb..... | 22 |
| Tabela 3 Povezanost med terapevtsko prisotnostjo in psihološkim blagostanjem terapevtov | 24 |
| Tabela 4 Povezanost med terapevtsko prisotnostjo in relacijskimi potrebami terapevtov. | 24 |
| Tabela 5 Regresijska statistika za napovedovanje terapevtske prisotnosti na temelju psihološkega blagostanja in relacijskih potreb terapevtov | 25 |
| Tabela 6 Regresijska statistika za napovedovanje primanjkljaja kontakta na temelju psihološkega blagostanja in relacijskih potreb terapevtov | 26 |
| Tabela 7 Povzetek linearnega regresijskega modela | 27 |

KAZALO PRILOG

PRILOGA A *Konfirmatorna factorska analiza vprašalnika Terapevtske prisotnosti*

SEZNAM KRATIC

| | |
|--------------|--|
| TPS | Terapevtska prisotnost |
| PBS | Psihološko blagostanje |
| RLP | Relacijske potrebe |
| RMSEA | Koren iz povprečne kvadrirane napake ocene |
| CFI | Primerjalni indeks prileganja |
| CFA | Konfirmatorna faktorska analiza |
| TLI | Tucker-Lewisov indeks |
| SRMR | Standardiziran koren iz povprečnega kvadriranega ostanka |
| AIC | Akaikejev informacijski kriterij |

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila profesorju in mentorju dr. Gregorju Žvelcu za pomoč pri oblikovanju vsebine magistrskega dela in strokovno vodenje med procesom.

Dr. Urši Mars Bitenc, svoji somentorici, bi se zahvalila za ves vložen čas in trud pri izdelavi magistrskega dela ter predvsem za vso izkazano podporo in spodbudo.

Navsezadnje bi se rada iz srca zahvalila tudi svoji družini in partnerju, ki so mi med procesom stali ob strani, me spodbujali in najpomembnejše – verjeli vame.

1 UVOD

1.1 TERAPEVTSKA PRISOTNOST

1.1.1 Opredelitev terapevtske prisotnosti

Terapevtska delovna aliansa, ki se vzpostavi med terapevtom in klientom, je ključna za potek terapije in klientov napredek. Pozitivno sodelovanje terapevta in klienta znotraj delovne alianse tako predpostavlja uspeh terapije (Greenson, 1967, v Praper, 2004). Terapevtske delovne alianse avtorji ne enačijo s terapevtskim odnosom. Slednji namreč sestoji iz treh ključnih komponent, in sicer delovne alianse, transfernega dela odnosa in realnega dela odnosa. Transferni del odnosa in delovna aliansa se nanašata na profesionalno vlogo terapevta, medtem ko se realistični del nanaša na osebne značilnosti klienta in terapevta v odnosu, ki ga soustvarjata (Greenson, 1967, v Praper, 2004). Pri zagotavljanju kakovostne in funkcionalne terapevtske delovne alianse ter uspešnejše terapije se v zadnjem času vedno bolj poudarja tudi pomembnost terapevtske prisotnosti (Geller, idr., 2010), kar je eden izmed treh konceptov, na katere se bomo osredotočali v tem magistrskem delu.

Terapevtsko prisotnost razumemo kot »polno prisotnost« terapevta v odnosu s klientom na različnih ravneh, in sicer na fizični, čustveni, kognitivni, duhovni in odnosni ravni (Geller, 2013). Terapevt, ki je v odnosu s klientom prisoten, je zmožen prepoznati in se odzivati tako na klientova notranja doživljanja, kot tudi na svoja. Tako lahko terapevtsko prisotnost razumemo kot bazični proces, v katerem je terapevt hkrati v stiku s klientom in samim seboj (Bakovič in Špeh, 2019). Med drugim lahko terapevtsko prisotnost razlagamo kot način terapevtove pozornosti na lastno izkušnjo v terapevtskem odnosu, pri čemer Žvelc in Žvelc (2021, str. 164) poudarjata, da je ključno, da terapevt čuječo pozornost vzpostavi najprej s seboj, predno jo vzpostavi s klientom. Tako lahko terapevt prek prisotnosti uspešno prepozna lastne telesne občutke, jih regulira in se prek njih uspešneje uglaši s klientom in nanjo odziva. Terapevtovo zavedanje lastnih procesov in ohranjanje kontakta s seboj sta temelja uspešne terapije (Žvelc in Žvelc, 2021, str. 165). Slednje je ključno za oblikovanje kakovostne delovne alianse in uspešnost terapije. Terapevtska prisotnost ni le proces, ki blagodejno vpliva zgolj na terapevtski odnos in izid terapije, ampak pozitivno vpliva tudi na optimalno uravnoteženo stanje terapevta. Tako je terapevt prek prisotnosti v odnosu zmožen sprotne predelave lastnih čustvenih stanj, ki se pojavijo v intenzivnem terapevtskem odnosu. Slednje znižuje z delom povezan stres, tesnobo in je eden izmed varovalnih dejavnikov izgorelosti v terapevtskem poklicu (Geller, 2013, str. 210).

Terapevtska prisotnost je koncept, ki se sicer bolj poudarja in preučuje v zadnjih letih, vendar njene omembe lahko zasledimo že pri zgodnejših avtorjih. Buber (1958, v Geller in Greenberg, 2002) predpostavi, da se zdravljenje lahko začne, ko sta dve osebi v odnosu polno prisotni druga drugi. Carl Rogers je proti koncu svojega delovanja prav tako prepoznava terapevtsko prisotnost kot eno izmed ključnih komponent v procesu zdravljenja. Sam jo je opredelil kot »utelešenje terapevtskih stanj« (Baldwin, 2000, citirano v: Geller, 2013, str. 211). Terapevtska prisotnost znatno prispeva k optimalnemu zagotavljanju empatije, skladnosti, brezpogojnemu sprejemanju in odprtosti za klientova in lastna občutja (Geller, 2013, str. 211).

Da lahko v celoti razumemo terapevtsko prisotnost, moramo poudariti, *kaj terapevtska prisotnost ni*, oziroma kdaj je nismo zmožni zagotoviti. Terapevtske prisotnosti ne moremo zagotavljati, ko hitimo s terapije na terapijo, ne namenimo časa in pozornosti svojim fiziološkim potrebam, se čutimo pod stresom in smo preobremenjeni, med terapijo stalno

pregledujemo na uro, se dolgočasimo, nismo pozorni na vsebine klienta, smo po seansi pretirano izmučeni, čutimo napetost ipd. (Geller, 2013, str. 212).

1.1.2 Model terapevtske prisotnosti

Geller in Greenberg (2002) sta opredelila **model terapevtske prisotnosti**, ki sta ga osnovala na temelju kvalitativne študije intervjujev s sedmimi terapevti. Model vključuje tri kategorije terapevtske prisotnosti, in sicer: *pripravo na prisotnost*, *proces prisotnosti in izkušnja prisotnosti med terapijo*. Priprava na prisotnost se nanaša na vedenja terapevta pred seanso, ki povečujejo možnost za terapevtsko prisotnost med terapijo. Proces prisotnosti vključuje dejanja, ki jih terapevt med terapijo vključuje, da zagotavlja terapevtsko prisotnost. Zadnja kategorija povzema dejansko izkušnjo prisotnosti. Kljub deljenju koncepta terapevtske prisotnosti na tri kategorije avtorja poudarjata, da prisotnost ostaja celostna subjektivna izkušnja, ki je ne moremo objektivno analizirati, saj s tem izgubimo njeno bistvo (Geller in Greenberg, 2002). Da bi bolje razumeli model terapevtske prisotnosti, bomo v nadaljevanju podrobneje razložili posamezne kategorije.

a) *Priprava na prisotnost*: kljub temu, da se prisotnosti v terapiji nikoli ne da zagotoviti, priprava nanjo močno poveča možnosti zanjo. Avtorja pripravo na prisotnost razdelita na nadaljnji dve podkategoriji, in sicer na pripravo pred terapijo oziroma na začetku terapevtske seanse in pripravo v vsakdanjem življenju. Prva se nanaša na to, da terapevt zavestno pripravi »prostor« klientu. To naredi na način, da svoje osebne vsebine zavestno »odrine« na stran, jih pusti izven terapevtskega odnosa in se polno osredotoči na klienta, do katere pristopa z odprtostjo, zanimanjem, sprejemanjem in nekritičnostjo (Geller in Greenberg, 2002). Priprava v vsakdanjem življenju se nanaša na terapevtsko rabo in trening prisotnosti v vsakdanjiku. To lahko terapevt dosega z različnimi tehnikami, ki mu omogočajo osebno rast (meditacija, čuječnost ipd.).

b) *Proces prisotnosti*: druga kategorija se nanaša na to, kaj terapevt med terapevtskim srečanjem počne ob vzpostavljeni prisotnosti. To kategorijo nadalje razdelimo na tri podkategorije, in sicer terapevtovo dojemljivost/dovzetnost (»Receptivity«), »notranjo navzočnost« (»Inwardly Attending«) in kontakt (»Extending and Contact«). Pri tej kategoriji je ključna fluidnost terapevta pri hkratnem odzivanju na klienta in svoja lastna občutja.

c) *Izkušnja prisotnosti med terapijo*: ta domena se nanaša na terapevtovo dejansko izkušnjo prisotnosti med terapijo. Delimo jo v štiri podkategorije: zatopljenost (»Immersion«), ki se nanaša na to, da se terapevt popolnoma »potopi« v izkušnjo, ki si jo deli s klientom. Naslednja podkategorija je razširitev (»Expansion«) zavedanja in doživljanja česar koli, kar je v danem trenutku prisotno v odnosu s klientom, znotraj terapevta samega in klienta. Sledi občutek »prizemljitve« (»Grounding«) terapevta v odnosu s klientom, medtem ko zadnja kategorija »biti s klientom, za klienta« (»Being with and for the client«) povzema terapevtove odzive, katerih namen je usmerjen v blaginjo klienta in njegov proces terapevtskega zdravljenja.

Ta kvalitativna študija lepo povzema Robinsonov opis prisotnosti (1998, v Geller in Greenberg, 2002), ki jo ponazori z »dvema ravnema zavesti«. Ta opis se nanaša na terapevtovo stalno prehajanje od notranjega k zunanjemu, od sebe proti drugemu ter od odprtega in sprejemajočega odnosa do dejavnega odzivanja, interveniranja klientu. Tako se je terapevt z ohranjanjem prisotnosti zmožen čim bolj približati klientovi izkušnji in njegovemu doživljanju, vendar z ohranjanjem sebe kot ločene celote.

1.1.3 Nevropsihologija terapevtske prisotnosti

Do sedaj smo natančneje razložili, kaj terapevtska prisotnost je in zakaj je tako pomembna za učinkovit izid terapije, sedaj se bomo dotaknili tudi nevropsihološkega ozadja terapevtske prisotnosti. Geller in Porges (2014, Porges, 2018) poudarita klientove občutke varnosti v terapevtskem odnosu, za kar je še posebej pomembno, da je terapevt v odnosu sposoben zagotoviti terapevtsko prisotnost. Da bi terapevtsko prisotnost in njeno vlogo pri vzpostavljanju varnega terapevtskega odnosa dodobra razumeli, moramo razložiti tudi polivagalno teorijo.

Polivagalna teorija je kompleksna teorija, katere avtor je ameriški psihiater Stephen Porges. Polivagalna teorija je razširila razumevanje avtonomnega živčnega sistema (AŽS), kar je prispevalo k boljšemu razumevanju človekovega psihološkega in medosebnega delovanja, veliko je prispevala tudi k psihoterapevtskim intervencijam. Prvotna delitev avtonomnega živčnega sistema je na simpatični in parasimpatični živčni sistem, pri čemer nam prvi pomaga pri aktivaciji in mobilizaciji organizma, drugi je ključen pri umirjanju, počitku in regeneraciji. Porges (Geller in Porges, 2014, Porges, 2018; Flores in Porges, 2017) je to tradicionalno delitev dopolnil, in sicer je v svoji polivagalni teoriji AŽS razdelil na tri dele, pri čemer je poleg simpatičnega in parasimpatičnega živčnega sistema, dodal še t. i. »socialni živčni sistem«. Tako Porges poudari, da naš živčni sistem stalno preverja zunanje okolje, v katerem smo, ter tudi naše notranje stanje, z namenom prepoznavanja morebitne nevarnosti in tveganj. Ta nezavedni, samodejni proces je imenoval »nevrocepcija« (Porges, 2018; Geller in Porges, 2014, Porges, 2018, str. 58). Tako naš živčni sistem na temelju zaznav iz okolja in nas samih odloča, kateri izmed treh podsistemov AŽS se bo aktiviral. Nevrocepcija tako deluje kot refleksni mehanizem, ki ima moč spreminjati naše fiziološko stanje, kar zaznavamo v telesnih odzivih (Porges, 2018).

S pojmovanjem teorije se avtor nanaša na dvojno odzivanje vagusne živčne poti. Vagusni živec je deseti možganski živec, ki oživčuje dihalni sistem, srce in prebavila ter ga poznamo kot glavnega predstavnika AŽS. Tako se glede na situacijo lahko aktivira ventralni vagus ali dorsalni vagus. Ventralni vagus je aktiviran, ko se aktivira socialni živčni sistem. Ta je ključen v socialnih interakcijah, saj povezuje delovanje naših »socialnih mišic« obraza, vratu in grla ter usklajuje dihanje in srčni ritem. Tako je npr. novorojenček sposoben »komunicirati« s svojo materjo, s pomočjo vokalizacije in obrazne mimike, medtem ko ima ventralni živec ključno vlogo tudi pri sesanju in dojenju. Tako je naš socialni živčni sistem najbolj aktiviran v tistih socialnih interakcijah, ko se čutimo varne in sprejete (Geller in Porges, 2014; Porges, 2018). V primeru, da socialni živčni sistem ni učinkovit, se lahko aktivira evolucijsko prvinski del AŽS – simpatični živčni sistem, ki organizem pripravi na »boj, beg ali zamrznitev«, nekateri avtorji tem trem odzivom dodajajo še omedlevico in izrazito tremo (Bracha, 2004). Zamrznitev se pri ljudeh lahko kaže v otopelosti, izčrpanosti, depresiji in socialni neprisotnosti, odmaknjenosti. Pri teh procesih je aktiviran dorsalni vagus. Polivagalna teorija je tako veliko prispevala k razumevanju biološko-vedenjskih posledic travmatične izkušnje in pomembnosti parasimpatičnega živčnega sistema pri človekovem okrevanju in odpornosti (Geller in Porges, 2014, Porges, 2018, str. 66).

S polivagalno teorijo lahko tako obrazložimo dva psihološka odziva – ob zaznani varnosti se ljudje odzovemo z vzpostavljanjem spontanih socialnih interakcij, medtem ko se ob zaznani nevarnosti in grožnji odzovemo z obrambnimi strategijami (Geller in Porges, 2014). Travmatske izkušnje posameznikov lahko spremenijo nevrocepcijo tako, da naš

AŽS prepozna nevarnost, tudi ko ta v resnici ni prisotna. Zato je poznavanje in razumevanje polivagalne teorije ključno, ko želimo v psihoterapevtskem okolju klientu pomagati pri ponovni »ponastavitvi« neurocepcije (Flores in Porges, 2017).

Neurocepcija in njeno zaznavanje varnosti ali nevarnosti sta aktivirana tudi v terapevtskem odnosu. Tako lahko terapevt s pomočjo neurocepcije nezavedno prepozna fiziološko stanje klienta in obratno (Žvelc in Žvelc, 2021). Za uspešnost terapevtskega odnosa in terapije same sta tako ključni terapevtska prisotnost in terapevtova angažiranost pri zagotavljanju in krepitvi klientovega občutka varnosti v odnosu. Šele takrat je klient sposoben »nevronskega učenja« aktivacije socialnega živčnega sistema oziroma socialne angažiranosti ter »utišanja« in regulacije primarnih obrambnih strategij (Geller in Porges, 2014; Porges, 2018).

1.1.4 Čuječnost in terapevtska prisotnost

V tradicionalnem pogledu lahko učinkovit terapevtski odnos vzpostavimo z različnimi terapevtskimi tehnikami, kjer izstopajo predvsem aktivno poslušanje, aktivna udeležba v odnosu in podobno, medtem ko se v zadnjih letih vse bolj razume in poudarja pomen terapevtske prisotnosti, ki je dosti težje preverljiva in merjena. Terapevtska prisotnost je večšina terapevta, ki se jo mora naučiti in krepiti (Gehart in McCollum, 2010).

Terapevtska prisotnost se znatno povezuje s čuječnostjo in njeno filozofijo. Čuječnost sestavljajo trije pomembni gradniki, in sicer odnos, pozornost in namera (Shapiro idr., 2006). Čuječnost razumemo kot polno zavedanje sedanjega trenutka »tukaj in zdaj«, v katerem smo sprejemajoči in sočasno ne obsojajoči (Černetič, 2011). Kabat-Zinn (2013), kot pionir prenosa čuječnosti v zahodni svet opisuje osnove prakticiranja čuječnosti, med katere uvrščamo:

- **nepresojanje** kot zmožnost nepristranskega opazovanja sedanjega trenutka, brez potrebe po ocenjevanju;
- **potrpežljivost**, s katero dopuščamo, da se stvari zgodijo ob svojem času in dajemo prostor doživljanju, kakršno koli je v danem trenutku;
- **začetniški um** kot zmožnost, da stvari vidimo, kot da bi jih videli prvič v življenju. Gre za obujanje radovednosti in raziskovalnega pristopa k lastnemu doživljanju;
- **zaupanje** v izkustva, čustva in samega sebe;
- **neprizadevanje** kot stanje, v katerem samo smo, kar smo, ne da bi si prizadevali za določene cilje. V tem stanju se samo posvečamo temu, kar se dogaja znotraj nas;
- **sprejemanje**, da vidimo in dopuščamo stvarem, da so take, kot so v nekem danem trenutku in smo jih zmožni zgolj opazovati s prijazno pozornostjo. S sprejemanjem se nam začne porajati tudi možnost za spremembe;
- **nenavezanost, spuščanje in ne vpletanje**, pri čemer poskušamo dopuščati doživljanja, da so taka, kot so, in opuščamo tendenco, da bi zadrževali prijetna čutenja ali zavračali neprijetna.

Žvelc (2019, str. 22) čuječnost opredeli kot »sposobnost za usmerjanje pozornosti na sedanji trenutek s sprejemanjem in decentrirano perspektivo.« Čuječnost v terapiji vključuje štiri procese: *zavedanje sedanjega trenutka, jaz kot kontekst, sprejemanje in defuzijo* (Žvelc, 2019).

Zavedanje sedanjega trenutka se usmerja na »tukaj in zdaj«, je naša zmožnost, da smo polno prisotni v sedanjem trenutku, z odsotnostjo stalnega beganja misli v preteklost ali prihodnost (Žvelc, 2019). »Jaz kot kontekst« je transcendentalen, duhoven proces, s

katerim opisujemo del jaza, iz katerega opazujemo. Slednji je v zahodnem svetu še vedno precej zanemarjen oziroma pogosto spregledan. Sprejemanje se nanaša na posameznikovo zmožnost »biti« z vsemi občutki v »tukaj in zdaj«. Tako je posameznik zmožen sprejeti še tako neprijetna ali celo boleča občutja in se jim ne poskuša izogniti (Žvelc, 2019). Kognitivno defuzijo dojemamo kot nasprotje fuziji, pri čemer se s svojimi mislimi »zlivamo«, opredelimo kot proces, pri katerem se od svojih misli ločimo in distanciramo. Tako lahko misli opazujemo in jih dojemamo zgolj kot misli in ne nujno resnico (Žvelc, 2019).

Tako kot čuječnost, morajo terapevti tudi zmožnost za »biti prisoten« vaditi tudi izven terapevtskega okolja. Pri tem jim lahko pomagajo različne dejavnosti in vedenja, ki jih vpeljujejo v svoje vsakdanje življenje (Gehart in McCollum, 2010). Zelo pomembna je predvsem redna čuječnostna praksa (meditacije), ki jo terapevti vpeljujejo v svoj vsakdanjik (Žvelc in Žvelc, 2021). Čuječnost v terapevtskem odnosu se namreč začne vzpostavljati že veliko prej kot ob vstopu klienta v terapevtsko ambulanto (Geller in Greenberg, 2012, citirano v Žvelc in Žvelc, 2021).

Čuječnost v terapevtskem odnosu, poleg vsega naštetega, predstavlja tudi temelj modrosti in sočutja (Brach, 2012, citirano v Žvelc in Žvelc, 2021). Prek sočutja terapevt uspešno prepozna in razume klientovo stisko in bolečino, poleg tega mu sočutje v težjih trenutkih pomaga ohranjati prijaznost tudi do sebe (Žvelc in Žvelc, 2021).

Gehart in McCollum (2010) sta v svojem članku opisala načine, s katerimi so pri študentih zakonske in družinske terapije krepili in razvijali terapevtsko prisotnost. Pri tem so uporabili tehnike čuječnosti. Študentje so bili prek učnega načrta povabljeni k sodelovanju učenja čuječnosti, z namenom, da bi (med drugim) okrepili sposobnost terapevtske prisotnosti v odnosu s klienti. Študentje, ki so se učenju čuječnosti pridružili, so svoja izkustvena doživljanja čuječnosti redno zapisovali v dnevnik refleksij. Vsak dan so praksi čuječnosti namenili pet do deset minut, pri čemer so prakticirali različne vaje čuječnosti, kot npr. *čuječno dihanje*, *mantra (religiozne, spiritualne ali ne spiritualne)*, *čuječno hojo* in podobno. Praksam čuječnosti so bili izpostavljeni vsakodnevno tudi na številnih predavanjih. Izsledki študije so pokazali, da je trening čuječnosti pozitivno vplival na študente, tako strokovno kot tudi osebno. Na temelju dnevniških zapisov študentov so ugotovili, da so se prek učenja čuječnosti študentje naučili večjega sprejemanja sebe in drugih, kar se je »preselilo« tudi v terapevtsko okolje, kjer so bili v odnosu s klientom zmožni večje potrpežljivosti in ne obsojanja, medtem ko so vrednost čuječnosti še posebej prepoznavali v terapevtsko bolj stresnih situacijah. Avtorja ob koncu članka navajata, da so študentje prek učenja čuječnosti krepili tudi druge pomembne terapevtske vrline, ki jih lahko prepoznavamo kot terapevtsko prisotnost (Gehart in McCollum, 2010).

Germer (2005) poudarja, da so določene terapevtske vrline, kot so toplina, empatičnost, sočutnost do drugih ipd., ključne za delo s klienti, a kljub temu se jih zelo težko nauči. Eden izmed morda edinih učinkovitih načinov učenja ključnih terapevtskih vrtilin je prav čuječnost. Eno od pomembnih sporočil, ki jih uči čuječnost, je, da so vsa čustva prehodna in jih lahko zato polno občutimo, ne da bi se jih bali. Tako se »čuječi terapevti« klientovih močnih čustev ne ustrašijo ter s tem dajo klientu dovoljenje in prostor za izražanje svojih najglobljih afektivnih stanj. »Čuječi terapevt« je tako bolj zmožen ne obsojajočega sprejemanja izkušenj in izražanja klientov, hkrati je zmožen večje samorefleksije in sočutja do sebe, kar izboljšuje in varuje tudi terapevtovo blagostanje (Padilla, 2010).

1.2 PSIHIČNO IN PSIHOLOŠKO BLAGOSTANJE

1.2.1 Opredelitev psihičnega blagostanja

Psihično blagostanje je koncept, ki ga najpogosteje zasledimo na področju pozitivne psihologije in je eno izmed ključnih dejavnikov zadovoljstva z življenjem in kakovosti življenja (Ryff, 1989; Musek, 2008). Razvoj pozitivne psihologije in njenih konceptov se je začel z zavedanjem, da se je psihologija kot veda tekom zgodovine posvečala predvsem človekovemu trpljenju in nesreči, a se je zelo malo ukvarjala z raziskovanjem človekove srečnosti in njegovega optimalnega delovanja (Diener, 1984 in Jahoda, 1958, citirano v Ryff, 1989; Musek, 2015). Tako lahko rečemo, da je bila psihologija vrsto let »negativno pristrana«. Negativno pristranskost oziroma negativno usmerjenost psihologije so prvi začeli kritizirati humanistični in eksistencialni psihologi, ki so se začeli ukvarjati s človekovimi pozitivnimi lastnostmi (Musek, 2015).

Positivna psihologija psihično blagostanje oziroma psihično dobrobit prepozna kot svoj osrednji konstrukt (Musek, 2008; Musek, 2015). Že predhodniki znanstvene psihologije, kot so Aristotel, Demokrit in drugi, so bili mnenja, da je človekov najvišji cilj sreča. Tudi današnja pozitivna psihologija je mnenja, da je za kakovostno življenje nujno potrebno posameznikovo subjektivno doživljanje sreče (Musek, 2008; Musek, 2015).

Tako vidimo, da so se s psihičnim blagostanjem človeka ukvarjali že v davni zgodovini. Človekova sreča je tako postala koncept, ki so ga raziskovali tudi psihologi, in sicer še pred razvojem »uradne« pozitivne psihologije (Musek, 2015).

1.2.2 Dva glavna modela psihičnega blagostanja

Med zgodovino so se pojmovanja psihičnega blagostanja razlikovala. Tako lahko danes psihično blagostanje razumemo prek prizme dveh obstoječih paradig, hedonsko usmerjeno in eudaimonsko usmerjeno (Musek, 2008).

Hedonsko pojmovanje razume človekovo srečo kot dobro počutje in uživanje življenja. Glavni predstavnik te tradicije je bil Epikur. Pod Sokratovim vplivom se je razvila tudi druga, eudaimonsko usmerjena tradicija, ki razlaga, da mora človek za srečo živeti v skladu s svojimi vrlinami oziroma vrednotami. Z njegovim mišljenjem se je strinjal tudi Aristotel, ki je hedonsko paradigmo kritiziral s predpostavko, da je zgolj hedonsko uživanje, z neuresničevanjem osebnih vrednot, nekaj vulgarnega (Musek, 2008; Musek, 2015).

1.2.2.1 Hedonski model: subjektivno emocionalno (čustveno) blagostanje (SEB)

Po hedonskem razumevanju enačimo psihično blagostanje s človekovo srečo in ga pojmuje kot subjektivno emocionalno/čustveno blagostanje (Ryff, 1989). Subjektivno emocionalno blagostanje sestavljajo tri komponente, in sicer občutje zadovoljstva z življenjem, kar umeščamo v *kognitivno komponento* ter pozitivni in negativni afekt, kar uvrščamo v *emocionalno komponento*. Tako se visoko zastopan SEB povezuje z občutjem zadovoljstva z življenjem, visokim pozitivnim afektom in nizkim negativnim afektom. Pri SEB gre torej za vrednotenje lastnega življenja, na temelju emocionalne in kognitivne komponente (Musek, 2008; Musek, 2015; Blaži, 2016).

Na SEB vplivajo različni dejavniki. Genetska predispozicija igra pomembno vlogo pri našem pogledu na svet, torej, ali bo ta bolj optimističen ali bolj pesimističen (Musek, 2008; Musek, 2015). Nepogrešljiv je tudi vpliv okoliščin, saj je od tega, kar se nam v življenju zgodi odvisno, ali se v nekem obdobju življenja počutimo boljše ali slabše. Ključen je tudi vpliv osebnosti, pri čemer ekstravertnost in nevroticizem prepoznavamo kot ena izmed boljših napovedovalcev SEB. Tako ni presenetljivo, da bolj nevrotične osebe poročajo o nižjem zadovoljstvu z življenjem in obratno (Musek, 2008; Musek, 2015).

SEB tako ocenjujemo na temelju lastnih preteklih izkušenj, trenutnih notranjih stanj in pričakovanj o prihodnosti. Vendar je bilo ne glede na vse dejavnike vpliva ugotovljeno, da je pri SEB pomembnejša konsistentnost doživljanja blagostanja kot intenzivnost doživljanja blagostanja v redkih situacijah (Musek, 2002, citirano v: Blaži, 2016).

1.2.2.2 Eudaimonski model: psihološko blagostanje (PB)

Eudaimonsko razumevanje psihičnega blagostanja se nanaša na posameznikovo kvaliteto življenja, glede na njegove potenciale, kjer so v ospredju človekov občutek življenjskega smisla ter z rastjo povezani vidiki sreče in psihične dobrobiti (Waterman, 1993, citirano v: Avsec in Sočan, 2009; Blaži, 2016). Eudaimonska tradicija psihično blagostanje enači s psihološkim blagostanjem, medtem ko si bomo njegovo nadaljnjo delitev podrobneje ogledali kasneje.

Ta paradigma se je oblikovala na temelju teoretičnih spoznanj eksistencialnih, fenomenoloških in humanističnih psihologov, kjer so bili ključni koncepti Maslowe samoaktualizacije, Ericksonovega psihosocialnega razvoja, Allportove formulacije osebnostne zrelosti, Rogersove polno funkcionirajoče osebe ter Jungov koncept individuacije (Ryff in Keyes, 1995; Avsec in Sočan, 2009).

1.2.3 Dimenzije in struktura psihološkega blagostanja

Razumevanje in delitev psihičnega blagostanja, ki ju bomo opisali v tem podpoglavju, izhajata iz eudaimonske tradicije. Ryff (1989) je oblikovala šest-dimenzionalni model psihološkega blagostanja, s katerim je združila predhodno obstoječe teorije blagostanja in vključila vse pomembne psihološke konstrukte, ki se nanašajo na pozitivne vidike posameznikovega delovanja. Model tako vključuje dimenzije *sprejemanje samega sebe*, *pozitivnih medosebnih odnosov*, *avtonomnosti*, *obvladovanja okolja*, *smisla življenja in osebnostne rasti* (Ryff, 1989; Ryff in Keyes, 1995). Tako avtorica poudarja, da za psihološko blagostanje in psihično zdravje ni dovolj zgolj subjektivno občutenje sreče (Musek, 2008).

V nadaljevanju bomo podrobneje opisali posamezne dimenzije modela psihološkega blagostanja (Ryff, 1989; Ryff in Keyes, 1995; Avsec in Sočan, 2009).

a) *Sprejemanje samega sebe* je ključno za posameznikovo pozitivno delovanje in njegovo psihično zdravje. Da posameznik sprejema samega sebe, pomeni, da ima do sebe pozitivno stališče, sprejema tako pozitivne kot tudi negativne vidike sebe ter da na svojo preteklost gleda skozi pozitivno prizmo.

b) *Pozitivni medosebni odnosi*, kjer je pomembno, da posameznik z drugimi vzpostavlja tople, zadovoljive in zaupne odnose, kar je mogoče, če je sposoben empatije, vdanosti in intimnosti. Tak posameznik ima visoko izraženo skrb za dobro drugih.

c) *Avtonomnost* se veže na posameznikov občutek neodvisnosti in notranje uravnavanje vedenja, kar se kaže tudi v tem, da se je posameznik sposoben upreti družbenim pritiskom o tem, kako naj razmišlja in kako naj se vede. Avtonomen posameznik ne išče zunanjih potrditev, saj se vrednoti glede na lastne notranje standarde.

d) Dimenzija *obvladovanja okolja* je vezana na posameznikovo sposobnost, da si izbere in oblikuje okolje glede na svoje potrebe in vrednote ter da nanj tudi dejavno vpliva. Tako lahko izrabi priložnosti, ki mu jih okolje ponuja, hkrati ima nadzor nad zunanjim dogajanjem.

e) Posamezniku *smisel življenja, občutek smiselnosti* daje namen, ga usmerja. Smisel se tako močno povezuje z njegovimi občutki o vzroku lastnega obstoja in s cilji, ki si jih v življenju zastavlja.

f) Navsezadnje sta za optimalno psihično zdravje pomemben tudi stalen posameznikov razvoj lastnih potencialov in njegovo usmerjanje k *osebni rasti*, kar je vseživljenjsko in ga ne moremo časovno zamejiti.

Na podlagi opisanega modela je Ryff (1989) izoblikovala Vprašalnik psihološkega blagostanja (RPWB), ki smo ga uporabili tudi v naši študiji in ga bomo zato opisali v nadaljevanju pod poglavjem »Metoda«.

1.2.4 Psihoterapevtsko delo in psihično blagostanje

Veliko raziskav, ki preučujejo blagostanje terapevtov, se osredotoča predvsem na potencialno negativne vidike psihoterapevtskega dela, kot so sočutno empatični distress, pri čemer govorimo o posameznikovem občutenju tesnobe, do česar lahko pride zaradi lastnega odziva na trpljenje druge osebe (Engelbrektsson, 2020), sekundarna in posredna travmatizacija, izgorelost in podobno. Manjše število raziskav se usmerja v preučevanje pozitivnih vidikov terapevtskega dela, kot so osebna rast, osebno zadovoljstvo ob pomoči klientom, zadovoljstvo sočutja in posttravmatska rast (Linley in Joseph, 2007).

Novejše študije so preučevale tudi povezanost nekaterih negativnih plati terapevtskega dela na kasnejše pozitivne posledice le-teh (Linley in Joseph, 2007). Tako so Linley, Joseph in Loumidis (2005) ugotovili, da ima na blagostanje terapevtov pomemben vpliv njihov občutek koherentne osebnosti oziroma skladnosti. Tako so terapevti z višje izraženo osebno koherentnostjo dovezetnejši za pozitivne vplive terapevtskega dela s travmatiziranimi osebami kot terapevti z občutkom manjše osebne koherentnosti. Ta študija je spodbudila nadaljnje odkrivanje dejavnikov, ki pozitivno in negativno vplivajo na blagostanje terapevtov. Linley in Joseph (2007) sta tako v svoji študiji vključila 156 angleških kliničnih psihologov in psihologov, ki opravljajo psihološko svetovanje. V študiji sta želela preučiti, kakšne so njihove izkušnje dela s klienti in kako terapevtsko delo vpliva nanje. V študiji so pozitivno blagostanje terapevtov merili s spremenljivkami osebne rasti, s pozitivnimi psihološkimi spremembami in z zadovoljstvom sočutja. Negativno blagostanje terapevtov so merili s spremenljivkami negativnih psiholoških sprememb, izgorelosti in sočutnega empatičnega distressa. Na temelju predhodno obstoječe literature so v študiji upoštevali osem poklicnih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na blagostanje terapevtov: *osebno terapijo (preteklo ali trenutno), supervizijo, osebno izkušnjo pretekle travme, spol terapevta, terapevtovo teoretično usmeritev, terapevtovo praktično usmeritev, leta izkušenj terapevtskega dela ter trenutno (terapevtsko) obremenjenost* (Linley in Joseph, 2007). Upoštevali so tudi štiri psihološke dejavnike, ki se

pomembno povezujejo z osebnostno rastjo terapevtov, in sicer *koherentnost osebnosti, empatijo, vez delovne alianse s klientom in socialno podporo* (Linley in Joseph, 2007).

Rezultati študije so pokazali, da je terapevtska vez med klientom in terapevtom najboljši napovedovalec pozitivnih psiholoških sprememb in zadovoljstva sočutja pri terapevtih. Prav tako so rezultati potrdili predhodna pričakovanja raziskovalcev, da osebna koherentnost terapevta deluje kot varovalni dejavnik pred negativnimi psihološkimi posledicami in sočutno empatičnim distresom. Nadalje so rezultati študije pokazali, da terapevti, ki so tudi sami vključeni v osebno terapijo, doživljajo več pozitivnih psiholoških sprememb in imajo manjše težave z izgorelostjo. Ta spoznanja še dodatno poudarjajo pomen osebne terapije terapevtov, kar, ne zgolj zmanjšuje potencialne negativne vplive terapevtskega dela, temveč terapevtom pomaga pri lastnih pozitivnih spremembah in osebni rasti. Prav tako so o večji osebni rasti poročale ženske terapevtke, terapevti pod supervizijo in terapevti z lastno izkušnjo travme, kar nakazuje na to, da je terapevtova osebna izkušnja travme lahko celo večji pospeševalec osebne rasti in ne nujno dejavnik tveganja (Linley in Joseph, 2007).

Izsledki študije so pokazali, da se s pozitivnim in negativnim blagostanjem terapevtov povezuje tudi njihova psihoterapevtska usmeritev in modaliteta. Terapevti humanističnega in transpersonalnega psihoterapevtskega pristopa tako pogosteje poročajo o osebni rasti in pozitivnih spremembah zaradi svojega psihoterapevtskega dela. Ravno obratno se je pokazalo v rezultatih psihoterapevtov kognitivno-vedenjskega pristopa, ki so precej manj poročali o osebni rasti in pozitivnih spremembah ter veliko več o simptomih izgorelosti. Avtorja opozarjata na te izsledke, ki so precej skrb vzbujajoči, sploh zaradi priljubljenosti kognitivno-vedenjskega pristopa, vendar kljub vsemu navajata, da tega ne moremo enoznačno trditi, saj je do takih rezultatov prišlo morebiti zaradi vpliva drugih dejavnikov, kot so terapevtova osebna, odnos s klientom in podobno. Prav tako so o bolj negativnih posledicah terapevtskega dela in simptomih izgorelosti poročali terapevti, ki so svoje terapevtsko delo opravljali že več let (Linley in Joseph, 2007).

Na temelju dobljenih rezultatov tako Linley in Joseph (2007) domnevata, da se pozitivno blagostanje terapevtov povezuje predvsem z občutkom koherentne osebnosti, empatijo, vezjo med terapevtom in klientom ter socialno podporo terapevta, kamor prištevamo tudi kakovostno in redno supervizijo. Za konec avtorja navajata, da morata biti v terapiji klientova dobrobit in terapevtski odnos še vedno na prvem mestu, kar terapevt zagotovi tudi s tem, da skrbi za lastno blaginjo in blagostanje ter deluje v smeri preprečevanja lastnega izgorevanja (Linley in Joseph, 2007; Joseph in Linley, 2008).

1.3 RELACIJSKE POTREBE

1.3.1 Opredelitev relacijskih potreb

Človeško vedenje je pogojeno s potrebo po povezanosti z drugimi (Toksoy idr., 2020). Ljudje, kot socialna bitja, v času življenja stremimo k vzpostavljanju medosebnih odnosov, v katerih smo zmožni zadovoljevati lastne relacijske potrebe. Relacijske potrebe so osnova naši človečnosti in k zadovoljevanju teh nas motivira biološka potreba po navezanosti (Erskine, 2011). Relacijske potrebe, ki jih lahko razumemo kot čustvene potrebe posameznika in osnovo naših socialnih odnosov, nam tako pomagajo ohranjati in negovati našo navezanost na druge bližnje osebe (Stewart, 2010). Odnosi so del posameznikovega

življenja, ki omogočajo njegovo bivanje, razvijanje, spreminjanje in doseganje življenjskih ciljev. Erskine (2011) razlaga, da se odnosom ne moremo izogniti in da brez odnosov pravzaprav ne obstajamo, saj nas le-ti umeščajo v življenjske vloge, ki jih prevzemamo. Relacijske potrebe zadovoljujemo med celotnim življenjem, od rojstva vse do smrti (Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020). Naši odnosi se v času življenja sicer res spreminjajo, spreminja se tudi intenziteta relacijskih potreb, a kljub temu nas v ozadju vedno usmerja in motivira enaka potreba. To je potreba po uglašenosti in odzivanju druge osebe na naše relacijske potrebe, kar nam omogoča zadovoljevanje le-teh (Erskine, 2011). Relacijske potrebe se prav tako razlikujejo glede na odnos in so vsakemu odnosu unikatne, edinstvene. So ključni element psihološke blaginje posameznika, saj pozitivno vplivajo na kakovost življenja in na posameznikovo socialno samopodobo (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2011).

Če so naše relacijske potrebe uspešno zadovoljene, smo sposobni večje ustvarjalnosti in intimnosti, v nasprotnem primeru nam nezadovoljenost relacijskih potreb povzroči velik čustveni primanjkljaj, kar vpliva na vsa področja našega delovanja. Na temelju zadovoljenosti ali nezadovoljenosti relacijskih potreb izoblikujemo tudi stil navezanosti – varen ali nevaren, pri čemer so ključne naše zgodnje izkušnje, ki jih pridobimo v primarni družini (Erskine, 2011). Kot otroci svojim skrbnikom zaupamo, da se bodo uspešno odzivali oziroma da bodo uspešno zadovoljevali naše fiziološke in čustvene potrebe. Če so naše zgodnje izkušnje pozitivne, kar pomeni, da se v odnosih s ključnimi bližnjimi osebami počutimo varno in sproščeno, lahko razvijemo varno navezanost in občutek »jaza« (Pourova idr., 2020). Stil navezanosti je precej trajen in se ohrani med posameznikovim življenjem. Do rekonstrukcije disfunkcionalnih vzorcev navezanosti lahko pride v uglašenem medosebnem odnosu, kot na primer v terapevtskem odnosu, v katerem se terapevt stalno odziva na klientove relacijske potrebe.

1.3.2 Model relacijskih potreb

Model relacijskih potreb temelji na teoriji navezanosti, teoriji objektnih odnosov, transakcijski analizi in self-psihologiji, ki jim je skupno to, da potrebo po ustvarjanju medosebnih odnosov razumejo kot eno izmed temeljnih človekovih potreb (Žvelc idr., 2020).

Erskine (2011) je opredelil osem relacijskih potreb (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010; Erskine, 2011; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020):

- potrebo po varnosti,
- potrebo po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti v odnosu,
- potrebo po sprejemanju od stabilne, zanesljive in zaščitniške druge osebe,
- potrebo po potrditvi in deljenju osebnih izkušenj,
- potrebo po samodefinciji,
- potrebo po vplivu na drugo osebo,
- potrebo po iniciativi druge osebe in
- potrebo po izražanju ljubezni.

Potreba po varnosti vključuje »zaščito« naše fizične in čustvene (oziroma psihološke) ranljivosti. Oseba, ki ima to potrebo zadovoljeno, je sposobna vzpostavljati intimne, harmonične medosebne odnose (Žvelc idr., 2020). Da je ta potreba lahko zadovoljena, mora druga oseba v odnosu prvi sporočiti, da so njene potrebe normalne in sprejemljive (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Stewart, 2010).

Druga relacijska potreba, *potreba po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti v odnosu*, vključuje posameznikovo potrebo po tem, da mu druga oseba v odnosu potrdi, da so njegova notranja doživljanja pomembna in vredna. S tem posameznik dobi sporočilo, da ga oseba spoštuje, razume in sprejema takega, kot je (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020).

Potreba po sprejemanju od stabilne, zanesljive in zaščitniške druge osebe je potreba po tem, da se lahko zanesemo na drugo osebo, ki nam predstavlja vzor, npr. starši, starejši, mentorji in drugi. V odnosu s tako osebo iščemo predvsem zaščito in usmeritev. Te osebe dojemamo kot stabilne, zaradi česar lahko pride tudi do (pretirane) idealizacije (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020).

Potreba po potrditvi in deljenju osebnih izkušenj se izraža v posameznikovi želji po odnosu z osebo, ki mu je podobna in s katero si delita podobne izkušnje, kar večja občutek, da je razumljen (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020).

Peta potreba po samodefinciji povzema posameznikovo potrebo po izražanju svoje univerzalnosti, edinstvenosti ter hkratnem odobravanju, spoštovanju in sprejemanju pri drugih. Ta potreba je ravno nasprotje potrebi po potrditvi osebne izkušnje, kjer iščemo osebo, ki nam je podobna. Oseba, ki ima potrebo po samodefinciji zadovoljena, brez težav izraža svoje interese, ideje in druge identitetne komponente, saj ji okolica to dovoljuje in sprejema. Posamezniki, pri katerih ta potreba ni zadovoljena, se pogosteje zapletajo v konflikte in tekmovalne situacije, v želji, da bi ohranili občutek lastne integritete in identitetne univerzalnosti (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020).

Potreba po vplivu na drugo osebo vključuje posameznikovo željo, da na drugega vpliva na želen način in pri drugem sproži želen odziv. Pri tem posameznik svoje vedenje prilagaja na način, da privablja pozornost in zanimanje drugih ter pri njih vzbudi določeno spremembo, želen čustveni odziv ipd. Z zadovoljenostjo te potrebe se tudi potrjujemo (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020).

Potreba po iniciativi druge osebe se kot sedma relacijska potreba nanaša na potrebo, da druga oseba z nami prva vzpostavi stik oziroma naredi prvi korak v medosebnem odnosu. Ta potreba vključuje tudi spontana vedenja drugih, s katerimi nas presenetijo, razbremenijo in nam pomagajo, ne da bi jih zato prosili (Erskine in Trautmann, 1996; Erskine, 2015; Stewart, 2010; Žvelc idr., 2020).

Zadnja izmed relacijskih potreb je *potreba po izražanju ljubezni*, ki jo posameznik zadovoljuje predvsem z vedenjem, pri čemer ljubezen do druge osebe izraža s pomočjo hvaležnosti, z dejanji naklonjenosti ali s katerim drugim dejanjem za drago osebo. Potreba po izražanju ljubezni je zadovoljena takrat, ko nam naše socialno okolje to dovoljuje in spoštuje (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010; Erskine, 2015).

Zadovoljenost relacijskih potreb v odnosu oseba prepoznava v občutku ljubljenosti v odnosu (Žvelc idr., 2020; Toksoy idr., 2020). Z zadovoljenostjo posamezne relacijske potrebe izgubljajo svojo intenzivnost in prehajajo v »ozadje« zavedanja. Nasprotno se zgodi ob nezadovoljenosti posamezne relacijske potrebe, saj se ob tem njena intenzivnost poveča, kar je lahko za posameznika precej vznemirjajoče. V posamezniku se lahko to izraža v povečanem hrepenenju, občutkih praznine, osamljenosti in povečani tesnobi (Erskine, 2011; Žvelc idr., 2020; Toksoy idr., 2020). Ob daljši nezadovoljenosti relacijskih potreb posameznik občuti psihološki distress (Stewart, 2010), kar se lahko kaže v tem, da v odnosih postane izredno frustriran in jezen, nadalje lahko posameznik izoblikuje

disfunkcionalna prepričanja o samem sebi, drugih in svetu ter izgubi občutek smisla (Erskine in Moursund 1988, citirano v Žvelc idr., 2020; Toksoy idr., 2020).

Dlje časa trajajoča nezadovoljenost relacijskih potreb tako večja posameznikove občutke osamljenosti, slednje nadalje vpliva tudi na zdravje posameznika, tako fizično kot tudi psihično. Tako se osamljenost povezuje z diabetesom, avtoimunimi in kardiovaskularnimi obolenji, rakom itd. (Mushtaq idr., 2014). Nadalje se osamljenost povezuje tudi z različnimi duševnimi težavami, kot je na primer depresija, prav tako prihaja do večje zlorabe alkohola, povezuje se tudi s samomorilnostjo, Alzheimerjevo demenco in zgodnejšo umrljivostjo (Mushtaq idr., 2014). Zaradi vsega naštetega vidimo, kako pomembno je, da posameznik med življenjem uspešno zadovoljuje svoje relacijske potrebe, saj je v nasprotnem primeru kakovost njegovega življenja precej okrnjena (Žvelc idr., 2002). Razumevanje pomena relacijskih odnosov in potrebe po zadovoljevanju teh je nujno potrebno tudi v terapevtskem odnosu (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010; Žvelc idr., 2020), o čemer bomo več spregovorili v naslednjem poglavju.

1.3.3 Relacijske potrebe v terapiji

Težave velike večine klientov, ki so vključeni v eno izmed oblik psihoterapije, pogosto izhajajo iz nezadovoljenosti relacijskih potreb, pri čemer je ključno, da terapevt v terapiji slednje prepozna, naslavlja in se ustrezno odziva. Pri tem je ključna terapevtova polna vključenost v terapevtski odnos, kar vsebuje priznavanje in validacijo klienta, normaliziranje njegovih vsebin in zagotavljanje terapevtske prisotnosti v odnosu (Erskine in Trautmann, 1996).

Ko govorimo o terapevtskem odnosu, se največkrat osredotočamo na relacijske potrebe klienta, vendar kljub temu ne smemo pozabiti, da ima tudi terapevt svoje relacijske potrebe, s katerimi vstopa v odnos s klientom. Terapevt je odgovoren za ustrezno zadovoljevanje lastnih relacijskih potreb v terapevtskem odnosu. Pri tem sta mu v veliko pomoč lastna terapija in redna supervizija, kar mu omogoča boljši vpogled in ozaveščenost o ustreznem zadovoljevanju lastnih relacijskih potreb v odnosu s klientom. Pri tem je še posebej pomembno naslavljanje kontratransferne občutja, ki so v superviziji pogosto spregledana (Stewart, 2010).

Delo s terapevtovimi relacijskimi potrebami je še posebej pomembno pri terapevtskih modalitetah, ki izhajajo iz humanistično-eksistencialne paradigme, pri katerih je v ospredju človečnost terapevta, kar seveda vključuje tudi njegove relacijske potrebe (Stewart, 2010). Prav zaradi tega sta tako pomembna terapevtova skrb za lastne relacijske potrebe v odnosu s klientom in ustrezno zadovoljevanje teh, saj lahko v nasprotnem primeru terapevti klientu naredijo veliko škode, pride lahko tudi do retravmatizacije. Ne glede na vse, mora biti vedno klientova dobrobit v ospredju (Stewart, 2010).

Stewart (2010) relacijske potrebe deli na *trenutne* in *arhaične*. Trenutne relacijske potrebe so tiste, ki so skladne z določenim življenjskim obdobjem in ki jih lahko uspešno zadovoljimo v svojih odnosih v odraslosti. Arhaične relacijske potrebe so tiste, ki izhajajo iz naših nezadovoljenih relacijskih potreb iz predhodnih razvojnih obdobj in zaradi katerih lahko občutimo različno psihološko simptomatiko, kot na primer čustveno praznino, občutke nemoči, izrazit strah pred zapuščenostjo in podobno. Pri tem avtor poudari, da sicer lahko z delom na sebi ublažimo psihološko simptomatiko nezadovoljenih arhaičnih relacijskih potreb, vendar jih v odrasli dobi ne moremo nikoli več polno zadovoljiti, saj pripadajo razvojnemu obdobju, ki je že minilo (Stewart, 2010).

V nadaljevanju si bomo podrobneje pogledali vseh osem predhodno opisanih relacijskih potreb, vendar se bomo pri tem osredotočili na terapevta oziroma na njegove relacijske potrebe v terapevtskem odnosu, kakšne so lahko posledice neustreznega zadovoljevanja teh v terapevtskem odnosu in na kakšne načine lahko terapevtskemu odnosu koristijo.

Potreba po varnosti je v terapevtskem odnosu pomembna tako za klienta, kot tudi za terapevta. V primeru, da terapevt svojo arhaično potrebo po varnosti vnese v terapevtski odnos s klientom, bo to verjetno izražal prek sporočil, kot npr. »želim, da poskrbiš zame« ali »tvoje potrebe so mi obremenjujoče«. V tem primeru se v terapevtu vzbudi ego stanje Otroka, medtem ko se v klientu vzbudi ego stanje Starša, kar se kaže v skrbi klienta do terapevta (Stewart, 2010). Zaradi slednjega avtor poudarja, da je izredno pomembno, da terapevti v superviziji predelajo lastne občutke zapuščenosti in krepijo občutek lastne vrednosti, saj so šele takrat zmožni klientom ponuditi varnost v odnosu. Pri tem poudari razliko med »biti iskren in čustveno dostopen« v odnosu s klientom ter vnašanjem lastnih nezadovoljenih arhaičnih relacijskih potreb v terapijo, kar povzroči menjavo vlog v terapevtskem odnosu (Stewart, 2010). Da je v terapevtskem odnosu potreba po varnosti zadovoljena tako pri klientu kot tudi pri terapevtu, je nujno treba postavljati meje, kar obema v odnosu omogoča fizično in čustveno varnost (Stewart, 2010).

Stewart (2010) navaja, da se v intenzivnejšem psihoterapevtskem odnosu, v katerem klienti svoje nezavedne življenjske zgodbe projicirajo na terapevta, lahko zgodi, da terapevt čuti, da ga klient ne doživlja kot sposobnega ali kot resnično osebo. V tem primeru se lahko terapevt čuti necenjenega ali celo, »izrabljenega« s strani klienta. Temu so terapevti še posebej izpostavljeni ob delu s klienti, ki niso zmožni empatije do terapevtov oziroma jih dojemajo kot »polnilno postajo« svojih projekcij (Stewart, 2010). Terapevti morajo to pravočasno ozavestiti, saj lahko v nasprotnem primeru razvijejo čustveno distanco do klienta. Poleg tega je problematična tudi terapevtova pretirana potreba po potrditvi oziroma idealizaciji njega v očeh klienta, pri čemer terapevt sebe postavi v vlogo »strokovnjaka«. Slednje močno vpliva na terapevtski odnos, saj se terapevt v tem primeru težje uskladi s klientovim ritmom, njegovo razvojno stopnjo, kognitivnim slogom in čustvenimi procesi (Stewart, 2010). Tako se mora terapevt zavedati, da pri klientovem idealiziranju terapevta ne gre neposredno zanj, temveč je v ozadju klientova potreba po intrapsihični varnosti. Pri tem avtor še opozarja na pogostost tega, da klient idealizira terapevta, kar je treba prepoznati in ustrezno nasloviti (Stewart, 2010). Tako je pomembno, da terapevt *potrebo po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti v odnosu zadovoljuje* na ustreznije načine, kot na primer v prepoznavanju klientovega napredka, pozitivnih sprememb v njegovi osebnosti, v terapevtskem odnosu in klientovih povratnih informacij o terapevtu, njunem odnosu in pomembnosti tega odnosa zanj (Stewart, 2010).

Pri tretji relacijski potrebi Stewart (2010) opiše primer edukantke psihoterapije, ki je delala v odnosu s klientom z narcističnimi potezami. V času dinamike s klientom se je v njej prebudila arhaična relacijska potreba *po sprejemanju od stabilne, zanesljive in zaščitniške druge osebe*. Tako je v odnosu prišlo do menjave vlog, pri čemer je terapevtka hrepenela po občutku sprejetosti s strani klienta, ki ji je predstavljal »idealno«, stabilno in zanesljivo drugo osebo. V tem primeru je prišlo do kontratransfera idealizacije, do česar lahko pride v primeru, da terapevt klienta prepozna kot talentirano osebo z višjim statusom, bogatim premoženjem ipd. Slednje je ponovno treba naslavljati v supervizijskem procesu, saj bo drugače naše uglaševanje na klientove potrebe okrnjeno in ovirano (Stewart, 2010). Vseeno avtor poudari, da je v nekaterih primerih smiselno, da terapevt svoje »občudovanje« do klienta tudi ubesedi in izrazi. To je lahko ustrezno in terapevtsko med

uglaševanjem na klientovo potrebo, da jo drugi potrjujejo ali ob klientovi nezmožnosti prepoznavanja lastnega napredka in vpliva, ki ga ima na ljudi okoli sebe (Stewart, 2010).

Terapevtu se lahko zgodi, da dela s klientom, s katerim si deli osebno izkušnjo, pri čemer je lahko ta tako svojevrstna, da terapevt prvič spozna osebo, ki je doživela kaj tako podobnega. Prav tako se lahko zgodi, da je terapevtovo življenjsko obdobje v nekem trenutku vzporedno klientovemu. Avtor navaja, da je popolnoma ustrezno, da se na morebitne medsebojne izkušnje s klientom odzovemo, vendar moramo pri tem ohraniti uglašenost na relacijske potrebe klienta (Stewart, 2010). Tako moramo kot terapevti prepoznati, ali je deljenje osebne izkušnje v nekem trenutku ustrezno, vendar hkrati ne smemo pričakovati, da bo klientov odziv na podobno situacijo enak našemu. Avtor opozori tudi na negativne učinke terapevtovega deljenja osebne izkušnje, do česar pride v primeru, ko terapevt dano situacijo izkoristi za zadovoljevanje lastne relacijske potrebe *po potrditvi in deljenju osebne izkušnje* ter pozabi na prioriteto klientove dobrobiti v odnosu. Terapevt se mora tako zavedati tanke meje med priložnostjo za okrepitev odnosa s klientom in terapevtsko napako (Stewart, 2010).

Terapevtski odnos deluje vzajemno, pri čemer se tudi terapevti ves čas učijo od svojih klientov. Prek terapevtskega odnosa tako terapevti spoznavajo različne vidike sebe, različne vrednotne sisteme in poglede na svet. Zaradi vsega naštetega klienti tako pomembno prispevajo k terapevtovemu zaznavanju samega sebe (Stewart, 2010). Stewart (2010) v tem prepoznava veliko vrednost poklica terapevta, za katerega sam pravi, da mu je čez leta pomagal dozoreti in okrepiti občutek življenjskega smisla. *Zadovoljena potreba po samodefiniciji* v odnosu je ključna pri delu s klienti, saj je tako terapevt v odnosu s klientom zmožen jasno sporočiti lastne misli, občutke in vedenja (Stewart, 2010). Po drugi strani lahko nezavedna terapevtova potreba po samodefiniciji vodi v neustrezne terapevtove intervencije, kot na primer prezgodnje dajanje nasvetov, ki izhajajo iz terapevtovih prepričanj ali so rigidno vezani na njegov teoretični pristop ter pretirano konfrontiranje klienta ali nasprotovanje, kar zmanjšuje terapevtovo zmožnost za empatično uglaševanje s klientom (Stewart, 2010).

Občutek, da imamo pomemben vpliv na drugega, deluje na posameznika nagrajujoče. Tako lahko *potreba po vplivu na drugo osebo* privede tudi do terapevtskih napak, kot na primer, da v terapevtskem odnosu s klientom dajemo več pozornosti njegovi spremembi in napredku kot preverjanju, pridobivanju informacij in krepitvi terapevtskega odnosa (Stewart, 2010).

Stewart (2010) pove, da je naše delovanje v odnosih ključno tudi pri terapevtskem delu. Tako poudari, da v primeru, da terapevti niso zmožni vzpostavljanja medosebnega odnosa in če v odnosu ne znajo vzpostaviti globlje čustvene povezanosti, so nezmožni izvajati relacijsko terapijo oziroma terapijo, kjer je odnos v ospredju. Prav tako je v primeru, da v terapevtski odnos vnesemo svoje relacijske frustracije, kot na primer strah pred zavrnitvijo, delo s klientom na globlji ravni precej omejeno. Ne nazadnje mora terapevt omejiti svoja pričakovanja glede zadovoljitve lastne relacijske *potrebe po iniciativi* v terapevtskem odnosu, saj ta pogosto ni zadovoljena (Stewart, 2010).

Terapevtova naloga v odnosu s klientom je, da deluje kot vzor pri izražanju skrbi za drugega in ljubeznivosti. V varnem in zaupnem terapevtskem odnosu klientom dajemo možnost za pridobitev korektivne čustvene izkušnje, kar samo po sebi deluje na klienta blagodejno in zdravilno. Pri tem je ključna terapevtova presoja o terapevtskem odnosu in klientovi pripravljenosti za sprejemanje ljubezni druge osebe. Pri tem Stewart (2010) opozarja na morebitne zadržke terapevta, ki izhajajo iz strahu, da si bo klient njegova

vedenja napačno razlagal. Tako se morajo terapevti zavedati, da je za klienta dovolj že to, da se lahko nanje zanese, da v odnosu izražajo skrb za klienta in ohranjajo terapevtsko prisotnost. Če na relacijsko *potrebo po izražanju ljubezni* niso dovolj pozorni, lahko pride do napačne interpretacije klientovih transfernih občutkov, kar se lahko izraža v romantični ali celo erotični dinamiki odnosa s klientom. Slednje mora terapevt nasloviti v lastni terapiji ali v supervizijskem procesu, s čimer prepreči potencialno (re)travmatizacijo klienta (Stewart, 2010).

1.4 NAMEN IN CILJI

Namen magistrskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri je terapevtska prisotnost odvisna od zadovoljenosti relacijskih potreb psihoterapevtov in njihovega psihološkega blagostanja. Pri tem si zastavljamo odprto vprašanje, in sicer: »Ali psihološko blagostanje in relacijske potrebe napovedujejo terapevtsko prisotnost?« Glede na teoretična izhodišča, iz katerih izhajamo, sklepamo, da se bo pozitivna povezanost med psihološkim blagostanjem in relacijskimi potrebami na terapevtsko prisotnost pokazala tudi na našem raziskovalnem vzorcu.

Glede na namen naše raziskave je tako glavni cilj magistrskega dela na slovenskem vzorcu psihoterapevtov oziroma edukantov psihoterapije kvantitativno raziskati povezanost psihološkega blagostanja in zadovoljenosti relacijskih potreb na njihovo terapevtsko prisotnost oziroma uspešnost zagotavljanja le-te.

1.5 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA OZIROMA HIPOTEZE

Glede na teoretična izhodišča smo si v raziskavi zastavili dve glavni hipotezi, in sicer: H1: Terapevtska prisotnost je izrazitejša pri psihoterapevtih z višje izraženim stanjem psihološkega blagostanja.

H2: Pri psihoterapevtih z bolj zadovoljenimi relacijskimi potrebami je terapevtska prisotnost izrazitejša. Pri tem se nanašamo na dejstvo, da pride v primeru nezadovoljenih potreb do občutkov hrepenenja, osamljenosti ali praznine, ob daljši nezadovoljenosti se le-to lahko kaže tudi v agresivnem vedenju, močnih občutkih jeze in frustracij (Žvelc, 2011). Glede na opisano lahko predpostavljamo, da psihoterapevti z nezadovoljenimi relacijskimi potrebami ne morejo učinkovito zagotavljati terapevtske prisotnosti v odnosu s klienti.

Prvo hipotezo smo nadalje razdelili v tri kategorije (a, b, c), in sicer: H1 a: S terapevtsko prisotnostjo se pozitivno povezuje dimenzija psihološkega blagostanja *pozitivni medosebni odnosi*. Slednje predpostavljamo, saj se nanaša na posameznikovo skrb za dobro drugih, sposobnost empatije in intimnosti ter razumevanja dinamike »daj-dam« v odnosu z drugo osebo (Avsec in Sočan, 2009).

H1 b: Višje izražena dimenzija psihološkega blagostanja *obvladovanje okolja* se povezuje z višje izraženo terapevtsko prisotnostjo. Slednje predpostavljamo, saj se le-ta med drugim nanaša na osebno kompetentnost pri obvladovanju okolja ter sposobnost ustvarjanja okolja, ki ustreza osebnim potrebam in vrednotam (Avsec in Sočan, 2009).

H1 c: Višje izražena dimenzija psihološkega blagostanja *osebna rast* se povezuje z višje izraženo terapevtsko prisotnostjo. To predpostavljamo, ker se slednja izraža pri posameznikih z občutkom kontinuiranega razvoja, ki so odprti do novih izkušenj in imajo boljši vpogled vase ter boljšo učinkovitost (Avsec in Sočan, 2009).

2 METODA

2.1 VZOREC

Udeleženci naše raziskave so slovenski certificirani psihoterapevti različnih psihoterapevtskih modalitet in edukanti psihoterapije različnih psihoterapevtskih modalitet, ki v praksi že delajo s klienti.

V raziskavi je tako sodelovalo 161 oseb, medtem ko je spletni vprašalnik v celoti izpolnilo 124 oseb, ki smo jih vključili v končni vzorec. Starost udeležencev se je gibala med 24 in 70 let, pri čemer je povprečna starost znašala 43,61 leta ($SD = 10,66$). V končnem vzorcu so bile zajete 104 (83,9 %) osebe ženskega spola in 20 (16,1 %) oseb moškega spola.

Med udeleženci je velika razlika v tem, koliko časa že delajo s klienti, in sicer od enega meseca do 45 let, v povprečju delajo s klienti devet let. Največ udeležencev raziskave (51,6 %) ima dokončano specializacijo po visokošolskem strokovnem programu oziroma univerzitetno izobrazbo po predbolonjskem sistemu oziroma zaključen magisterij (druga bolonjska stopnja). Najmanj udeležencev (8,1 %) ima pridobljen doktorat znanosti po predbolonjskem sistemu oziroma zaključeno tretjo bolonjsko stopnjo. Visokošolsko izobrazbo po predbolonjskem sistemu oziroma univerzitetno po prvi bolonjski stopnji ima 25 % udeležencev, magisterij znanosti oziroma specializacijo po univerzitetnem programu (pred bolonjski sistem) ima 15,3 % udeležencev. 14,5 % udeležencev ima naziv magister psihologije, 3,2 % specialist psihiatrije, 4,8 % specialist klinične psihologije, preostali udeleženci (77,4 %) so se opredelili z drugimi strokovnimi nazivi.

Velik delež – skoraj petina – naših udeležencev (19,2 %) opravlja psihoterapevtsko prakso po dveh različnih paradigmah, pri čemer prevladuje kombinacija kognitivno-vedenjske in humanistične. Sledijo udeleženci, ki delujejo po psihoanalitični oziroma psihodinamski paradigmi (13,7 %), po integrativni paradigmi svoje delo opravlja 13,4 %, po humanistično-eksistencialni paradigmi 12 % udeležencev, ostali so opredelili možnost »drugo«.

Pri izbiri modalitete se je prav tako večji del udeležencev (14,4 %) opredelil z možnostjo »drugo«, sledili so udeleženci, ki so izbrali dve modaliteti (13,6 %), med tistimi, ki so se opredelili za eno modaliteto, sta bili najpogostejši izbiri integrativna terapija (8,8 %) in psihoanaliza (8,1 %). Sledila je logoterapija, pod katero se je opredelilo 8 % udeležencev.

Tabela 1

Številčni prikaz psihoterapevtske paradigme in modalitete udeležencev

| Psihoterapevtska paradigma | Št. udeležencev |
|-----------------------------------|------------------------|
| Psihoanalitična oz. psihodinamska | 30 |
| Kognitivno-vedenjska | 32 |
| Sistemska | 20 |

| | |
|-----------------------------|----|
| Humanistično-eksistencialna | 31 |
| Integrativna | 33 |
| Drugo | 36 |

Psihoterapevtska modaliteta

| | |
|-----------------------|----|
| Kognitivno-vedenjska | 29 |
| Transakcijska analiza | 27 |
| Integrativna | 25 |
| Psihoanaliza | 19 |
| Sistemska | 16 |
| Realitetna | 15 |
| Logoterapija | 13 |
| Gestalt | 12 |
| Psihodrama | 5 |
| Bonding | 4 |
| Drugo | 28 |

Tabela 1 nam sicer prikazuje, koliko oseb iz našega vzorca se prišteva k posamezni psihoterapevtski paradigmi in modaliteti, vendar seštevek teh števil precej presega velikost vzorca, zajetega v raziskavi. Do tega je prišlo pri postopku izpolnjevanja vprašalnika, pri čemer so imeli udeleženci možnost izbire več različnih odgovorov. Slednje smo jim ponudili, saj smo želeli pridobiti čim bolj relevantne podatke.

Največ udeležencev (33,9 %) opravlja individualno obliko psihoterapije, najmanj (0,8 %) jih opravlja skupinsko obliko psihoterapije. 26,6 % udeležencev opravlja tako individualno kot tudi partnersko in skupinsko obliko psihoterapije, 1,6 % jih opravlja samo partnersko, 12,9 % jih opravlja individualno in skupinsko, 16,9 % individualno in partnersko, 7,3 % udeležencev se je opredelilo pod »druge vrste psihoterapije«, pri čemer je bila najbolj poudarjena družinska psihoterapija. Več kot polovica udeležencev (52,4 %) je še v procesu pridobivanja psihoterapevtskega certifikata, 47,6 % udeležencev ima že pridobljen psihoterapevtski certifikat. Podobno razmerje je med tistimi udeleženci, ki tudi sami obiskujejo osebno psihoterapijo (51,6 %), in tistimi, ki ne (48,4 %). V redno supervizijo je vključena večina udeležencev (93,5 %), samo 6,5 % se jih redne supervizije ne udeležuje. Povprečno število klientov, ki jih imajo udeleženci na tedenski ravni, je 11,65. Večina naših udeležencev (69,3 %) svoje terapevtsko delo opravlja v zasebni praksi, 12,9 % jih

dela v sklopu javne ustanove, 9,7 % jih svoje delo opravlja v zasebni praksi in javni ustanovi. Preostali udeleženci (8,1 %) so se opredelili pod možnost »drugo«, pri čemer so navajali nevladne organizacije, društva, zasebne inštitute in podobno.

Z zadnjimi demografskimi vprašanji smo želeli izvedeti tudi nekaj o njihovem odnosu do svojega terapevtskega dela, pri čemer so se udeleženci opredelili na ocenjevalni lestvici od 1 do 5. Pri tem smo ugotovili, da uspešnost svojega dela v povprečju ocenjujejo kot »zelo dobro« (M = 3,70), delo terapevta v povprečju ocenjujejo kot »malo stresno« (M = 2,44), navsezadnje jih terapevtsko delo tudi »precej izpolnjuje« (M = 4,43).

2.2 PRIPOMOČKI

V baterijo spletnih vprašalnikov smo vključili demografski vprašalnik s šestnajstimi vprašanji, dva standardizirana vprašalnika in eno lestvico.

Prek demografskega vprašalnika smo o udeležencih raziskave zbrali podatke o spolu, starosti, stopnji izobrazbe, strokovnem nazivu, psihoterapevtski paradigmi, iz katere pri svojem delu izhajajo, ter psihoterapevtski modaliteti, na kateri temelji njihovo psihoterapevtsko delo. Prav tako nas je zanimalo, ali so še v procesu pridobivanja psihoterapevtskega certifikata, katero vrsto psihoterapije opravljajo (individualna, partnerska, skupinska ipd.), koliko let imajo izkušenj dela s klienti in ali so vključeni v osebno terapijo in/ali redno supervizijo. Poleg naštetega smo od udeležencev želeli izvedeti, kje opravljajo svojo psihoterapevtsko dejavnost (javna ustanova, zasebna praksa ali oboje), koliko klientov imajo povprečno v tedenski obravnavi, za konec smo jih še povprašali, kako sami ocenjujejo svoje psihoterapevtsko delo (na lestvici od 1 do 5), pri čemer so ocenili tudi, v kolikšni meri ga doživljajo kot stresno (na lestvici od 1 do 5) in v kolikšni meri jih psihoterapevtsko delo osebno izpopolnjuje (na lestvici od 1 do 5).

2.2.1 Vprašalnik Terapevtske prisotnosti (Therapeutic Presence Inventory)

Vprašalnik so razvili Shari M. Geller, Leslie S. Greenberg in Jeanne Cherry Watson (2010). Avtorice vprašalnika so ga zasnovale za samoocenjevanje dveh vidikov terapevtske prisotnosti, klientove in terapevtove. V svoji raziskavi smo uporabili slovensko različico vprašalnika, ki sta ga v slovenščino prevedli Alenka Stopar in Bernarda Potočnik, oblikoval in priredil ga je dr. Gregor Žvelc, medtem ko je njegove merske značilnosti testirala Bogataj (2021) v svoji magistrski nalogi. Slovenska različica vprašalnika je namenjena terapevtovi oceni lastne prisotnosti v terapevtskem odnosu. Ta zajema 21 postavk, med katerimi jih je 11 pozitivno vrednotenih in 10 negativno vrednotenih. Slovenska različica vprašalnika vsebuje 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico, pri čemer se posamezniki opredelijo, v kolikšni meri posamezna postavka drži zanje, pri čemer 1 predstavlja »nikoli« in 5 »zelo pogosto«.

Slovenska različica vprašalnika je bila v letu 2021 validirana, pri čemer se sedma postavka ni izkazala kot ustrezna, zato smo jo tudi v svoji raziskavi naknadno izločili iz statističnih analiz. Tako smo nadalje upoštevali rezultate preostalih 20 postavk. V sklopu validacije slovenske različice vprašalnika sta bila pridobljena dva faktorja oziroma dve lestvici vprašalnika, in sicer *terapevtska prisotnost* ($\alpha = 0.84$) in *terapevtska neprisotnost* ($\alpha = 0.82$) (Bogataj, 2021). Drugi faktor, *terapevtska neprisotnost*, smo zaradi lažje razumljivosti in večjega poudarka razlik med posameznima faktorjema preimenovali v *primanjkljaj kontakta*. Pri tem smo izhajali iz terminologije integrativne psihoterapije, kjer je »kontakt« poudarjen kot pomembna odnosna komponenta med terapevtom in klientom.

Prek uglasenega kontakta klient pridobi novo odnosno izkušnjo, kar ji omogoča opuščati varovalne obrambne mehanizme in integrirati sebe kot celoto (Radovanovič, 2008). Tako v primeru primanjkljaja kontakta slednje močno vpliva na odnos med klientom in terapevtom ter navsezadnje na izid same terapije. Glede na opisana teoretična izhodišča se nam je zdelo preimenovanje drugega faktorja za namene magistrskega dela ustrezno.

2.2.2 Vprašalnik Psihološkega blagostanja (Ryff's Scales of Psychological Well-Being)

Vprašalnik Psihološkega blagostanja, ki smo ga uporabili v svoji raziskavi, je oblikovala Ryff (1989), v slovenščino ga je leta 2002 prevedla dr. Andreja Avsec. Vprašalnik Psihološkega blagostanja obstaja tudi v krajši različici, prevedeni v slovenščino, ki ima po štiri postavke na lestvico, vendar smo zaradi večje zanesljivosti uporabili prvotno, daljšo različico vprašalnika s 84 postavkami. Uporabljeni vprašalnik meri šest dimenzij psihološkega blagostanja: *Sprejemanje sebe*, *Obvladovanje okolja*, *Pozitivni medosebni odnosi*, *Osebnostna rast*, *Smisel življenja* in *Avtonomnost*. Anketiranci se pri posameznih postavkah opredelijo na 6-stopenjski ocenjevalni lestvici, pri čemer 1 predstavlja »popolnoma zavračam«, 6 predstavlja »popolnoma se strinjam«. Notranja konsistentnost posameznih lestvic originalnega vprašalnika je precej visoka: Sprejemanje sebe ($\alpha = 0,93$), Pozitivni medosebni odnosi ($\alpha = 0,91$), Avtonomija ($\alpha = 0,86$), Obvladovanje okolja ($\alpha = 0,90$), Smisel življenja ($\alpha = 0,90$) in Osebnostna rast ($\alpha = 0,87$). Na slovenskem vzorcu (Avsec in Sočan, 2009) je bila notranja konsistentnost posameznih lestvic tudi precej visoka, in sicer Sprejemanje sebe ($\alpha = 0,88$), Pozitivni medosebni odnosi ($\alpha = 0,86$), Avtonomnost ($\alpha = 0,84$), Obvladovanje okolja ($\alpha = 0,80$), Smisel življenja ($\alpha = 0,85$) in Osebnostna rast ($\alpha = 0,80$).

2.2.3 Lestvica zadovoljenosti relacijskih potreb

Lestvico so avtorji (Žvelc, idr. 2020) razvili na temelju Erskinovega modela relacijskih potreb. Lestvica je bila preizkušena na slovenskem vzorcu, pri čemer so s pomočjo konfirmatorne faktorjske analize potrdili pet naslednjih lestvic: *Avtentičnost*, *Podpora in zaščita*, *Imeti vpliv*, *Deljena izkušnja* in *Iniciativa s strani druge osebe*. Lestvico zadovoljenosti relacijskih potreb tako sestavlja 20 postavk, medtem ko anketiranci nanje odgovarjajo s pomočjo Likertove lestvice, pri čemer se opredelijo glede na to, v kolikšni meri posamezna postavka zanje drži. Tako se posamezniki opredelijo na lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da postavka zanje sploh ne drži in 5, da postavka zanje popolnoma drži. Pri vrednotenju lestvice se seštevajo tako rezultati posameznih lestvic kot tudi skupen rezultat celotne lestvice, saj slednje ugotavlja splošno zadovoljenost relacijskih potreb pri posamezniku. Tako višje dosežen rezultat pomeni večjo zadovoljenost relacijskih potreb pri posamezniku in obratno.

Notranja konsistentnost celotne lestvice je bila v raziskavi Žvelca in sodelavcev (2020) precej visoka ($\alpha = 0,90$), prav tako je bila ugotovljena sprejemljiva do visoka zanesljivost pri posameznih lestvicah, in sicer: Avtentičnost ($\alpha = 0,80$), Podpora in zaščita ($\alpha = 0,85$), Imeti vpliv ($\alpha = 0,81$), Iniciativa s strani druge osebe ($\alpha = 0,83$) in Deljena izkušnja ($\alpha = 0,73$).

2.3 POSTOPEK

Vzorčenja smo se lotili tako, da smo najprej oblikovali spletno anketo v programu 1KA, kamor smo vnesli vnaprej oblikovan demografski vprašalnik in vse tri uporabljene vprašalnike. Vse posamezne postavke vprašalnikov smo označili kot obvezne, da bi se čim bolj izognili manjkajočim vrednostim. Povprečen čas reševanja spletne ankete je bil ocenjen na 20 minut. Baterijo spletnih vprašalnikov smo nadalje posredovali na elektronske naslove potencialnim udeležencem. Ker smo že vnaprej predvidevali, da bomo težje nabrali dovolj veliko število udeležencev, smo se tega lotili sistematično in organizirano. Tako smo si oblikovali Excelovo datoteko, v katero smo sprotno vpisovali posamezne osebe in organizacije, društva, zavode ali centre za psihoterapijo ter si na ta način oblikovali seznam potencialnih udeležencev, ki smo jim na elektronski naslov posredovali povabilo za sodelovanje v raziskavi. Potencialne udeležence raziskave, ki smo jim posredovali povabilo za sodelovanje v raziskavi, smo iskali na spletnih straneh, socialnih omrežjih, kot sta Facebook in Instagram, ter prek neposrednih in posrednih poznanstev. Prav tako smo podatke zbirali po metodi snežne kepe, saj smo v povabilu za sodelovanje posameznike nagovorili s prošnjo, naj spletno anketo posredujejo naprej vsem poznanim slovenskim psihoterapevtom oziroma edukantom psihoterapije in tako pripomorejo k čim večjemu številu udeležencev v raziskavi. Pred začetkom reševanja so bili udeleženci v uvodnem nagovoru seznanjeni z namenom raziskave. Z začetkom reševanja spletne ankete so soglašali, da se prostovoljno vključujejo v raziskavo in se tako strinjajo z obdelavo podatkov. Z izpolnjevanjem spletne ankete so lahko udeleženci kadar koli prostovoljno prekinili in tako prenehali sodelovati v raziskavi.

Postopek zbiranja podatkov je potekal približno tri mesece, in sicer od decembra 2020 do konca marca 2021. Po treh mesecih se je spletna anketa zaključila, v tem času smo po svojih ocenah pridobili zadovoljujoče število udeležencev v raziskavi.

Pridobljene podatke smo nadalje statistično obdelali s programom IBM SPSS. Ob urejanju podatkov smo ugotovili, da je v procesu oblikovanja spletne ankete prišlo do napake, in sicer sta bili med postopkom nehoti izpuščeni dve postavki. Pri vprašalniku Psihološkega blagostanja je bila izpuščena petnajsta postavka: *»Zahteve vsakdanjega življenja me pogosto potrejo«*, prav tako je bila izpuščena postavka na Lestvici Relacijskih potreb, in sicer četrta: *»Poznam sposobno osebo, ki bi mi pomagala, če bi se znašel v težavah«*. Napako smo odkrili po končanem zbiranju podatkov, tako da je nismo mogli pravočasno popraviti. Nadalje smo preverili notranjo zanesljivost lestvic z izpuščenima postavkama in ugotovili, da kljub napaki zanesljivost lestvic ni oškodovana (glej podpoglavje *»Opisna statistika«* v poglavju *»Rezultati«*). Zaradi slednjega smo se odločili, da kljub vsemu nadaljujemo z analizo podatkov, kot je bilo predvideno.

3 REZULTATI

3.1 OPISNA STATISTIKA

Tabela 2

Opisna statistika skupnih rezultatov vprašalnika terapevtske prisotnosti, psihološkega blagostanja in lestvice relacijskih potreb

| Spremenljivka | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> | <i>Asi</i> | <i>Spl</i> | <i>K-S test</i> | <i>Cronb. α</i> |
|-----------------------------|----------|-----------|-----------|-------------|-------------|------------|------------|-----------------|-----------------|
| Terapevtska prisotnost | | | | | | | | | |
| T. prisotnost | 43.71 | 44 | 3.45 | 34 | 50 | -.289 | -.586 | .000* | .754 |
| Primanjkljaj kontakta | 20.91 | 21 | 4.49 | 11 | 39 | .208 | 1.11 | .191* | .832 |
| Psihološko blagostanje | | | | | | | | | |
| Avtonomnost | 65.64 | 67 | 9.44 | 40 | 84 | -.201 | -.334 | .100 | .866 |
| Obvladovanje okolja | 63.16 | 63.5 | 6.64 | 45 | 77 | -.277 | .466 | .011* | .778 |
| Osebnostna rast | 73.25 | 74 | 6.85 | 53 | 84 | -.710 | 0.24 | .003* | .821 |
| Smisel življenja | 70.87 | 71 | 6.16 | 44 | 82 | -.672 | 1.927 | .169 | .746 |
| Sprejemanje sebe | 72.26 | 73 | 7.14 | 48 | 83 | -.825 | .750 | .019* | .855 |
| Pozitivni medoseb. odn. | 71.56 | 73 | 8.03 | 45 | 84 | -1.01 | .933 | .000* | .846 |
| Relacijske potrebe | | | | | | | | | |
| Avtentičnost | 4.218 | 4.250 | .676 | 1.75 | 5.00 | -.901 | .779 | .000* | .814 |
| Podpora in zaščita | 4.414 | 4.667 | .782 | 2.00 | 5.00 | -1.39 | 1.143 | .000* | .825 |
| Imeti vpliv | 3.699 | 3.625 | .683 | 2.25 | 5.00 | .050 | -.789 | .000* | .777 |
| Deljena izkušnja | 4.219 | 4.500 | .708 | 2.00 | 5.00 | -.780 | -.089 | .000* | .801 |
| Iniciativa s strani drugega | 3.556 | 3.500 | .735 | 2.00 | 5.00 | .055 | -.492 | .001* | .745 |
| Skupen rezultat | 4.021 | 4.15 | .559 | 2.68 | 5.00 | -.483 | -.592 | .001* | .911 |

Opombe: (i) *Asi* = koeficient asimetričnosti. (ii) *Spl* = koeficient sploščenosti. (iii) *K-S test* = Kolmogorov-Smirnov test normalnosti, navedene so *p*-vrednosti. **p* < 0.05. (iiii) *SE (Asi)* = .217, *SE (Spl.)* = .431

Na temelju opisne statistike, ki je razvidna iz tabele 2, sklepamo, da se odgovori na vprašalniku Terapevtske prisotnosti gibljejo med 11 in 50. Glede na Kolmogorov-Smirnov test normalne porazdelitve sklepamo, da je normalno porazdeljena lestvica *primanjkljaj kontakta*. Lestvica *terapevtske prisotnosti* nakazuje na levo oziroma negativno asimetrijo, medtem ko je lestvica *primanjkljaja kontakta* pozitivno asimetrična. Lestvica *primanjkljaj kontakta* je bolj koničasto porazdeljena, medtem ko je pri lestvici *terapevtske prisotnosti* sploščena porazdelitev.

Na vprašalniku Psihološkega blagostanja se vrednosti odgovorov gibljejo med 40 in 84. Asimetričnost vseh lestvic psihološkega blagostanja je negativno asimetrična oziroma levo asimetrična. Sploščena porazdelitev je pri lestvici *avtonomnosti*, pri drugih je izrazito koničasta. Normalno porazdelitev opazimo pri vseh lestvicah, razen na lestvici *medosebnih odnosov* in *osebne rasti*.

Na lestvici relacijskih potreb vrednosti odgovorov segajo od 1.75 do 5, na lestvici skupnega rezultata segajo med 2.68 in 5. Nobena podlestvica ni normalno porazdeljena. Lestvica *avtentičnost, podpora in zaščita ter deljena izkušnja* so asimetrične v levo oziroma negativno asimetrične. Lestvici *imeti vpliv* in *iniciativa s strani druge osebe* so asimetrične v desno oziroma pozitivno asimetrične. Sploščena porazdelitev je prisotna na lestvicah *imeti vpliv, deljena izkušnja* in *iniciativa s strani druge osebe*. Koničasta porazdelitev je pri ostalih dveh lestvicah, torej *avtentičnost* ter *podpora in zaščita*.

3.2 POVEZANOST PREUČEVANIH SPREMENLJIVK

Statistično značilnost povezav med spremenljivkami smo zaradi linearne porazdeljenosti spremenljivk preverili s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije. Dobljene korelacije so navedene v spodnjih tabelah 3 in 4.

3.2.1 Terapevtska prisotnost in psihološko blagostanje

Tabela 3

Povezanost med terapevtsko prisotnostjo in psihološkim blagostanjem terapevtov

| | Terapevtska prisotnost (TPS) | |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Terapevtska prisotnost | Primanjkljaj kontakta |
| Avtonomnost | .354** | -.377** |
| Obvladovanje okolja | .367** | -.487** |
| Osebnostna rast | .442** | -.452** |
| Smisel življenja | .448** | -.534** |
| Sprejemanje sebe | .510** | -.415** |
| Pozitivni medosebni odnosi | .316** | -.444** |

Opombe: * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

S preverjanjem bivariatne povezanosti merjenih konstruktov smo ugotovili, da so korelacije vseh posameznih lestvic psihološkega blagostanja (PBS) statistično značilne in se pozitivno povezujejo z lestvico terapevtske prisotnosti. Najvišje pozitivno korelirajo lestvice osebnostne rasti, smisla življenja in sprejemanja sebe (Tabela 3). Tako vidimo, da večja, kot je mera psihološkega blagostanja, večja je terapevtska prisotnost oziroma manjši je primanjkljaj kontakta.

3.2.2 Terapevtska prisotnost in relacijske potrebe

Tabela 4

Povezanost med terapevtsko prisotnostjo in relacijskimi potrebami terapevtov

| | Terapevtska prisotnost (TPS) | |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Terapevtska prisotnost | Primanjkljaj kontakta |
| Avtentičnost | .268** | -.324** |
| Podpora in zaščita | .077 | -.132 |
| Imeti vpliv | .266** | -.138 |

| | | |
|------------------------|-------|--------|
| Deljena izkušnja | .152 | -.129 |
| Iniciativa druge osebe | .077 | -.087 |
| Skupni seštevek | .210* | -.205* |

Opombe: * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Na temelju rezultatov korelacij, ki jih lahko razberemo v tabeli 4, vidimo, da vse posamezne lestvice relacijskih potreb pozitivno korelirajo z lestvico terapevtske prisotnosti, vendar vse korelacije niso statistično pomembne. Statistično pomembna povezanost se tako izraža na lestvicah *avtentičnost* in *imeti vpliv*. Podobno, kot pri korelacijah PBS s TPS, vidimo, da večja, kot je stopnja zadovoljenosti relacijskih potreb, manjši je primanjkljaj kontakta oziroma večja je terapevtska prisotnost.

3.3 NAPOVEDOVANJE TERAPEVTSKE PRISOTNOSTI

Z uporabo multiple linearne regresije smo želeli preučiti povezanost terapevtske prisotnosti s psihološkim blagostanjem terapevtov in njihovo zadovoljenostjo relacijskih potreb. Oblikovali smo štiri regresijske modele, in sicer smo v prvem modelu preučevali povezanost lestvic psihološkega blagostanja z lestvico terapevtske prisotnosti, v drugem modelu smo preučevali povezanost lestvic relacijskih potreb z lestvico terapevtske prisotnosti. Tretji model prikazuje povezanost lestvice primanjkljaja kontakta z lestvicami psihološkega blagostanja, v četrtem modelu je prikazana povezanost lestvic relacijskih potreb z lestvico primanjkljaja kontakta.

Tabela 5

Regresijska statistika za napovedovanje terapevtske prisotnosti na temelju psihološkega blagostanja in relacijskih potreb terapevtov

| | <i>B</i> | <i>SE_B</i> | β | <i>t</i> | <i>p</i> -vrednost |
|----------------|----------|-----------------------|---------|----------|--------------------|
| <i>Model 1</i> | | | | | |
| PBS 1 | .003 | .038 | .009 | .083 | .934 |
| PBS 2 | -.016 | .062 | -.031 | -.259 | .796 |
| PBS 3 | .104 | .049 | .206 | 2.134 | .035 |
| PBS 4 | .071 | .066 | .127 | 1.078 | .283 |
| PBS 5 | .175 | .064 | .363 | 2.752 | .007 |
| PBS 6 | -.021 | .046 | -.049 | -.460 | .647 |
| <i>Model 2</i> | | | | | |

| | | | | | |
|-------|-------|------|-------|--------|------|
| RLP 1 | .358 | .156 | .280 | 2.291 | .024 |
| RLP 2 | -.082 | .157 | -.056 | -.523 | .602 |
| RLP 3 | .316 | .134 | .250 | 2.355 | .020 |
| RLP 4 | -.013 | .153 | -.011 | -.088 | .930 |
| RLP 5 | -.210 | .139 | -.179 | -1.509 | .134 |

Opombe: (i) PBS 1 = vprašalnik psihološkega blagostanja, pozitivni medosebni odnosi. PBS 2 = vprašalnik psih. blagostanja, osebnostna rast. PBS 3 = vprašalnik psih. blagostanja, avtonomnost. PBS 4 = vprašalnik psih. blagostanja, obvladovanje okolja. PBS 5 = vprašalnik psih. blagostanja, smisel življenja. PBS 6 = vprašalnik psih. blagostanja, sprejemanje sebe. (ii) RLP 1 = lestvica relacijskih potreb, iniciativa s strani druge osebe. RLP 2 = lestvica relacijskih potreb, podpora in zaščita. RLP 3 = lestvica relacijskih potreb, imeti vpliv. RLP 4 = lestvica relacijskih potreb, avtentičnost. RLP 5 = lestvica relacijskih potreb, deljena izkušnja.

Model 1 je sestavljen iz odvisne spremenljivke terapevtska prisotnost in neodvisnih spremenljivk posameznih lestvic psihološkega blagostanja (medosebni odnosi, osebnostna rast, avtonomnost, obvladovanje okolja, smisel življenja in sprejemanje sebe). Kot je razvidno iz tabele, je statistično značilen vpliv viden pri lestvici PBS 3 (avtonomnost) in lestvici PBS 5 (smisel življenja), kar pomeni, da se pri lestvicah avtonomnost in smisel življenja kaže statistično značilen vpliv na terapevtsko prisotnost. Pri ostalih lestvicah psihološkega blagostanja ni prišlo do statistično pomembnih rezultatov.

Pri modelu 2 so prikazani vplivi posameznih podlestvic relacijskih potreb (iniciativa s strani druge osebe, podpora in zaščita, imeti vpliv, avtentičnost in deljena izkušnja) na izraženost terapevtske prisotnosti. Vidimo, da spremenljivki RLP 1 (iniciativa s strani druge osebe) in RLP 3 (imeti vpliv) statistično značilno pozitivno vplivata na izraženost terapevtske prisotnosti. Pri ostalih spremenljivkah se kaže negativen trend, vendar so koeficienti beta blizu nič.

Tabela 6

Regresijska statistika za napovedovanje primanjkljaja kontakta na temelju psihološkega blagostanja in relacijskih potreb terapevtov

| | <i>B</i> | <i>SE_B</i> | β | <i>t</i> | <i>p</i> - vrednost |
|----------------|----------|-----------------------|---------|----------|---------------------|
| <i>Model 3</i> | | | | | |
| PBS 1 | -.003 | .047 | -.007 | -.069 | .945 |
| PBS 2 | -.174 | .076 | -.257 | -2.272 | .025 |
| PBS 3 | -.139 | .060 | -.213 | -2.306 | .023 |
| PBS 4 | -.212 | .082 | -.291 | -2.594 | .011 |
| PBS 5 | .111 | .079 | .176 | 1.404 | .163 |
| PBS 6 | -.084 | .056 | -.150 | -1.483 | .141 |

Model 4

| | | | | | |
|-------|-------|------|-------|--------|------|
| RLP 1 | -.728 | .203 | -.438 | -3.590 | .000 |
| RLP 2 | -.065 | .204 | -.034 | -.317 | .752 |
| RLP 3 | -.052 | .174 | -.031 | -.297 | .767 |
| RLP 4 | .186 | .199 | .118 | .938 | .350 |
| RLP 5 | .189 | .180 | .124 | 1.047 | .297 |

Opombe: (i) PBS 1 = vprašalnik psihološkega blagostanja, pozitivni medosebni odnosi. PBS 2 = vprašalnik psih. blagostanja, osebnostna rast. PBS 3 = vprašalnik psih. blagostanja, avtonomnost. PBS 4 = vprašalnik psih. blagostanja, obvladovanje okolja. PBS 5 = vprašalnik psih. blagostanja, smisel življenja. PBS 6 = vprašalnik psih. blagostanja, sprejemanje sebe. (ii) RLP 1 = lestvica relacijskih potreb, iniciativa s strani druge osebe. RLP 2 = lestvica relacijskih potreb, podpora in zaščita. RLP 3 = lestvica relacijskih potreb, imeti vpliv. RLP 4 = lestvica relacijskih potreb, avtentičnost. RLP 5 = lestvica relacijskih potreb, deljena izkušnja.

Model 3 sestavljajo odvisna spremenljivka primanjkljaj kontakta in neodvisne spremenljivke psihološkega blagostanja (medosebni odnosi, osebnostna rast, avtonomnost, obvladovanje okolja, smisel življenja in sprejemanje sebe). Iz tabele vidimo, da spremenljivke PBS 2 (osebnostna rast), PBS 3 (avtonomnost) in PBS 4 (obvladovanje okolja) statistično značilno negativno vplivajo na primanjkljaj kontakta. Pri ostalih spremenljivkah ni opaznih statističnih vplivov na odvisno spremenljivko primanjkljaj kontakta.

Model 4 sestavljajo odvisna spremenljivka primanjkljaj kontakta in neodvisne spremenljivke lestvice relacijskih potreb (iniciativa s strani druge osebe, podpora in zaščita, imeti vpliv, avtentičnost in deljena izkušnja). Tukaj se statistično značilno negativno povezuje s primanjkljajem kontakta le ena spremenljivka, in sicer RLP 1 (iniciativa s strani druge osebe). Pri ostalih spremenljivkah ni opaznih statističnih vplivov na odvisno spremenljivko primanjkljaj kontakta.

Tabela 7

Povzetek linearnega regresijskega modela

| | <i>R</i> | <i>R</i> ² | <i>adj. R</i> ² | <i>SE</i> |
|------------------------------|----------|-----------------------|----------------------------|-----------|
| <i>Model 1</i> ^{**} | .556 | .310 | .274 | 2.942 |
| <i>Model 2</i> ^{**} | .610 | .373 | .340 | 3.648 |
| <i>Model 3</i> [*] | .349 | .122 | .085 | 3.304 |
| <i>Model 4</i> [*] | .353 | .125 | .088 | 4.290 |

Opombe: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

V Tabeli 7 je prikazano, kolikšen del odvisne spremenljivke nam posamezen model pojasni. Kot vidimo, je prileganje modelov 1 in 2, kjer napovedujemo odvisno

spremenljivko terapevtska prisotnost, precej boljše, kot prileganje modelov 3 in 4, kjer napovedujemo odvisno spremenljivko primanjkljaj kontakta.

4 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil preučiti povezanost terapevtske prisotnosti s psihološkim blagostanjem psihoterapevtov in na drugi strani z zadovoljenostjo njihovih relacijskih potreb. Povezanost odvisnih spremenljivk smo preverjali na dva načina – najprej s korelacijami, nadalje smo z uporabo multiple linearne regresije oblikovali napovedne modele.

4.1 TERAPEVTSKA PRISOTNOST V POVEZAVI S PSIHOLOŠKIM

BLAGOSTANJEM

V prvi hipotezi smo predvidevali, da bo pri psihoterapevtih, z višje izraženim psihološkim blagostanjem, terapevtska prisotnost izrazitejša. Glede na uporabljen merski pripomoček za merjenje psihološkega blagostanja smo predvidevali, da bodo določene dimenzije psihološkega blagostanja bolj pozitivno korelirale s terapevtsko prisotnostjo kot druge. Slednje smo predvidevali pri dimenzijah pozitivni medosebni odnosi, obvladovanje okolja in osebna rast.

Ob preverjanju korelacij med terapevtsko prisotnostjo in psihološkim blagostanjem smo ugotovili, da so korelacije vseh posameznih lestvic psihološkega blagostanja (PBS) statistično značilne in se pozitivno povezujejo z lestvico terapevtske prisotnosti ter negativno z lestvico primanjkljaja kontakta. Glede na našo hipotezo, s katero smo predvidevali višjo pozitivno povezanost posameznih dimenzij psihološkega blagostanja (pozitivni medosebni odnosi, obvladovanje okolja in osebna rast), ni bilo pomembnih odstopanj z drugimi dimenzijami, kljub temu se je najvišja pozitivna koreliranost pokazala pri lestvicah osebne rasti, smisla življenja in sprejemanja sebe. Rezultati tako nakazujejo na to, da so pri zagotavljanju terapevtske prisotnosti uspešnejši tisti terapevti, ki imajo občutek smiselnosti lastnega življenja in usmerjenosti, pri tem sebe doživljajo kot rastočo osebo, ki razvija svoje potenciale in deluje v smeri boljše učinkovitosti. Navsezadnje glede na rezultate sklepamo, da se z zagotavljanjem terapevtske prisotnosti v odnosu s klientom pozitivno povezuje tudi terapevtovo sprejemanje sebe v celoti, tako svojih dobrih kot tudi slabih lastnosti. Izsledke svoje študije lahko deloma povežemo tudi s študijo avtorjev Linley in Joseph (2007), pri čemer jih je zanimal vpliv psihoterapevtskega dela na blagostanje psihoterapevtov. Pri tem so ugotovili, da kot pomemben varovalni dejavnik pred negativnimi psihološkimi posledicami terapevtskega dela prispeva osebna koherentnost terapevta, ki se povezuje s konceptom osebne rasti (Linley in Joseph, 2007). Prav slednja se je na našem vzorcu izkazala kot statistično pomembna tudi v povezavi s terapevtsko prisotnostjo.

Statistično značilna pozitivna povezanost vseh lestvic psihološkega blagostanja potrjuje našo predvideno hipotezo, da se psihološko blagostanje psihoterapevtov pomembno povezuje s terapevtsko prisotnostjo.

4.2 TERAPEVTSKA PRISOTNOST V POVEZAVI Z RELACIJSKIMI POTREBAMI

Z drugo hipotezo smo predvidevali, da bo pri psihoterapevtih z bolj zadovoljenimi relacijskimi potrebami tudi terapevtska prisotnost izrazitejša. Korelacije so pokazale pozitivno povezanost vseh posameznih lestvic relacijskih potreb s terapevtsko prisotnostjo, medtem ko se je statistično značilna pozitivna povezanost pokazala pri dimenzijah avtentičnost in imeti vpliv. Pri lestvici primanjkljaja kontakta je opazna negativna povezanost, pri čemer se statistično značilno negativno povezuje lestvica avtentičnosti.

Izsledki naše študije se skladajo s teoretičnimi izsledki, kjer je avtentičnost ali pristnost razumljena kot ena izmed pomembnih psihoterapevtskih vrtilin, kar še posebej velja v sklopu integrativne psihoterapije (Erskine, 2013). Erskine (2013) poudari, da se avtentičnost psihoterapevta kaže v njegovem zavedanju, da mu je notranje doživljanje klienta nepoznano, k njegovemu spoznavanju ga vodijo številna vprašanja. Psihološko zdravljenje je tako možno v kontaktnem (prisotnem) terapevtskem odnosu, medtem ko sta za tak poln medosebni stik ključni ranljivost in avtentičnost (Erskine, 2013). Psihoterapevt prek lastne avtentičnosti v odnosu s klientom slednjega uči ranljivosti in avtentičnosti v odnosu z drugimi ljudmi. Vsak terapevtski odnos med klientom in psihoterapevtom je edinstven in neponovljiv, saj ga dva avtentična posameznika z medsebojnim vplivanjem sestavljata in soustvarjata (Erskine, 2013). Tako ni presenetljivo, da se je na naših podatkih dimenzija avtentičnosti izkazala kot statistično značilna v odnosu s terapevtsko prisotnostjo.

Imeti vpliv na drugo osebo za posameznika deluje nagrajujoče (Stewart, 2010) in mu predstavlja eno izmed oblik potrditve. Potrebo po vplivu na drugo osebo v medosebnih odnosih zadovoljujemo tako, da prilagajamo svoje vedenje na način, ki v drugih vzbudi določeno vedenjsko spremembo, želen čustveni odziv in podobno (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010; Erskine, 2015; Žvelc idr., 2020). Glede na naše rezultate so terapevtsko prisotnost bolj zmožni zagotavljati terapevti, ki imajo občutek vplivanja na druge ljudi, v smeri želenih vedenjskih sprememb. Slednji prepoznajo, da je njihovo mnenje sprejeto, slišano in spoštovano ter da pripomore h klientovemu napredku.

Pozitivna povezanost lestvic relacijskih potreb s terapevtsko prisotnostjo se sklada tudi s teoretičnimi izhodišči, iz katerih smo v svoji študiji izhajali. Nezadovoljenost relacijskih potreb veča potrebo po njihovi zadovoljitvi, slednje lahko vodi tudi v disfunkcionalno vedenje v medosebnih odnosih (Erskine, 2011; Žvelc idr., 2020; Toksoy idr., 2020). Pozitivne odnosne interakcije so bolj verjetne pri posameznikih z zadovoljenimi potrebami po avtonomnosti, kompetentnosti in povezanosti (Neff, 2003). Tako lahko predvidevamo, da bo terapevt, ki ima nezadovoljene relacijske potrebe, tudi manj prisoten v odnosu s svojimi klienti.

Glede na statistično pomembno pozitivno povezanost med skupnim rezultatom relacijskih potreb in dvema lestvicama (avtentičnost in imeti vpliv) ne moremo zavrnilo svoje druge hipoteze, v kateri smo predvidevali, da bolj zadovoljene relacijske potrebe psihoterapevtov povečujejo zmožnost zagotavljanja terapevtske prisotnosti v terapevtskem odnosu.

4.3 NAPOVEDOVANJE TERAPEVTSKE PRISOTNOSTI

V svoji raziskavi smo poleg povezanosti želeli ugotoviti tudi, katera spremenljivka najbolj napoveduje terapevtsko prisotnost. Pri tem smo v sklopu multiple linearne regresije

uporabili štiri napovedne modele. Dva sta preverjala napovedno vrednost spremenljivk na prvo poddimenzijo terapevtske prisotnosti, torej odvisno spremenljivko terapevtska prisotnost, medtem ko sta druga dva modela preverjala napovedno vrednost spremenljivk na drugo poddimenzijo terapevtske prisotnosti, in sicer odvisno spremenljivko primanjkljaj kontakta.

Model 1 terapevtsko prisotnost napoveduje z dimenzijami psihološkega blagostanja (medosebni odnosi, osebna rast, avtonomnost, obvladovanje okolja, smisel življenja in sprejemanje sebe), medtem ko model 2 terapevtsko prisotnost napoveduje z dimenzijami relacijskih potreb (iniciativa s strani druge osebe, podpora in zaščita, imeti vpliv, avtentičnost in deljena izkušnja).

Glede na prvi regresijski model terapevtsko prisotnost pozitivno napovedujejo dimenzije psihološkega blagostanja: pozitivni medosebni odnosi, avtonomnost, obvladovanje okolja in smisel življenja. Pri tem izstopata lestvici avtonomnost in smisel življenja, kjer je napovedna vrednost tudi statistično značilna. Avtonomnost je dimenzija psihološkega blagostanja, ki povzema lasten občutek neodvisnosti, kar pomeni, da posameznikovo samovrednotenje temelji na njegovih individualnih standardih, neodvisno od družbenih pričakovanj in pritiskov (Avsec in Sočan, 2009). Avtonomija psihoterapevta se tako povezuje z njegovo lastno presojo, pri čemer se terapevt tako bolj kot na »predpise« določene psihoterapevtske modalitete naslanja na lastne izkušnje in svojo perspektivo (Rihacek, Danelova in Cermak, 2012). Avtonomnost je močno povezana s terapevtovo intuicijo, pri čemer je pomembno terapevtovo zavedanje lastnih procesov, na temelju katerih se tudi uči (Rihacek, Danelova in Cermak, 2012). Večje zavedanje lastnih procesov terapevtu omogoča ravno terapevtska prisotnost, pri čemer je terapevt sočasno v stiku s seboj in klientom (Bakovič in Špeh, 2019). Prek avtonomnega delovanja se terapevt poklicno razvija v smeri psihoterapevtske individuacije (Rønnestad in Skovholt, 2003, citirano v Rihacek, Danelova in Cermak, 2012). Občutek smiselnosti življenja se nanaša na posameznikova občutja, da ima njegovo življenje namen, medtem ko mu slednji daje občutek usmerjenosti in namernosti (Avsec in Sočan, 2009). Pomembnost občutenja smiselnosti življenja in psihoterapevtskega dela sta med drugim preučevali Hill in King (2015), ki sta v svoji kvalitativni študiji prek intervjujev ugotavljali, kakšen smisel jim psihoterapevtsko delo predstavlja. Med študijo sta prišli do zaključka, da psihoterapevtom, vključenim v raziskavo, psihoterapevtsko delo ni predstavljalo le načina pomoči drugim, temveč jim je izbrani poklic dajal občutke zadovoljstva in smiselnosti življenja. Poleg tega so udeleženci poročali tudi o občutkih »živosti«, izpolnjenosti, povezanosti in zadovoljstvu ob pomoči klientom pri premagovanju življenjskih izzivov (Hill in King, 2015).

Z drugim regresijskim modelom smo ugotovili, da terapevtsko prisotnost statistično značilno pozitivno napovedujeta dve dimenziji relacijskih potreb, in sicer iniciativa s strani druge osebe in imeti vpliv. V vzajemnem odnosu obe osebi prispevata iniciativo po kontaktu. Na psihoterapevtu je, da se v terapevtskem odnosu odziva na način, ki omogoča iniciativo, deluje usmerjevalno in klientu nudi vodenje (Žvelc, idr. 2020). Glede na slednje lahko predpostavljamo, da v terapevtskem odnosu, v katerem ima terapevt bolj zadovoljeni potrebi po iniciativi in vplivanju na drugo osebo, terapevt uspešneje vzpostavlja in ohranja terapevtsko prisotnost s klientom, saj ima občutek, da sta njegov trud in delo prepoznana in spoštovana.

Lestvica relacijskih potreb sicer meri splošno zadovoljenost relacijskih potreb in se pri tem ne osredotoča na posebnost posameznega odnosa. A vendar tudi v terapevtskem odnosu lahko oba aktivna udeleženca (torej klient in terapevt) zadovoljujeta lastne relacijske potrebe. Relacijsko potrebo imeti vpliv, psihoterapevti v odnosu s klientom zadovoljujejo s

prisotnostjo in odzivanjem na klientove izkušnje, namesto z oddaljenostjo in ne vpletenostjo v odnos (Žvelc, idr. 2020). Glede na teoretična izhodišča oddaljenost in nevplesenost terapevtu manjšata oziroma onemogočata terapevtsko prisotnost v odnosu s klientom, katere bistvo je ravno terapevtova polna prisotnost s klientom (Geller, 2013). V primeru terapevtove oddaljenosti je terapevtu onemogočen stik s samim s seboj in klientom (Bakovič in Špeh, 2019). Zaradi slednjega ni presenetljivo, da lestvica imeti vpliv pozitivno napoveduje terapevtsko prisotnost.

4.4 NAPOVEDOVANJE PRIMANJKLJAJA KONTAKTA

Model 3 primanjkljaj kontakta napoveduje z dimenzijami psihološkega blagostanja (medosebni odnosi, osebna rast, avtonomnost, obvladovanje okolja, smisel življenja in sprejemanje sebe), medtem ko model 4 slednje napoveduje z dimenzijami relacijskih potreb (iniciativa s strani druge osebe, podpora in zaščita, imeti vpliv, avtentičnost in deljena izkušnja).

V tretjem napovednem modelu so se kot statistično značilne negativne napovedne spremenljivke primanjkljaja kontakta izkazale tri dimenzije psihološkega blagostanja, in sicer avtonomnost, obvladovanje okolja in osebna rast. Za dimenzijo avtonomnost slednje ni presenetljivo, saj se je v prvem modelu izkazala kot statistično pomembna pozitivna napovedna spremenljivka za terapevtsko prisotnost, medtem ko primanjkljaj kontakta v grobem razumemo kot nasprotni koncept terapevtske prisotnosti. Obvladovanje okolja se nanaša na posameznikovo sposobnost oblikovanja svojega okolja v smeri želja, potreb in osebnostnih vrednot. Tako bo primanjkljaj kontakta manjši pri psihoterapevtih, ki imajo večji občutek nadzora nad notranjimi in zunanji vplivi. Slednje se potrjuje s teoretičnim ozadjem terapevtske prisotnosti, saj je psihoterapevt, ki ohranja terapevtsko prisotnost, sočasno pozoren na dogajanje znotraj sebe, okoli sebe in na klientovo doživljanje (Bakovič in Špeh, 2019). Psihoterapevtsko delo je poklic, ki zahteva od posameznika stalno delo tudi na sebi oziroma kontinuiran osebni razvoj ali osebno rast. Pripravljenost in predanost psihoterapevtov za kontinuirano osebno rast je poleg prakticiranja prisotnosti v svojem vsakdanjem življenju zelo pomembna za njihovo zmožnost ohranjanja terapevtske prisotnosti tudi v odnosu s svojimi klienti (Geller in Greenberg, 2002).

Četrty napovedni model prikazuje, da primanjkljaj kontakta statistično značilno negativno napoveduje zgolj ena dimenzija relacijskih potreb, in sicer iniciativa s strani druge osebe. Slednje ni presenetljivo, saj se je omenjena dimenzija v drugem modelu izkazala kot pomembna pozitivna napovedna spremenljivka terapevtski prisotnosti. Da je potreba po iniciativi s strani drugega, v nekem odnosu zadovoljena, mora biti odnos med klientom in terapevtov dober (Erskine in Trautmann, 1996; Stewart, 2010). Dobremu terapevtskemu odnosu predstoji terapevtska delovna aliansa, ki zahteva usklajenost terapevta in klienta, medtem ko slednje temelji na zaupnem in spoštljivem medosebnem odnosu (Mikulincer, Shaver in Berant, 2012). Terapevtsko delovno alianso razumemo kot »interaktivni fenomen«, pri čemer je terapevtski učinek odvisen predvsem od skupnega dela (Praper, 2004). Glede na pridobljene rezultate in teoretična izhodišča tako vidimo, da je primanjkljaj kontakta manjši pri psihoterapevtih, ki imajo v odnosu s svojimi klienti večji občutek sodelovanja oziroma sozvočja, pri čemer je pomembna tudi vzajemna iniciativnost med klientom in terapevtom.

4.5 POMANJKLJIVOSTI RAZISKAVE IN MOREBITNE IZBOLJŠAVE

Glede na uporabljene metode v svoji raziskavi lahko govorimo o povezanosti preučevanih spremenljivk z našo odvisno spremenljivko, vendar vsekakor ne moremo govoriti o vzročnosti med posameznimi koncepti. Slednje bi bilo treba nadalje raziskovati s pomočjo eksperimentalnih študij, pri čemer bi lažje opazovali vzročno-posledične odnose in zamejili vpliv drugih (motečih) spremenljivk.

Vzorec, zajet v naši raziskavi, ni reprezentativen oziroma rezultatov ne moremo sploševati na splošno populacijo psihoterapevtov, saj je vzorec zbran naključno, oziroma lahko predvidevamo, da so se v raziskavo vključili tisti psihoterapevti, ki jih področje naše raziskave zanima z osebnega in/ali strokovnega vidika. Prav tako se v raziskavi nismo omejevali pri naboru udeležencev s posebnimi vključitvenimi kriteriji. Pri tem se zavedamo morebitnega vpliva posamezne psihoterapevtske paradigme oziroma modalitete, iz katere psihoterapevt pri svojem delu izhaja na terapevtsko prisotnost in njeno pomembnost znotraj terapevtskega odnosa. Vpliv morebitnih razlik pri zagotavljanju terapevtske prisotnosti med posameznimi psihoterapevtskimi paradigmi in/ali modalitetami bi bilo treba nasloviti v prihodnjih raziskavah.

Nadalje, zavedamo se omejitev uporabljenih merskih pripomočkov, ki temeljijo na samoocenjevanju udeležencev raziskave. Zaradi slednjega lahko pride do podajanja bolj socialno zaželenih odgovorov, kar nam ne poda objektivnih vrednosti. To bi lahko pomembno izboljšali, če bi v raziskavo vključili tudi kliente, ki bi podali svojo oceno zaznave terapevtove prisotnosti v terapevtskem odnosu.

Navsezadnje se zavedamo, da je koncept terapevtske prisotnosti še precej nov konstrukt, ki se ga dodobra preučuje šele v zadnjih letih, zaradi česar imamo precej malo predhodno obstoječih raziskav, s spoznanji katerih bi lahko primerjali naše dobljene rezultate. Tako si želimo, da bi naša raziskava med drugim spodbudila k nadaljnjemu preučevanju povezanosti terapevtske prisotnosti, psihološkega blagostanja in relacijskih potreb.

5 SKLEPI

Cilj naše raziskave je bil preučiti povezanost terapevtske prisotnosti z dvema pomembnima konstruktoma, relacijskimi potrebami in psihološkim blagostanjem. Povezanost spremenljivk smo preverjali na vzorcu psihoterapevtov, pri čemer smo predvidevali, da bodo psihoterapevti z bolj zadovoljenimi relacijskimi potrebami in občutenjem višjega psihološkega blagostanja tudi uspešnejši pri vzpostavljanju terapevtske prisotnosti v odnosu s klienti. Slednje smo preverjali na dva načina, in sicer s preverjanjem korelacijske povezanosti konstruktov in nadalje z regresijskimi napovednimi modeli. S svojo raziskavo smo želeli tako nasloviti pomembnost skrbi za lastno dobrobit in blagostanje psihoterapevtov ter posledično skrb za večjo učinkovitost v terapevtskem poklicu.

Rezultati so pokazali, da se vse posamezne lestvice psihološkega blagostanja statistično značilno pozitivno povezujejo z lestvico terapevtske prisotnosti in negativno z lestvico primanjkljaja kontakta. Najvišja pozitivna povezanost se je pokazala pri lestvici osebnostne rasti, smisla življenja in sprejemanja sebe. S prvim napovednim modelom smo ugotovili, da terapevtsko prisotnost pozitivno napovedujejo dimenzije psihološkega blagostanja.

Nadalje so naši rezultati pokazali, da se s terapevtsko prisotnostjo pozitivno povezujejo tudi vse lestvice relacijskih potreb, pri čemer je najvišje zastopana povezanost z lestvicama avtentičnost in imeti vpliv. Poleg tega se vse lestvice relacijskih potreb negativno povezujejo s poddimenzijo primanjkljaj kontakta, pri čemer je pomembna negativna povezanost z lestvico avtentičnosti. Z drugim napovednim modelom smo ugotovili, da terapevtsko prisotnost najbolje napovedujeta dve dimenziji relacijskih potreb, in sicer iniciativa s strani druge osebe, in imeti vpliv.

Avtonomnost, obvladovanje okolja in osebnostna rast so tri dimenzije psihološkega blagostanja, za katere je tretji napovedni model pokazal, da so najboljši negativni napovedovalci poddimenzije primanjkljaja kontakta. S četrnim napovednim modelom smo ugotovili, da primanjkljaj kontakta pomembno negativno napoveduje zgolj ena dimenzija relacijskih potreb, in sicer iniciativa s strani druge osebe.

Naša raziskava je pomembna predvsem z vidika, ker je prva tovrstna raziskava, ki preučuje povezanost teh treh konstruktov na slovenskem vzorcu psihoterapevtov. Zaradi slednjega se zavedamo omejitev raziskave in morebitnih izboljšav, ki bi jih bilo treba upoštevati v nadaljnjih študijah. Navsezadnje z raziskavo odpiramo marsikatero vprašanje, ki se dotika raziskovalnega področja. Raziskava tako naslavlja vse prihodnje raziskovalce, ki bi jih zanimalo nadaljnje proučevanje področja terapevtske prisotnosti. Tem priporočamo, da v prihodnjih raziskavah zajamejo večje število udeležencev, ki ustrezajo merilom reprezentativnega vzorca certificiranih psihoterapevtov in edukantov različnih psihoterapevtskih modalitet. Pri tem bi bilo zanimivo upoštevati več vključitvenih kriterijev, ki bi omogočali primerjavo med posameznimi skupinami. Tako bi lahko primerjali vpliv let izkušenj psihoterapevskega dela, izbiro psihoterapevtske modalitete, razlike v številu pridobljenih psihoterapevtskih certifikatov oziroma izobraževanj, morebitne razlike glede na spol psihoterapevta in podobno. Navsezadnje bi bilo zanimivo izvesti drugačen tip študije, kot na primer analizo primera, s katero bi pridobili več kvalitativnih informacij. Drug tip študije, ki bi utegnila pokazati zanimive izsledke, je tudi longitudinalna raziskava, s katero bi lahko preučili morebitno osebnostno in strokovno rast psihoterapevtov, vključenih v raziskavo, pri čemer bi preučili morebiten razvoj zmožnosti zagotavljanja terapevtske prisotnosti v odnosu s klienti, slednje bi lahko primerjali s

psihološkim blagostanjem in relacijskimi potrebami psihoterapevtov v različnih življenjskih obdobjih.

6 VIRI

- Avsec, A. in Sočan, G. (2009). Validacija slovenske oblike Vprašalnika psihološkega blagostanja RPWB. *Psihološka obzorja*, 18 (4). 19–36.
- Bakovič, U. in Špeh, A. (2019). Terapevtski odnos in terapija sprejemanja in predanosti. V: G. Žvelc (ur.), *Terapija sprejemanja in predanosti: Čuječnost in psihološka fleksibilnost v psihoterapiji*. Oddelek za psihologijo FF v Ljubljani, 73–89.
- Blaži, N. (2016). *Vpliv bonding psihoterapije na splošno subjektivno zaznано blagostanje klientov* [Diplomska naloga]. Univerza na Primorskem.
- Bogataj, A. V. (2021). *Povezanost introcepcije in sočutja do sebe s terapevtsko prisotnostjo pri psihoterapevtih* [Magistrska naloga]. Univerza v Ljubljani.
- Bracha, H. S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectrum*, 9 (9). 679–685.
- Engelbrektsson, H. (2020). *Empathic Distress: The dark side of caring?* [Diplomska naloga]. University of Skovde.
- Erskine, R. G. in Trautmann, R. L. (1996). Methods of an Integrative Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26 (4).
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, Authenticity, and Inter-subjective Contact: Philosophical Principles of Integrative Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4 (2).
- Erskine, R. G. (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence: Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy*. London: Karnac Books Ltd.
- Flores, P. J. in Porges, S. W. (2017). Group Psychotherapy as a Neural Exercise: Bridging Polyvagal Theory and Attachment Theory. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62 (2), 202–222.
- Geller, S. M. in Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S. in Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 599-610. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling*, 2. 209–222.
- Geller, S. M. in Porges, S. W. (2014). Therapeutic Presence: Neuropsychophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (3). 178–192.

- Germer, C. K. (2005). *Mindfulness: What Is It? What Does It Matter?* V: C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (ur.), *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Press, 3–27.
- Hill, C. in King, S. (2015). Meaning in life in psychotherapy: The perspective of experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research*.
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1110636>.
- Hu, L. T. in Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje (b.d.) *Center za raziskovanje in razvoj čuječnosti*. <https://www.ipsa.si/sl/cuječnost>.
- Jöreskog, K. G. (1969). A general approach to confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 34, 183–202.
- Joseph, S. in Linley, P. A. (2008). *Trauma, Recovery and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Piatkus, Little, Brown Book Group, London.
- Linley, P. A. in Joseph, S. (2007). Therapy work and therapist's positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (3). 385–403.
- Linley, P. A., Joseph, S. in Loumidis, K. (2005). Trauma Work, Sense of Coherence, and Positive and Negative Changes in Therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74. 185–188.
- McCollum, E. E. in Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36 (3). 347–360.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. in Berant, E. (2012). An Attachment Perspective on Therapeutic Process and Outcomes. *Journal of Personality*, 81 (6).
- Musek, J. (2008). Dimenzije psihičnega blagostanja. *Anthropos*, 1–2. 139–160.
- Musek, J. (2015). *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Mushtaq, R., Shoib, S. in Mushtaq, S. (2014). Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8 (9).
- Muthén, B. O. (1998–2004). *Mplus Technical Appendices*. Muthén & Muthén.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.

- Negovac, A. K. (2020). *Relacijske potrebe, odnos s starši in proces psihološkega osamosvajanja na prehodu v odraslost* [Magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Padilla, A. (2010). *Mindfulness in Therapeutic Presence: How Mindfulness of Therapist Impacts Treatment Outcome* [Neobjavljena doktorska disertacija]. The New School for Social Research. The New School in New York City, United States.
- Porges, S. W. in Dana, D. (2018). *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies*. New York: WW Norton.
- Pourova, M., Riháček, T. in Žvelc, G. (2020). Validation of the Czech Version of the Relational Needs Satisfaction Scale. *Frontiers in Psychology, 11* (259).
- Praper, P. (2004). Terapevtska delovna aliansa: od analitičnega do panteoretičnega koncepta. *Psihološka obzorja, 13* (1). 65–83.
- Radovanovič, K. (2008). Onkraj empatije: terapija s kontaktom v odnosu. *Kairos, 2* (1–2). 63–72.
- Rihacek, T., Danelova, E. in Cermak, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research, 22* (5). 556–569.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6). 1069–1081.
- Ryff, C. D. in Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4). 719–727.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. in Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62* (3). 373–386.
- Sočan, G. (2021). *Psihometrična analiza s programom R*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Stewart, L. (2010). Relational Needs of the Therapist: Countertransference, Clinical Work and Supervision. Benefits and Disruptions in Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy, 1* (1).
- Toksoy, S. E., Cerit, C., Aker, A. T. in Žvelc, G. (2020). Relational Needs Satisfaction Scale: reliability and validity study in Turkish. *Anadolu Psikiyatri Derg, 21* (2). 37–44.
- Žvelc, G. (2019). Terapevtski odnos in terapija sprejemanja in predanosti. V: G. Žvelc (ur.), *Terapija sprejemanja in predanosti: Čuječnost in psihološka fleksibilnost v psihoterapiji*. Oddelek za psihologijo FF v Ljubljani, 73–89.
- Žvelc, G., Jovanoska, K. in Žvelc, M. (2020). Development and Validation of the Relational Needs Satisfaction Scale. *Frontiers in Psychology, 11* (901).
- Žvelc, G. in Žvelc, M. (2021). *Integrative Psychotherapy: A Mindfulness- and Compassion-Oriented Approach*. New York: Routledge.

PRILOGE

V prilogi smo vključili konfirmatorno faktorsko analizo, s katero smo preverili, ali se faktorja, ki ju je predlagala Bogatajeva (2021), potrjujeta tudi na našem vzorcu. Slednje smo preverili s programom JASP.

S konfirmatorno faktorsko analizo (metoda največjega verjetja – ML) smo preverili, kakšna je latentna struktura vprašalnika Terapevtske prisotnosti (brez postavke 7). Vse statistične teste smo izvedli na stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$. Pri konfirmatorni faktorski analizi smo za določanje ustreznosti prileganja modelov uporabili naslednje okvirne kriterijske vrednosti: RMSEA $< 0,06$, CFI $> 0,95$, TLI $> 0,95$, SRMR $< 0,08$ (Hu in Bentler, 1999), $p(\chi^2) > 0,05$ in χ^2/df okoli 1 (Jöreskog, 1969). Hu in Bentler (1999) sicer predlagata še merila na podlagi kombinacij, ko v primeru, da je: i) CFI $< 0,96$ in je obenem SRMR $> 0,09$ ter ii), ko je RMSEA $> 0,05$ in obenem SRMR $> 0,09$ (a ta kriterij velja le za primere, ko je vzorec večji od 250), velja, da prileganje ni ustrezno.

Kot lahko vidimo iz spodnje tabele, se je dvofaktorski model s predvideno razporeditvijo postavk pokazal kot ustrežnejši od enofaktorskega – Akaikejev informacijski kriterij (AIC) pri enofaktorskem modelu je namreč višji kot pri dvofaktorskem modelu. Pri slednjem tudi indeksi prileganja niso dosegli sprejemljivih oziroma priporočljivih vrednosti. Na podlagi tega smo se odločili za drugi, in sicer dvofaktorski model, pri katerem lahko vidimo, da so mere prileganja že dosti višje kot pri enofaktorskem. Rečemo lahko, da dosegajo oziroma skoraj dosegajo okvirne vrednosti meril avtorjev Huja in Bentlerja (1999) ter Jöreskoga (1969). χ^2 -test je sicer pokazal statistično značilen rezultat, kar bi pomenilo, da je odstopanje modela od podatkov preveliko, da bi ga lahko pripisali napaki vzorčenja, vendar je bil omenjeni test v zadnjih desetletjih podvržen številnim kritikam: s testom lahko dokažemo, da model ni pravilen, vendar si običajno želimo dokazati, da je model pravilen – zastavlja se vprašanje, ali za ničelno domnevo lahko sploh dejansko kdaj trdimo, da je pravilna? Glede na to omenjenemu testu ni dobro pripisovati prevelike teže (Sočan, 2021, str. 258).

Tabela 8

CFA-mere prileganja za TPS

| Kriterij primerjave | Model 1 – 1 faktor | Model 2 – 2 faktorja |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| χ^2 | 356,94 | 218,46 |
| df | 170 | 169 |
| <i>p</i> | <0,001 | 0,006 |
| χ^2/df | 2,10 | 1,29 |
| NFI | 0,54 | 0,72 |
| NNFI | 0,64 | 0,90 |
| CFI | 0,68 | 0,92 |
| TLI | 0,64 | 0,90 |
| RMSEA [90 % IZ] | 0,09 [0,08; 0,11] | 0,05 [0,03; 0,07] |
| SRMR | 0,10 | 0,07 |
| AIC | 4549,55 | 4413,07 |

V spodnji tabeli (Tabela 9) so prikazane faktorske uteži in komunalitete posameznih postavk TPS (brez postavke 7) za dvofaktorski model. Faktorske uteži so v razponu od 0,12 do 0,48 in so vse z izjemo 14. postavke statistično značilne ($p < 0.001$). Polovica postavk je dosegala vrednost faktorskih uteži nad 0,40. Lestvica Prisotnost dosega v povprečju nižje vrednosti faktorskih uteži na posameznih postavkah, kot je to pri lestvici Primanjkljaj kontakta. Najnižje faktorske uteži so pri postavkah 14 in 20.

Tabela 9

Faktorske uteži in komunalitete pri konfirmatorni faktorski analizi postavk TPS brez postavke 7 za model 2 – 2 faktorja

| Lestvica | Postavka | λ | $SE(\lambda)$ | t | p | h^2 |
|-----------------------|----------|-----------|---------------|------|--------|--------|
| Primanjkljaj kontakta | 2 | 0,39 | 0,06 | 6,45 | <0,001 | 0,15 |
| | 3 | 0,41 | 0,06 | 7,41 | <0,001 | 0,17 |
| | 5 | 0,42 | 0,06 | 7,06 | <0,001 | 0,18 |
| | 6 | 0,31 | 0,05 | 5,82 | <0,001 | 0,09 |
| | 9 | 0,48 | 0,07 | 7,05 | <0,001 | 0,23 |
| | 13 | 0,40 | 0,07 | 5,94 | <0,001 | 0,16 |
| | 15 | 0,46 | 0,06 | 7,16 | <0,001 | 0,21 |
| | 16 | 0,34 | 0,07 | 4,57 | <0,001 | 0,11 |
| | 18 | 0,42 | 0,06 | 7,31 | <0,001 | 0,17 |
| | 21 | 0,48 | 0,07 | 6,75 | <0,001 | 0,23 |
| Prisotnost | 1 | 0,30 | 0,06 | 5,24 | <0,001 | 0,09 |
| | 4 | 0,25 | 0,06 | 4,48 | <0,001 | 0,06 |
| | 8 | 0,24 | 0,05 | 4,74 | <0,001 | 0,06 |
| | 10 | 0,30 | 0,04 | 7,38 | <0,001 | 0,09 |
| | 11 | 0,46 | 0,06 | 8,27 | <0,001 | 0,21 |
| | 12 | 0,42 | 0,05 | 8,37 | <0,001 | 0,18 |
| | 14 | 0,12 | 0,09 | 1,37 | 0,171 | 0,02 |
| | 17 | 0,41 | 0,05 | 7,60 | <0,001 | 0,17 |
| | 19 | 0,30 | 0,06 | 4,88 | <0,001 | 0,09 |
| | | 20 | 0,17 | 0,03 | 4,88 | <0,001 |

Opomba. λ = standardizirana faktorska utež za ustrežni faktor, $SE(\lambda)$ = standardna napaka, $t = \lambda/SE(\lambda)$, p = vrednost p za dvostranski test, h^2 = komunaliteta.

Ker postavke niso izrazito heterogene z vsebinskega ali formalnega vidika in zaradi pozitivnih korelacij med postavkami, smo zanesljivost po metodi notranje skladnosti ocenili s koeficientom α . Kot je razvidno iz spodnje tabele, smo ugotovili, da je za lestvico Primanjkljaj kontakta Cronbachov alfa nekoliko višji kot za lestvico Terapevtska prisotnost, in sicer 0,83 proti 0,75. Pri prvi lestvici praktično ni nobenih problematičnih postavk, medtem ko se pri lestvici Terapevtska prisotnost kot taka kaže postavka 14.

Tabela 10*Korelacije posamezne postavke s skupnim seštevkom in notranja zanesljivost*

| Postavka | r_{isc} | α^- |
|-----------------------|-----------|------------|
| Primanjkljaj kontakta | 0,52 | 0,83 |
| 2 | 0,50 | 0,82 |
| 3 | 0,58 | 0,81 |
| 5 | 0,57 | 0,81 |
| 6 | 0,46 | 0,82 |
| 9 | 0,57 | 0,81 |
| 13 | 0,48 | 0,82 |
| 15 | 0,58 | 0,81 |
| 16 | 0,38 | 0,83 |
| 18 | 0,57 | 0,81 |
| 21 | 0,54 | 0,81 |
| Prisotnost | 0,44 | 0,75 |
| 1 | 0,42 | 0,73 |
| 4 | 0,39 | 0,74 |
| 8 | 0,41 | 0,74 |
| 10 | 0,54 | 0,72 |
| 11 | 0,58 | 0,71 |
| 12 | 0,57 | 0,71 |
| 14 | 0,15 | 0,80 |
| 17 | 0,51 | 0,72 |
| 19 | 0,44 | 0,73 |
| 20 | 0,41 | 0,74 |

Opomba. r_{isc} = korelacija med postavko in lestvico brez nje, $\alpha^- = \alpha$ z izločeno postavko.

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisana Urša Mele, z vpisno številko 89182067, vpisana v študijski program Psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

*Terapevtska prisotnost v povezavi s psihološkim blagostanjem in zadovoljenostjo
relacijskih potreb*

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Urša Mele