Laura Ira TRATNIK, Matjaž KOŠIR

Vikanje in tikanje v terapevtskem odnosu

Formal and informal ways of communication within the therapeutic relationship

POVZETEK

V članku se ukvarjava z vprašanjem, kako vikanje in tikanje med terapevtom in klientom vpliva na kakovost terapevtskega odnosa. »Jaz» in »ti» imata v slovenščini dve izbiri: ali se v odnosu vikati ali se tikati. Vikanje je po bontonu način komuniciranja v poslovnem svetu in ima svoje zakonitosti o prehajanju na tikanje. Terapevtski odnos je drugačen od ostalih profesionalnih odnosov in ima pomemben vpliv na terapevtski proces ter prispeva kar 30% k uspešnosti psihoterapije. Najina hipoteza je bila, da tikanje omogoča kvalitetnejši odnos znotraj terapevtskega procesa. Zanimal naju je odnos posameznika do vikanja/tikanja, odnos do avtoritete, do samega sebe in do drugega, mnenje o profesionalnem odnosu, izražanje čustev ter razumevanje meja v odnosu.

Raziskava je bila zastavljena v okviru transakcijske analize, saj sva na ta način dobila dobro teoretično izhodišče za izdelavo vprašalnikov. Ker terapevtski odnos soustvarjata terapevt in klient, sva sestavila dva vprašalnika. Najina raziskava tako skozi interpretacijo rezultatov prikaže in tudi združi mnenja, izkušnje in potrebe obeh udeleženih strani v terapevtskem odnosu. Raziskava je pokazala, da tikanje ne zmanjšuje profesionalnosti odnosa, da pa je terapevtova naloga, da morebitni prehod na tikanje skrbno pretehta in se zanj odloča s tehtnim razlogom ter skupaj s klientom.

KLJUČNE BESEDE

Vikanje, tikanje, terapevtski odnos, relacijske potrebe, transakcijska analiza

ABSTRACT

This paper deals with how the formal and informal forms of communication in the relationship between a therapist and a client influence the therapeutic relationship. The Slovenian language in common with German and French has a formal ‘you’ and an informal ‘you’. In any relationship we can either use the formal or the informal way of communication. In the current accepted etiquette, the formal way of communication is

LAURA IRA TRATNIK, UNIV. DIPL. OBL., SPECIALIZANTKA TRANSAKCIJSKE ANALIZE, LAURA@LAURA-PSIHOTERAPIJA.NET

MATJAŽ KOŠIR, DIPL. PEDAG. IN ZGOD., SPECIALIZANT TRANSAKCIJSKE ANALIZE, MATJAZ.KOSIR@PSIHO-TERAPEVT.SI

more appropriate in business communications and there are rules on how, if it becomes appropriate, to change to the informal form of communication. The therapeutic relationship differs from other business relationships and it influences the therapeutic process. It contributes up to 30% to the success of the therapy.

Our research hypothesis was that the informal way of communicating inside the therapeutic relationship enables a better therapeutic relationship. We looked at the individual attitude toward formal and informal communication, the attitude toward authority, the attitude toward self and toward others, how the professional relationship is perceived, the expression of emotions and the understanding of personal boundaries.

This research is based on the Transactional Analysis approach to psychotherapy which gave us a solid ground for the composition of a questionnaire. We made two different questionnaires: one for the clients and one for the therapists. Through the interpretation of the results we could show the experiences and needs that both sides in therapy have. The results show that the quality of the therapeutic relationship is no less professional if informal communication is used. The change from formal to informal communication is the task of the therapist and he should assess when the right moment to make this shift is the most appropriate and he should do it in consensus with the client.

KEY WORDS

Formal and informal communications, therapeutic relationship, relational needs, transactional analysis

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

This research deals with how the formal and informal forms of communication between a therapist and a client influence the therapeutic relationship. While working with clients (both authors are transactional analysis trainees) we are met with a dilemma: how do we communicate with our clients, should we use the formal or informal form of address and when or why should we shift to the informal form of communication?

The quality of the therapeutic relationship is very important. We asked ourselves how the style of communication influences the quality of the relationship. The Code of Ethics (2015) and The Law on Patients Rights (2008) in Slovenia do not mention anything about formal or informal communication. Currently in Slovenia, there is not yet any law on psychotherapy.

The concepts that we have used are based on linguistics, sociolinguistic and business communication domain and on the concepts of the modern TA schools (relational TA, integrative TA, co-creative TA).

I. Theoretical frame

1. Slovenian language

The formal way of communicating shows respect to other people. We have to use it with everyone that we meet at our work place or on more formal occasions. Etiquette more or less prescribes our social norms. The rules of communication are integrated and we need to use the formal mode of address for the people we do not know or who are adult. Shifting from the formal way to the informal one too soon could show that we do not respect the person and this may drive this person to step away from any relationship with us. If interactions at work allow less formal contacts, we can shift then from formal to informal. Communication in therapy is considered less formal, it is more casual and spontaneous.

2. Therapeutic relationship

The contribution of the therapeutic relationship to the success of therapy amounts to 30%, the other factors being: trust in change and expectation 15%, psychotherapeutic approach and techniques 15% and extratherapeutic factors 40% (Assay, Lambert, 1999). The therapeutic relationship is very important in therapy. By itself the therapeutic relationship is already a form of therapy. The client's insight is important but it is not enough. Therapists must follow the small details and the changes in the relationship (Kahn, 1996). We studied what this shifting from formal to informal communication means to clients, as it can have an important influence on the dynamics of the relationship and therefore should be done cautiously.

Transactional analysis (Stewart in Joines, 2015) is a personality theory and a systematic psychotherapy used for personal growth and making changes. It is a ground for the theory of communication. Berne said that transaction is a »fundamental unit of discourse,» consisting of stimulus and reaction.

2.1 Equality in relationship

The basis for the therapeutic relationship between therapist and client in TA is the life position »I am OK - you are OK.» The life positions (Stewart and Joines, 2015) are basic positions which people have about essential values everyone shares (I am OK - you are OK; I am OK - you are not OK; I am not OK - you are OK; I am not OK - you are not OK.). One of the questions in our research deals with life positions between therapist and client. Through this question we examined what are the starting positions in the relationship.

2.2 – 2.4 Relational TA, Integrative TA and Co-creative TA

Eric Berne (2011) has established ego states as the keystones of TA. The ego states (parent, adult and child) are defined as permanent emotional and experiential patterns which are in contact with permanent adequate patterns of behavior (Stewart and Joines, 2015). The relational model of TA (Hargaden and Sills, 2003) is focused on the decontamination of the child ego state. It is centered on the therapeutic relationship between a therapist and a client. The relationship enables both to have contact in the adult ego

state, real contact in the here and now, good acceptance of each other, awareness and adequate reactions. An important part of relational TA is observing the significance of the transference and countertransference, and to have the following question in mind: »Who am I for the client in this moment?» Understanding the transference and working with the child is our starting point for questions regarding authority.

The goal of integrative TA (Erskine, 1998) is the integration of dissociated personality parts. Through experiencing a new relationship, the client feels safer and can stop using the defence mechanisms which were fencing him in and start integrating all that he is and can be. When the relational needs are recognized and the response to them is relevant, the relationship is healing. Integrating psychotherapy makes use of methods of inquiry, attunement and involvement. We use the integrative model for questions regarding expressing emotions, feelings and understanding boundaries within a relationship.

Co-creative TA (Tudor, 2014) is based on co-creating (a mutual) point of view on the professional relationship. Two persons create a common field in which they influence each other. Because co-creating is a two-way process, we researched the stance of both: the client and the therapist.

3. Attachment styles and psychopathology

Attachment is not limited only to childhood, it is present through the whole of life (Bowlby, 1969). Relational schemes (Žvelc, 2011) are attitude schemes between oneself and another person. They are influencial on interpersonal relations and they are important for our research. Fonagy (2001) understands secure attachment as a protection from psychopathology, insecure attachment presents a risk factor connected with mental disorders (Žvelc, 2011). We used a standardized questionnaire for attachment styles (Bartholomew and Horowitz, 1991). We wondered if with clients who have a mental disorder therapists do not want to use the informal form of address.

II. Research

1. Research problem

The research issue is the use of the formal and informal mode of address in a therapeutic relationship. Do linguistic and etiquette rules affect the therapeutic relationship? The goal is to reach a better understanding of what influence formal and informal modes of address may have. The hypothesis is: »The use of the informal form of address offers a relationship of better quality within the therapeutic relationship.» We observed the professionality, and the perception of self as a therapist and a client, on the field of expressing emotions and understanding boundaries. Other relationship factors are not included.

2. Methodology

We chose the form of quantitative research. We were researching private psychotherapy practice in Slovenia. All the therapists are active and all the clients have experience in the therapy process. The therapists and the clients who are attending therapy in public health sector are not included in this research. It is limited to adult clients, because the-

rapy with children and teenagers is more specific.

The tools for our research were two questionnaires, one for therapists and one for clients. The questionnaires were completed through EnKlikAnketa (2002), which is a tool for conducting an internet questionnaire. Both had the same assembly of questions: the basic information about the interviewee, convictions about formal and informal communication, relationship towards authority, professional attitude, present therapeutic process, experiencing of self within the therapeutic relationship, the attachment styles and mental disorders. The difference in results between the two questionnaires is that therapists were answering about their experience in relationship with many clients whereas clients' answers were more based on their current therapeutic relationship. In some cases one person answered both questionnaires because the person found herself in both roles. We received 45 answers (37 women, 8 men) from therapists and 89 (64 women, 25 men) answers from clients. The average age of the clients was 36,1 years and of the therapists was 39,6 years. Data gathering was limited to 2 weeks. Statistical processing was done with SPSS program.

3. Results

We use »T» for therapists and »C» for clients.

3.1. Beliefs about formal and informal addressing

As a child I received messages that it is appropriate to formally address one's elders.
90% T and 88% C agree.
As a child I received messages that I can only informally address my peers and close relatives.
71% T and 73% C agree.
What does it mean for you as a person if another person formally addresses you at the first contact?
67% T and 63% C understand formal addressing at the first contact as a sign that the other person takes them seriously and respects them. 45% T and 42% C understand it as a form of keeping the distance in a relationship.
What does it mean for you as a person if someone informally addresses you at the first contact?
63% T and 51% C recognize this as an expectation of a friendly relationship. 39% T and 32% C take it to mean that the other person does not know about good manners. . 22% T and 23% C think it means that they seem younger than they actually are. 9% T and 23% C think that the other person does not take them seriously and does not respect them. Under »other» we recieved the following answers: the other person is relaxed, has problems with boundaries or that is just their habit.
Informal addressing should always be by mutual agreement:
75% T and 83% C agree.
I can decline the offer to informally address someone:
73% T and 72% C agree.

3.2. Feelings towards authority

Even with their permission, I can't use the informal form with some people, because I think of them as authority:
50% T and 32% C disagree, 40% T and 65% C agree. 11% T and 4% C cannot decide.
Authority causes me fear.
55% T and 46% C disagree, 19% T and 42% C agree. The rest cannot decide.
Authority causes me to be submissive.
51% T and 36% C disagree, 22% T and 50% C agree. The rest cannot decide.
Feelings towards authority within the therapeutic relationship
91% T are not comfortable with experiencing their clients as an authority.
78% T are not comfortable with their clients experiencing them as an authority.

3.3. Professional relationship

87% T and 91% C agree with the statement that psychotherapy remains a professional relationship in spite of using the informal form (scheme 2a and 2b). 84% T can keep a relationship professional, in spite of using the informal form. 89% C trust in the professionalism of the therapist, regardless of using the formal or informal form.

3.4. Current therapeutic relationship

85% T are currently regularly working with clients. They have been practising psychotherapy from 2 months to 20 years. The most common answer was 6 years. 72% C are currently in therapy, from 1 week to 12 years. Median is 18 months.

Which form do you currently use with your therapist?
61% C use informal form, 30% use formal form. Under »other» we received the following answers: the therapist uses informal form – I use formal, the therapist uses the informal form – I occasionally use formal form or try to use informal form.
How long have you and your therapist been using the informal form?
78% C have been using the informal form with the therapist since the beginning of therapy, the rest after a certain period of time; from 4 sessions to a year and a half.
How did you make the change to informal form?
100% T made the change to informal form after a mutual agreement (as well as 78% C). 22% C made the change to informal form spontaneously, but no T.
Since when have you been using the informal form with your clients?
48% T since the beginning. 52% T after a certain time.
Approximate age difference between a therapist and a client.
55% T have clients of all age groups, 22% have younger clients and 11% have older clients than themselves, 8% are the same generation. 64% C are younger, 18% are older, 11% are the same generation.

3.5. Perception of self within the therapeutic relationship

Life positions of therapists and clients
I'm OK – you're OK: 97% T and 79% C agree; I'm OK – you're not OK: nobody; I'm

not OK – you're OK: 20% C agree, I'm not OK – you're not OK: 1% C agrees, 3% T answered it depends on the client.

3.6. Therapeutic relationship: emotions, feelings, boundaries

41% T prefer a relationship where they use the informal form. That is the only statement from therapists where the informal form is leading in percentage. In other statements, the most common answer is »I don't feel the difference.» The formal form has a bigger percentage only at the statement »Fear of ruptures(an unusual word to be using, it could mean a number of things so I have left it.) is lower with the client, if …» but most still don't feel a difference. 45% C feel they can tell the therapist about themselves more easily , if they are using the informal form. That is the only statement from clients where the informal form is leading in percentage. In other statements, the most common answer is »I don't feel the difference.» Clients seem to favor the informal form more than the therapists.

3.7 Attachment styles

We considered the answers »typical for me» and »very typical for me»: secure style: 61% T and 35% C, fearful-avoidant style: 10% T and 40% C, anxious-preoccupied style: 7% T and 17% C , dismissive-avoidant style: 10% T and 9% C. Correlation between secure attachment style and informal comunication is 0.40 which is middle/moderate correlation. Correlation between dismissive-avoidant style and informal communication is 0.46 which is also a middle/moderate correlation.

3.8 Mental disorders

Are mental disorders an issue with using the infomal form? (just T)
57% T answered »no» 20% T »yes,» with the following: narcissistic personality disorder, borderline personality disorder, psychosis, and addiction.
Are you diagnosed with a mental disorder? (just C)
41% C have at least one. They have: depression, GAD, social phobia, panic disorder, OCD, PTSD, avoiding personality disorder, schizoaffective disorder.

III. Discussion

We can partially confirm the hypotheses that we have set: »The use of the informal way of communicating in the therapeutic relationship leads to a better relationship». The results show that the informal way of communicating is consistent with a professional therapeutic relationship. The clients' answers show that the informal way of communicating has a positive influence on expressing emotions and it is almost the same with the clients, who do not feel any difference between formal and informal communication. The majority of therapists do not feel any difference between formal and informal communication. The majority of therapists are experiencing welfare when using the informal style of communication, but this does not show the quality of the relationship.

Both therapists and clients do not consider the relationship less professional if

they use the informal way of communication. They all adhere to known social norms and they understand formal communication as a sign of respect. Informal way of communication at first contact is considered as an expectation of a friendship, or a decision not to follow the normal etiquette. Informal communication can influence boundaries which are set in the therapeutic relationship. The possibility of crossing the line between a professional and friendly relationship is higher. It is more appropriate to start the relationship with the formal mode of address and change it during the process. The shift from formal to informal should be discussed and both the therapist and the client should agree about it.

Different therapeutic approaches were included in the research, the results show that the informal mode of communication is more used in humanistic approaches in psychotherapy. Results show that the correlation between therapy modality and informal communication is 0.37. That means the correlation is low/weak.

Most of the clients do not experience any difference in expressing emotions in formal or informal communication style. The result shows that the informal communication is preferred with clients and therapists whose answers were specific (I am using formal communication, I am using informal communication). Some answers in both categories showed that they cannot use informal communication with people who are representative of authority to them. This result shows that the question of communication style can open a lot of issues about accepting authority and self in the relationship. The relationship between a client and a therapist should be a healing relationship. In that kind of relationship the therapist becomes an important figure in the client's life, »the significant other» and through this relationship a client can develop a new, different attachment style and together they can establish new definitions of self, and self in relation with others.

The relational needs which are for most the emotional needs are the basis of our social connection. Half of the therapists answered that they feel better in the therapeutic relationship where informal communication is used.

Conclusion

The results show that a very simple decision to shift to informal communication within the therapeutic relationship is a very complex question. Therapists and clients enter into a mutual relationship with different positions, clients to find professional help with a therapist and they enter into a business relationship. The nature of psychotherapy is to work with emotions, with personal stories, work with traumas and gain experience. Informal communication does not negatively influence this relationship according to our research. This is because both the therapist and the client in discussion together can decide if or when to change from formal to informal communication .

The therapist’s task is:

To be conscious of processes inside himself, his attitude toward formal or informal communicating, being aware of his relational needs. An understanding of what formal or informal communicating means for him, should be resolved in his personal psychotherapy.

To be conscious of the processes within a client, and his beliefs about the formal and informal forms of communication, he should understand his client's relational needs and what formal or informal communication means for the client. Client's thoughts about the form of communication should be part of the therapy process.

The change from formal to informal communication influences the interpersonal field of relation and changes the dynamic of it. The specifics of the relationship determine how big the change would be. Shifting from formal to informal communication should be a carefully thought intervention, which should be made at the right moment, because the importance of the therapeutic relationship influences the change of emotional pattern in a client. The therapist's dilemma about shifting the style of communication should be discussed in intervision or supervision.

Uvod

Ideja za raziskovanje vikanja in tikanja v terapevtskem odnosu se je porodila na podlagi lastne dileme. Avtorja raziskave sva specializanta transakcijske analize in delava v zasebni praksi. V procesu edukacije, na supervizijah ter na skupinski in osebni terapiji imava oba prevladujočo izkušnjo tikanja v medosebnih odnosih. Pri delu s klienti sva se tako večkrat srečala z dilemo, ali naj se s klienti vikava ali tikava, kdaj in zakaj (če sploh) naj preideva na tikanje. Ker je kakovost terapevtskega odnosa sama po sebi osrednji dejavnik učinkovite terapije, se sprašujeva, kako vikanje in tikanje vpliva na kakovost odnosa.

Odnos med klientom in terapevtom je profesionalni odnos, v katerem je klientovo dobro terapevtova glavna skrb. Terapevt je dolžan v vseh okoliščinah spoštovati klientovo dostojanstvo, osebno vrednost in enkratnost. Etični kodeks (2015) v moralnih in pravnih standardih določa splošno načelo: »Pri svojem vedenju so psihoterapevti pozorni na obstoječe družbene norme in na morebitne vplive, ki bi jih upoštevanje ali odstopanje od teh norm utegnilo imeti na njihovo psihoterapevtsko delo». V načelu odgovornosti velja, da psihoterapevti s svojimi klienti vnaprej razjasnijo vse stvari, ki bi bile lahko relevantne pri skupnem delu. Omenjeni etični kodeks ne omenja vikanja ali tikanja v terapevtskem odnosu.

Strokovnjaki na področju duševnega zdravja so psihiatri, psihologi in psihoterapevti. Na področju zdravstva pravice pacientov določa Zakon o pacientovih pravicah (Erbida Golob, 2008). Upošteva se načelo »spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj». Uporaba vikanja in tikanja ni opredeljena, prav tako v njem ni omenjena psihoterapija, saj Zakona o psihoterapevtski dejavnosti v Sloveniji še ni.

Cilj najine raziskovalne naloge je bil, kako vikanje in tikanje vpliva na terapevtski odnos. Želela sva preveriti hipotezo, ali tikanje omogoča kakovostnejši odnos znotraj terapevtskega procesa. Področje vikanja in tikanja v poslovnem odnosu je v slovenskem prostoru tudi sicer slabo raziskano. Naslanjava se na osnovne teoretične koncepte jezikoslovja, sociolingvistike in poslovnega komuniciranja na eni strani ter na teoretične koncepte treh sodobnih šol transakcijske analize - relacijske, integrativne in soustvarjalne - na drugi strani. Raziskavo pojmujeva kot uporaben prispevek za psihoterapevte in kot zanimiv vpogled v dinamiko odnosov za kliente. Zavedanje, kaj vikanje in tikanje prinaša v terapevtski odnos, lahko pomembno vpliva na kakovost terapevtskega odnosa.

I. Teoretični okvir

1. Uporaba vikanja in tikanja v slovenskem jeziku

Slovenski slovar knjižnega jezika (2000) vikanje in tikanje opredeli kot:
tíkati -am nedov. (i) uporabljati v govoru s kom obliko druge osebe ednine.
víkati -am nedov. (i) uporabljati v govoru s kom obliko druge osebe množine moškega spola.

Vikanje izraža spoštovanje do sogovornika, zato kot tako ni le privilegij starejših in dolžnost mlajših. Vikati bi morali vse ljudi, s katerimi se srečujemo na delovnem mestu in v bolj formalnih okoliščinah (v trgovini, uradih, ljudi, ki jih ne poznamo idr.) (Popovič in Zajc, 2000). Družbene norme, ki naj bi jih v profesionalnem odnosu upoštevali, so zapisane v bontonu. Poslovni bonton je trenutno družbeno sprejemljivo vedenje, ki ga določajo moralne norme časa in prostora v poslovnem svetu (Grintal, 2013). Pravilo, ki velja v poslovnem svetu je, da vikamo vse neznane in polnoletne osebe (Mihaljčič in Šantl Mihaljčič, 2000).

V Priročniku lepega vedenja (2004) najdemo odgovor na dilemo: »Kdaj tikati in kdaj vikati? Nikakor ne začnemo s tikanjem na uvodnem prvem pozdravu. Kljub enaki starosti, enaki ravni na hierarhični lestvici ali enakem pridobljenem strokovnem oziroma akademskem naslovu, ni primerno sogovornika tikati. Res je, da vikanje ni samo po sebi znak spoštovanja, potrebno je veliko več. Ampak v obratni smeri pa tikanje ob prvem srečanju lahko izkazuje nespoštovanje in sogovornika odvrne od siceršnjega razgovora z nami.»

Sociolingvistika je veja jezikoslovja, ki obravnava jezik kot družbeni fenomen. Temelj sociolingvistike je preučevanje strukture jezika v družbenem in kulturnem kontekstu (Unuk, 1997). Če nam vsakdanje skupno delo ali stiki dovoljujejo manj formalne odnose, lahko vikanje z dogovorom spremenimo v tikanje. Pobudo za tikanje običajno predlaga: starejša oseba mlajši osebi, nadrejeni podrejenemu (če je podrejeni veliko starejši, je lahko tudi obratno), moški ženski (v današnjem času ne velja vedno in je lahko tudi obratno) (Dreo, 2003).

Pogovor med terapevtom in klientom lahko opredelimo kot manj formalni odnos, saj komunikacija ne poteka v strogem poslovnem jeziku, temveč gre za pogovorni jezik, za spontani govor. Spontani govor (Smolej, 2012) razumemo kot govor, ki je v naprej nepripravljen, kar pomeni, da se govorec pred potekom govornega dejanja nanj ni pripravljal oz. nima vnaprej tvorjenih verjetnih jezikovnih struktur (klepeti, pripovedovanje, povpraševanje).

V raziskavi so naju zanimala prepričanja terapevtov in klientov o vikanju in tikanju, kakšen pomen pripisujejo vikanju in tikanju in ali po njihovem prepričanju vplivata na profesionalnost terapevtskega odnosa.

2. Terapevtski odnos

Terapevtski odnos doprinese 30% k uspešnosti terapije. Ostali dejavniki so: zaupanje v spremembo in njeno pričakovanje 15%, psihoterapevtski pristop in njegove tehnike 15%, faktorji izven terapije 40% (Assay in Lambert, 1999).

Na vprašanje, zakaj se terapevtskemu odnosu posveča toliko pozornosti v knjigi Between Therapist and Client – The New Relationship (Kahn, 1996) dobimo odgovor: »Ker je že sam terapevtski odnos terapija.» Glede terapevtov začetnikov pravi, da jih večina pozna osnovna etična pravila, ampak dokler ne razumejo, kako prefinjen in kompleksen je lahko odnos in kako pomemben postane terapevt klientu, obstaja možnost, da podcenjujejo, kako hitro lahko tudi nezavedno škodijo sami terapiji. Eno najmočnejših

terapevtovih orodij je zato prav zavedanje malih podrobnosti in sprememb v odnosu samem (Kahn, 1996).

Ravno zato naju je v raziskavi zanimalo, kaj pomeni za klienta, če ga terapevt vika oziroma tika, kako ob tem doživlja sebe. Prehod iz vikanja na tikanje je namreč sprememba, ki lahko pomembno vpliva na dinamiko odnosa in jo je zato potrebno speljati v skladu s tem zavedanjem.

Transakcijska analiza (v nadaljevanju TA) je teorija osebnosti in sistematična psihoterapija za »osebno rast in spreminjanje». Daje osnovo tudi za teorijo komunikacije. Mogoče jo je razširiti kot metodo za analizo sistemov in odnosov tako v osebnem življenju kot v odnosih na delovnem mestu (Stewart in Joines, 2015). Model terapevtskega odnosa v TA temelji na analizi transakcij v terapevtskem odnosu: soustvarjalen odnos (Tudor, 2014). Soustvarjanje terapevtskega odnosa je tako dvosmerni proces med terapevtom in klientom. Transakcija je sestavljena iz dražljaja in odziva. Berne je transakcijo imenoval »temeljna enota diskurza» (Stewart in Joines, 2015). V raziskavi upošteva vpliv vikanja in tikanja tako s stališča klienta kot tudi s stališča terapevta.

2.1. Enakovreden odnos

Terapevtski odnos, v okviru TA, omogoča klientu odnos s terapevtom, ki izhaja iz življenjske pozicije »Jaz sem v redu – ti si v redu [angl: I am OK. You are OK.]». Življenske pozicije (Stewart in Joines, 2015) so v jeziku TA temeljne drže ali stališča, ki jih ljudje zavzamejo o bistvenih vrednotah, ki jih dojemajo pri sebi in drugih.

Življenjske pozicije v odraslosti, povzete po (Jongeward in James, 2012), so:

- »Jaz sem v redu - ti si v redu» je duševno zdrava pozicija. V tej poziciji se posameznik dobro znajde v življenju, konstruktivno rešuje probleme. Je edina življenska pozicija, ki temelji na realnih pričakovanjih.
- »Jaz sem v redu - ti nisi v redu» je projektivna pozicija. Osebe s to pozicijo se počutijo kot žrtve oziroma preganjani, zato sami isto počnejo drugim. Odgovornost za svoje težave prelagajo na druge osebe. Pogosto jim je lastno paranoidno vedenje.
- »Jaz nisem v redu - ti si v redu» je introjektivna pozicija. Oseba se počuti nemočna, kadar se primerja z drugimi ljudmi. Takšno prepričanje vodi v izogibajoče vedenje, v depresijo, nenazadnje lahko tudi samomor.
- »Jaz nisem v redu - ti nisi v redu» je brezsmiselna pozicija. Svet okoli mene, nihče drug in tudi jaz nisem v redu. Značilna je za shizoidno osebnostno adaptacijo.

Eno od vprašanj v raziskavi se nanaša na življenjske pozicije terapevta in klienta, da dobimo podatek, iz kakšne izhodiščne točke posameznik stopa v medsebojni odnos, kako doživlja sebe in kako druge.

2.2 Relacijska transakcijska analiza

Eric Berne (2011) ego stanja poimenuje temeljni kamen oz. zaščitni znak TA. Govorimo o ego stanjih Starša, Odraslega in Otroka/Deteta. Definira jih kot »stalen vzorec

čustvovanja in izkušenj, ki je neposredno v povezavi z ustreznim stalnim vzorcem vedenja». V ego stanju Otroka preigravam vedenja, razmišljanja in čustvovanja iz svoje lastne preteklosti. V ego stanju Starša se vedem, razmišljam in čustvujem na način, ki sem ga prevzel od staršev in starševskih likov. V svojem Odraslem ego stanju sem tukaj in zdaj in se odzivam z vsemi svojimi sedanjimi zmožnostmi (Stewart in Joines, 2015).

Relacijski model TA je usmerjen na dekontaminacijo ego stanja Otroka. Osredotoča se predvsem na sam terapevtski odnos med klientom in terapevtom. Terapevt omogoča klientu odnos iz svojega ego stanja Odraslega z ego stanjem Odraslega pri klientu. Odnos tukaj in zdaj, resnično sprejemanje in zavedanje ter priložnost in vabilo za refleksijo vsebin ego stanj Otroka in ego stanj Starša. Pomembno vlogo igrata transfer in kontratransfer. Transfer je proces, kjer klient projecira nekaj iz lastne zgodovine na terapevta, največkrat gre za nezavedne procese znotraj odnosa. Priporočljivo je imeti v mislih vprašanje »Kdo sem jaz za klienta v tem trenutku?» Kontratransfer poteka v obratni smeri od terapevta h klientu. Terapevt prepoznava nezadovoljene relacijske potrebe ego stanj Otroka pri klientu in se ustrezno odziva nanje. Terapevt ne zadovolji potreb klienta z namenom zapolnjevanja vrzeli iz otroštva, dovoli pa klientu, da ga uporabi v ta namen (Hargaden in Sills, 2003).

Razumevanje transferja in dela z ego stanji Otroka nama je bilo izhodišče za oblikovanje vprašanj, ki so povezana z odnosom do avtoritete. Zanimala so naju prepričanja, prepovedi in zapovedi, o vikanju in tikanju. Zanimalo naju je, kaj posameznik doživlja ob avtoriteti ter ali oseba lahko nekoga, ki ga smatra za avtoriteto, tudi tika.

2.3 Integrativna transakcijska analiza

Cilj integrativne psihoterapije je integracija odcepljenih delov osebnosti na podlagi kontakta. Klient dobi novo izkušnjo odnosa, kjer se lahko odpove obrambnim mehanizmom, ki so ga varovali, in prične izkušati ter integrirati vse, kar on je in kar lahko postane. Erskine (1998) pravi, da je zdravilen odnos tisti, v katerem se relacijske potrebe prepozna ter se nanje ustrezno odzove. Bowlby (1988) kot primarno človeško potrebo vidi prav potrebo po kontaktu z drugimi ljudmi.

Avtorji knjige Beyond empathy (Erskine, Moursund in Trautmann, 1999) predstavijo »Model ključavnice», ki prikazuje relacijske metode integrativne psihoterapije. Zajema tri vidike terapevtovega vedenja, vezane na medsebojni odnos:

- Povpraševanje [angl. inquiry] je proces, s katerim terapevt vabi klienta k raziskovanju svojega doživljanja. Terapevt avtentično zastavlja odprta vprašanja, ki klientu omogočajo, da prihaja v stik s seboj (Erskine idr., 1999). Zajema spoštljivo radovednost za klientov svet, ki presega sama vprašanja. Terapevt mu pomaga odpirati prostor, da lahko čuti, kar si ni upal čutiti. Povpraševanje tako razširja klientovo zavedanje.
- Uglaševanje [angl. attunement] je proces, je tisti del, ki je »onstran empatije». Je ključna terapevtska tehnika in se začne z empatičnim zrcaljenjem klienta (Widdowson, 2010). Gre za recipročni odziv, ki pa nikakor ne pomeni zlitja s klientom. V psihoterapiji je zelo pomembno, da se terapevt zna uglasiti tudi na tiste dele osebnosti, s katerimi klient še ni v stiku. Prav naše sočutje do njegovega ranjenega dela sebe, ranjenega ego stanja Otroka, pripomore, da klient pride v stik z njim. Uglašujemo se lahko kognitivno, čustveno, ritmično in razvojno

glede na klientove relacijske potrebe. Uglaševanje je kot ples, terapevt večinoma sledi, morda kdaj vodi, vendar nikoli ne vleče s silo (Erskine idr., 1999).
- Udeleženost [angl. involvement] je terapevtov odziv na klienta. Je priznavanje njegovih besed, razmišljanj, tudi gibov ali kretenj, ki so imeli v preteklosti morda pomembno vlogo zanj. Terapevtova prisotnost klientu pomaga do stika s seboj. Z lastno udeleženostjo v odnosu terapevt klienta vabi, da postaja vse bolj avtentičen, se začne zavedati sebe, da počasi lahko opušča obrambe in vstopa v nove, drugačne odnose (Erskine idr., 1999).

Integrativni model TA nama je dal okvir za sklop vprašanj vezanih na konkretno vsebino terapevtskega odnosa. Preverjala sva, ali vikanje in tikanje vpliva na izražanje čustev, na varnost in sprejetost znotraj odnosa in na meje v medsebojnih odnosih.

2.4 Soustvarjalna transakcijska analiza

Gre za novejšo smer TA, ki jo je razvil Keith Tudor skupaj s sodelavci. »Soustvarjalna transakcijska analiza [angl. Co-creative transactional analysis] je pristop, ki temelji na »soustvarjanju» (vzajemnem, skupnem) vidiku profesionalnega odnosa». Soustvarjanje zajema transakcije, medsebojne relacije, vzajemnost, skupnost in kooperativnost. »Naziv pristopa namerno uporabi tudi besedo 'ustvarjanje', kar je, mora biti in naj bo pristno, domiselno, intuitivno srečanje med ljudmi – z vso našo modrostjo, razumom in čustvi v vsej naši kompleksnosti in v vseh kontekstih» (Tudor, 2014).

Terapevtski odnos soustvarjata terapevt in klient, dva subjekta, ki soustvarjata skupno polje, v katerem sovplivata drug na drugega. To je bil povod, da sva celotno raziskavo speljala vzporedno iz obeh vidikov. Zanimalo naju je terapevtovo in klientovo razumevanje skupnega odnosa, ali se oseba lažje izraža, čustveno odpre in zaupa, če se v odnosu vikata ali tikata.

3. Stili navezanosti in psihopatologija

Utemeljitelj teorije navezanosti, Bowlby (1969), je poudaril, da navezanost ni omejena samo na otroštvo, ampak se nadaljuje skozi celo življenje. Relacijske sheme so sheme odnosa med seboj in drugimi ljudmi. Gre za sheme odnosnih izkušenj, za celotno doživljanje in vedenje sebe v odnosu z drugo osebo (Žvelc, 2011). Ker relacijske sheme vplivajo na način, kako vzpostavljamo medsebojne odnose, sva v anketi uporabila že standardizirani samoocenjevalni vprašalnik o stilih navezanosti v odraslosti (Bartholomew in Horowitz, 1991).

Fonagy (2001) omenja, da predstavlja varna navezanost zaščitni faktor pred psihopatologijo (manjša anksioznost, večja zmožnost regulirati čustva, boljša samopodoba idr.). Nevarne navezanosti sicer ne enačimo s psihično motnjo, predstavlja pa rizični faktor za razvoj psihloških in socialnih težav in motenj (depresivnost, anksioznost, psihosomatske motnje idr.).» Motena socialna kompetentnost je značilna za izogibajoči stil navezanosti. Dezorganizirana navezanost pa je povezana s psihiatričnimi motnjami (potravmatsko stresno motnjo, mejno osebnostno motnjo ter disociativno simptomatiko) (Žvelc, 2011).

Stile navezanosti sva vključila v raziskavo zaradi podatkov o relacijskih shemah,

kako terapevt in klient razumeta navezanost »sebe» v odnosu do drugega. Glede na povezanost med stili navezanosti in psihopatologijo je bilo za naju smiselno vključiti tudi slednje v raziskavo. Zanimalo naju je, ali se klienti soočajo s katero od duševnih motenj, oziroma ali se pri določenih duševnih motnjah terapevti ne odločajo za tikanje.

II. Raziskava

1. Raziskovalni problem

Raziskovala sva, ali jezikovna in po bontonu pisana pravila vikanja in tikanja vplivajo na terapevtski odnos. Cilj raziskave je bolje razumeti, kaj tikanje in vikanje pomeni v terapevtskem odnosu. Postavila sva hipotezo, da tikanje omogoča kvalitetnejši odnos znotraj terapevtskega procesa.

Kakovost odnosa v raziskavi opazujeva na področju profesionalosti odnosa, doživljanja sebe kot terapevta oz. klienta, na področju izražanja čustev in razumevanja medsebojnih meja v odnosu. Na kakovost odnosa in uspešnost terapije vplivajo še drugi dejavniki, ki jih v raziskavi nisva zajela (osebnostne prilagoditve klienta, smer terapije in terapevtske intervencije, dejavniki izven terapije idr.)

2. Metodologija

Izbrala sva kvantitativno obliko raziskovanja. Raziskava je postavljena v slovenski prostor, v okvir privatne psihoterapevtske prakse, ki se izvaja v slovenskem jeziku. Vsi vprašani terapevti in klienti so odgovarjali iz lastne izkušnje iz individualnega terapevtskega odnosa. Raziskava tudi ne zajema odnosa terapevt-klient znotraj javnega zdravstvenega sektorja, oz. znotraj bolnišničnega zdravljenja. Omejena je na delo z odraslimi, saj ima delo z otroci in mladostniki glede vikanja in tikanja drugačno specifiko.

Vzorec je zejel 45 terapevtov (37 žensk in 8 moških) in 89 odraslih klientov (64 žensk in 25 moških). Anketo je začelo izpolnjevati 63 terapevtov in 114 klientov, a so jo predčasno zaključili. Vzroka za opustitev izpolnjevanja ankete ne poznava. Osnovni podatki o anketirancih: povprečna starost terapevtov je 39,6 leta in klientov 36,1 leta. Po izobrazbi med terapevti prevladuje univerzitetna izobrazba (71%) oz. magisterij ali doktorat (20%). Med klienti prevladuje srednješolska izobrazba (34%), sledijo visokošolska (31%) in univerzitetna (25%) ter magisterij ali doktorat (5%).

Kot orodje za pridobivanje podatkov sva uporabila anketni vprašalnik. Zbirala sva podatke o stališčih, mnenjih in vrednotah anketirancev. Sestavila sva dve ločeni anketi, za psihoterapevte s 25 vprašanji in za kliente z 22 vprašanji. Obe anketi sta imeli enako zaporedje posameznih sklopov vprašanj: osnovni podatki o anketirancu, prepričanja o vikanju in tikanju, odnos do avtoritete, profesionalni odnos, sedanji terapevtski odnos, doživljanje sebe znotraj terapevtskega odnosa, stili navezanosti in duševne motnje.

Pridobljeni podatki iz obeh anket se razlikujejo v tem, da klient odgovarja na vprašanja vezana na en sam, njegov trenutni terapevtski odnos. Vprašanja psihoterapevtom pa so zasnovana tako, da zajamejo povprečno oceno njihovih odnosov s klienti doslej. V nekaj primerih je ista oseba izpolnila oba vprašalnika, saj se je tedaj trenutno nahajala

v osebni terapiji v vlogi klienta, je pa tudi redno delala s klienti v vlogi terapevta.

Anketo začenja kratek uvod, v katerem se anketirancem predstaviva avtorja, opredeljena sta predmet in cilj raziskave. Opozoriva, da je za rezultate ankete pomembna iskrenost pri odgovorih. Zagotoviva jim anonimnost ter možnost odstopa od ankete v katerem koli trenutku. Na koncu ankete je tudi zahvala za sodelovanje. Čas izpolnjevanja ankete sva na podlagi praktičnega preizkusa z dvema terapevtoma in dvema klientoma ocenila na približno 10 minut. Čas zbiranja podatkov je bil omejen na 14 dni.

V anketi sva uporabila pretežno vprašanja zaprtega tipa, ponekod je bila dodana opcija »drugo», ki je ponudila možnost odprtega tipa odgovora. Odgovore sva dobila večinoma v obliki lestvice stališč (od »se zelo ne strinjam» do »se zelo strinjam») ali na način kategorialnih odgovorov, kjer so anketiranci izbrali ustrezni odgovor med v naprej ponujenimi možnostmi.

Anketi sva realizirala s pomočjo spletnega orodja EnKlikAnketa (2002), ki omogoča ustrezno sestavo ankete, zbiranje in obdelavo podatkov. Za dodatno obdelavo podatkov sva uporabila statistični program za družboslovne znanosti SPSS (angl: Statistical Package for Social Sciences). Raziskava ne vključuje statističnega sklepanja niti posploševanja iz vzorca na populacijo. Anketi sva izvedla v celoti preko spleta. Razposlala sva ju po elektronski pošti terapevtom različnih modalitet, psihoterapevtskim društvom in svojim klientom, ter vse sočasno zaprosila za posredovanje ankete tudi drugim klientom oziroma terapevtom.

3. Rezultati

Pri raziskovanju vpliva vikanja in tikanja na kakovost terapevtskega odnosa so nama bili pomembni predvsem rezultati vezani na profesionalnost odnosa, na sedanji terapevtski odnos ter na doživljanje in izražanje sebe znotraj terapevtskega odnosa. Omenjena področja predstaviva podrobneje, ostale podatke podava večinoma opisno. Pri prikazu rezultatov uporabljava oznako »T» za terapevte in oznako »K» za kliente.

3.1 Prepričanja o vikanju in tikanju

Kot otrok sem dobil/a sporočila, da se spodobi vikati starejše osebe.
90% T in 88% K se strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo.
Kot otrok sem dobil/a sporočila, da tikam lahko le sovrstnike in bližnje sorodnike.
71% T in 73% K se strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo.
Kaj za vas kot osebo pomeni, če vas druga oseba ob prvem stiku vika?
67% T in 63% K vikanje ob prvem stiku razume kot znak, da ga sogovornik jemlje resno in ga spoštuje. 45% T in 42% K vikanje ob prvem stiku razume kot ohranitev distance v odnosu. Pod »drugo» sva dobila odgovore, da je oseba lepo vzgojena, da je vljudna, da pozna bonton, da se sogovornika morda boji.
Kaj za vas kot osebo pomeni, če vas druga oseba ob prvem stiku tika?
63% T in 51% K v tem prepozna pričakovanje prijateljskega odnosa. 39% T in 32% K meni, da sogovornik ne pozna bontona. 22% T in 23% K ob tem misli, da izgledajo mlajši kot so. 9% T in 23% K tikanje ob prvem srečanju smatra, kot da jih oseba ne jemlje resno oz. jih ne spoštuje. Pod »drugo» so bili odgovori, da je oseba sproščena, da oseba nima meja oziroma da gre za motnje na kontaktni meji, da je to njena navada.

O prehodu na tikanje se vedno predhodno dogovorimo z drugo osebo.
75% T in 83% K se strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo.
Ponudbo, da nekoga začnem tikati, lahko tudi odklonim.
73% T in 72% K se strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo.

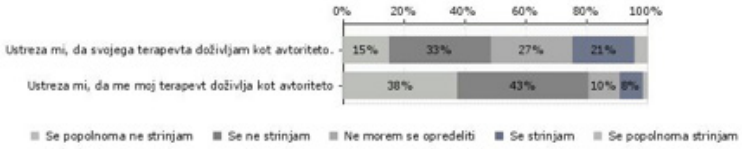
3.2 Odnos do avtoritete

Nekaterih oseb, kljub njihovemu dovoljenju ne zmorem tikati, saj jih doživljam kot avtoriteto.
50% T in 32% K se s trditvijo ne strinja, 40% T in 65% K se strinja s trditvijo. 11% T in 4% K se ne more opredeliti.
Avtoriteta v meni izzove strah.
55% T in 46% K se ne strinja s trditvijo, 19% T in 42% K se strinja s trditvijo. Ostali so neopredeljeni.
Avtoriteta v meni izzove odziv, da se podredim.
51% T in 36% K se ne strinja s trditvijo, 22% T in 50% K se strinja s trditvijo. Ostali so neopredeljeni.



Graf 1a: Avtoriteta v terapevtskem odnosu - T

48% K ne ustreza, da terapevta doživljajo kot avtoriteto, 21% ustreza, 27% se jih ne more opredeliti. 81% K ne ustreza, da jih terapevt doživlja kot avtoriteto, 8% vprašanim to ustreza, 10% se jih ni znalo opredeliti.



Graf 1b: Avtoriteta v terapevtskem odnosu – K

Korelacija med doživljanjem terapevta kot avtoritete in uporabo vikanja oziroma tikanja (tabela1) je značilna. Tisti klienti, ki terapevta nimajo za avtoriteto, se s terapevtom večinoma tikajo (23%). Tisti, ki terapevta doživljajo kot avtoriteto, se s terapevtom nazivajo različno oz. si ga prizadevajo vikati (57%).

$X^2 = 20.881$

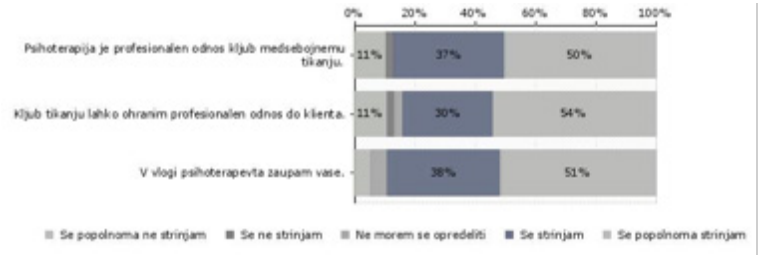
Kako se sedaj nazivata s terapevtom? (Q12)	4. VAŠ ODNOS DO AVTORITETE: (Q16) Ustreza mi, da svojega terapevta doživljam kot avtoriteto. (Q16d)					
	Se popolnoma ne strinjam (1)	Se ne strinjam (2)	Ne morem se opredeliti (3)	Se strinjam (4)	Se popolnoma strinjam (5)	Skupaj
S terapevtom se vikava. (1)	1	8	5	7	2	23
	4%	35%	22%	30%	9%	100%
S terapevtom se tikava (2)	11	16	16	5	0	48
	23%	33%	33%	10%	0%	100%
Drugo: (3)	0	2	0	4	1	7
	0%	29%	0%	57%	14%	100%
Skupaj	12	26	21	16	3	78
	15%	33%	27%	21%	4%	100%

Prilagojen residual (vrednost "Z"): + - manj (?)
šibka povezanost (Z>1)
značilna povezanost (Z>2)
močna povezanost (Z>3)

Tabela 1: Doživljanje T kot avtoritete v korelaciji z vikanjem/tikanjem - K

3.3 Profesionalni odnos

Da psihoterapija ostaja profesionalni odnos kljub tikanju se strinja oz. popolnoma strinja 87% T in 91% K. 84% T lahko ohranja profesionalni odnos kljub tikanju. 89% K zaupa v strokovnost terapevta ne glede na vikanje ali tikanje. (Graf 2a in 2b)



Graf 2a: Profesionalni odnos - T



Graf 2b: Profesionalni odnos - K

3.4 Sedanji terapevtski odnos

85% T trenutno redno dela s klienti. Psihoterapevtsko dejavnost opravljajo v časovnem razponu od 2 mesecev do 20 let. Najpogostejši odgovor vprašanih je bil okoli 6 let.
72% K je trenutno v terapiji. Trajanja terapije pri vseh vprašanih je v razponu od 1 tedna do 12 let. Mediana je 18 mesecev.
Kateri spol prevladuje med vašimi klienti?
61% T označi, da med klienti prevladujejo ženske, pri 3% prevladujejo moški, 36% T pravi, da sta oba spola enakovredno prisotna.
Katerega spola je vaš terapevt?
78% K ima za terapevta osebo ženskega spola, 33% pa moškega.
Terapevtska modaliteta, po kateri delate kot terapevt, oziroma jo kot klient obiskujete?
V raziskavi so sodelovali terapevti analitične psihoterapije, sistemske, TA, psihoanalize, integrativne–relacijske, psihodinamske, geštalt, integrativne terapije po Petzoldu, KVT, kibernetike, igralne terapije, logoterapije, družinske in realitetne. 69% K pozna modaliteto, po kateri dela njihov terapevt (TA, KVT, integrativna, psihoanaliza, realitetna, geštalt, razvojno analitična), 31% K tega ne ve. Največji delež vprašanih klientov, ki so rešili anketo, obiskuje transakcijsko analizo. Rezultati pokažejo, da je korelacija med terapevtsko modaliteto in tikanjem 0.37. 0,20-0,39 -> nizka/šibka.

Correlations

			Smer terapije	Tikanje
Spearman's rho	Smer terapije	Correlation Coefficient	1.000	.369
		Sig. (2-tailed)	.	.029
		N	35	35
	Tikanje	Correlation Coefficient	.369	1.000
		Sig. (2-tailed)	.029	.
		N	35	35

Tabela 2 : Korelacija med terapevtsko modaliteto in tikanjem

Ali svoje kliente sedaj vikate ali tikate?
24% T vse svoje kliente vika, enak odstotek vse svoje kliente samo tika.
51% T pri svojem delu nekatere kliente vika, nekatere tika.
Ali vas vaši klienti sedaj vikajo ali tikajo?
46% T označi, da jih večina klientov tika, 19% T, da jih večina klientov vika. 19% T je tistih, ki jih klienti samo vikajo in 16% tistih, ki jih klienti samo tikajo.
Korelacija med tem, kako terapevti nazivajo kliente in kako klienti nazivajo njih (tabela 3), pokaže močno povezanost med obema parametroma.

$x^2 = 50.573$

Ali svoje klient sedaj vikate ali tikate? (Q12)	Ali vas vaši klienti sedaj vikajo ali tikajo? (Q14)				
	Vsi moji klienti me vikajo (1)	Vsi moji klienti me tikajo (2)	Večina mojih klientov me vika (3)	Večina mojih klientov me tika (4)	Skupaj
Vse svoje klient vikam (Q12a)	7	0	2	0	9
	78%	0%	22%	0%	100%
Vse svoje klient tikam (Q12b)	0	6	1	2	9
	0%	67%	11%	22%	100%
Nekatere svoje klient vikam, druge tikam (Q12c)	0	0	4	15	19
	0%	0%	21%	79%	100%
Skupaj	7	6	7	17	37
	19%	16%	19%	46%	100%

Prilagojen residual (vrednost "Z"): + - manj (?)
šibka povezanost (Z>1)
značilna povezanost (Z>2)
močna povezanost (Z>3)

Tabela 3: Korelacija med tem kako terapevte nazivajo klienti in obratno - T

Kako se sedaj nazivata s terapevtom?
61% K se trenutno s terapevtom tika, 30% se jih vika. Pod »drugo» so odgovori: terapevt me tika - jaz ga vikam, terapevt me tika – jaz ga malo vikam, malo tikam, si ga prizadevam tikati.

Kako se sedaj nazivata s terapevtom?

Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
1 (S terapevtom se vikava.)	24	26%	30%	30%
2 (S terapevtom se tikava)	49	54%	61%	91%
3 (Drugo:)	7	8%	9%	100%
Skupaj	80	88%	100%	
	Povprečje	1.8	Std. Odklon	0.6

Tabela 4: Kako se sedaj nazivata s terapevtom - K

Koliko časa se s terapevtom tikata? (odgovorijo samo tisti, ki se tikajo s terapevtom)
78% K se s terapevtom tika od začetka terapije, ostali šele po določenem času. Čas, v katerem slednji preidejo na tikanje, je v razponu od 4 seans do 1,5 leta.
Kako ste prešli na tikanje?
100% T preide na tikanje na podlagi dogovora. Nihče izmed vprašanih terapevtov ne preide na tikanje spontano.
78% K označi, da so prišli na tikanje po dogovoru, 22% pa jih je prešlo na tikanje spontano.
Od kdaj se s klienti tikate?
48% T se tika s klienti od začetka terapije. 52% T preide na tikanje po določenem času. Preglednica prikazuje odgovore terapevtov, ki preidejo na tikanje po

določenem času:

Q16 (... po določenem času. Navedite koliko.)

Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
cca 1 mesec	1	2%	8%	8%
1 mesec	1	2%	8%	17%
odvisno od odnosa, sproščenosti in kaj klient rabi	1	2%	8%	25%
ni pravila, po občutku	1	2%	8%	33%
odvisno od posameznika	1	2%	8%	42%
nekaj srečanjih	1	2%	8%	50%
različno, od 1 do 5 srečanj	1	2%	8%	58%
2 - 3 mesecev	1	2%	8%	67%
po 3 seansah	1	2%	8%	75%
po enem tednu	1	2%	8%	83%
zelo različno, z nekaterimi na prvem srečanju, z drugimi po nekaj srečanjih, z nekaterimi po kakem posebnem dogodku v procesu	1	2%	8%	92%
5-10 ur	1	2%	8%	100%
Skupaj	12	26%	100%	

Tabela 5: Čas v katerem preidejo terapevti na tikanje

Okvirna starostna razlika med terapevtom in klientom.
58% T ima kliente vseh starostnih skupin, 22% klientov je mlajših in 11% starejših od njih samih, za 8% klientov pravijo, da so ista generacija.
64% K je mlajših od njihovega terapevta, 18% jih je starejših, 11% se jih opredeli, da so ista generacija.

3.5 Doživljanje sebe znotraj terapevtskega odnosa

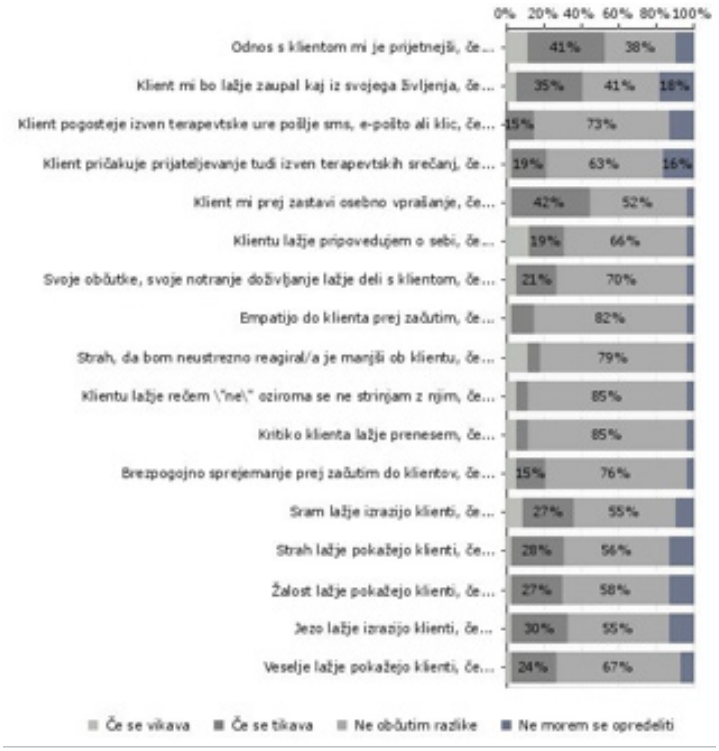
Življenjske pozicije terapevtov in klientov
Jaz sem v redu - ti si v redu: drži za 97% T in 79% K.
Jaz sem v redu - ti nisi v redu: nihče ne izbere te opcije.
Jaz nisem vredu - ti si v redu: 20% K.
Jaz nisem v redu - ti nisi v redu: 1% K.
3% T odgovori, da je občutek sebe odvisen od klienta s katerim delajo
Kako vrednotite svoje kliente?
97% T se počuti enakovredne s svojimi klienti. 3% T čuti razliko v vrednotenju glede na posameznega klienta.
Kako vrednotite svojega terapevta?
65% K doživlja terapevta kot enakovrednega. 31% K doživlja terapevta kot večvrednega, 4% pa kot zelo večvrednega.

Podvprašanja	Odgovori (f / %)						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
	Je zelo manjvreden od mene	Je manjvreden od mene	Sva si enakovredna	Je večvreden od mene	Je zelo večvreden od mene	Skupaj				
Kako vrednotite svojega terapevta?	0	0	51	24	3	78	78	91	3.4	0.56
	0%	0%	65%	31%	4%	100%				

Tabela 6: Kako klienti vrednotijo svojega terapevta

3.6. Terapevtski odnos: čustva, občutki, meje

Odgovori terapevtov: Da je odnos s klientom prijetnejši, če se tikata, označi 41% T. To je edina postavka, pri kateri tikanje v odstotkih prevladuje pred odgovorom »ne občutim razlike». Pri vseh ostalih povedih namreč očitno prevladuje ocena, da terapevti ne občutijo razlike med vikanjem in tikanjem. Vikanje ima prednost pred tikanjem le pri povedi »Strah, da bom neustrezno reagiral/a je manjši ob klientu, če...» a še vedno jih večina odgovori, da ne opazi razlike.



Graf 3a: Terapevtski odnos: čustva, občutki, meje – T

Odgovori klientov:45% K čuti, da terapevtu lažje pripoveduje o sebi, če se tikata. To je edina postavka, pri kateri tikanje v odstotkih prevladuje pred odgovorom »ne občutim razlike». Se pa trend v prid tikanja pri odgovorih klientov (graf 3b) dvigne v primerjavi z odgovori terapevtov (graf 3a).



Graf 3b: Terapevtski odnos: čustva, občutki, meje - K

41% T je terapevtski odnos prijetnejši, če se s klientom tikajo. Zanimalo naju je, ali obstaja povezanost med tem, da se terapevti, ki jim je tikanje prijetnejše, tudi dejansko več tikajo s svojimi klienti (tabela 7). Tabela pokaže močno povezanost.

$x^2 = 22.919$

Ali vas vaši klienti sedaj vikajo ali tikajo? (Q14)	Spodaj navedene trditve zaključite z enim izmed odgovorov v stolpcu A ali B. V kolikor ne morete izbrati med opcijo A in B, prosim označite ustrezen odgovor v stolpcu C oz. D (Q23) Odnos s klientom mi je prijetnejši, če... (Q23a)				
	A... se vikava (1)	B... se tikava (2)	C Ne občutim razlike (3)	D Ne morem se opredeliti (4)	Skupaj
Vsi moji klienti me vikajo (1)	2	0	2	1	5
	40%	0%	40%	20%	100%
Vsi moji klienti me tikajo (2)	0	5	0	0	5
	0%	100%	0%	0%	100%
Večina mojih klientov me vika (3)	2	0	5	0	7
	29%	0%	71%	0%	100%
Večina mojih klientov me tika (4)	0	8	6	2	16
	0%	50%	38%	13%	100%
Skupaj	4	13	13	3	33
	12%	39%	39%	9%	100%

Prilagojen residual (vrednost "Z"): + - manj (!)
šibka povezanost (Z>1)
značilna povezanost (Z>2)
močna povezanost (Z>3)

Tabela 7: Korelacija med prijetnejšim odnosom in vikanjem/tikanjem - T

3.7 Stili navezanosti

V anketi sva uporabila standardizirani samoocenjevalni vprašalnik (Bartholomew & Horowitz, 1991; Žvelc in Žvelc, 2000). Upoštevala sva odgovore »značilno zame» in »zelo značilno zame»:

- Varna navezanost: 61% T in 35% K
- Izogibajoča navezanost: 10% T in 40% K
- Anksiozno-ambivalentna navezanost: 7% T in 17% K
- Dezorganizirana navezanost: 10% T in 9% K

Zanimala naju je korelacija za varno navezanost in dezorganizirano navezanost ter uporabo tikanja oz. vikanja. Varno navezanost sva izbrala, ker nas ščiti pred psihopatologijo ter dezorganizirano navezanost, ker je povezana s psihopatologijo. Rezultat pokaže srednjo/zmerno korelacijo: 0.40. 0,40-0,69 -> srednja/zmerna (tabela 8a). Pri dezorganizirani navezanosti prav tako dobiva srednjo/zmerno: 0,46. 0,40-0,69 -> srednja/zmerna (tabela 8b).

Correlations

			Varni stil	Se tikaka vikata
Spearman's rho	Varni stil	Correlation Coefficient	1.000	.399**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	91	91
	Se tikaka vikata	Correlation Coefficient	.399**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	91	91

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8a: Korelacija med varno navezanostjo in tikanjem/vikanjem

Correlations

			STILD	Se tikaka vikata
Spearman's rho	STILD	Correlation Coefficient	1.000	.463**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	91	91
	Se tikaka vikata	Correlation Coefficient	.463**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	91	91

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8b: Korelacija med dezorganizirano navezanostjo in tikanjem/vikanjem

3.8 Duševne motnje

Vam katere izmed duševnih motenj predstavljajo oviro pri tikanju klienta? (samo terapevti)
57% T odgovori z »ne». 20% T odgovori z »da» in navede duševne motnje: narcistična osebnostna motnja, mejna osebnostna motnja, psihoza, odvisnosti.
Imate diagnosticirane katere izmed duševnih motenj? (samo klienti)
41% K ima diagnosticirano vsaj eno izmed duševnih motenj. Motnje, ki jih navajajo, so: depresija, generalizirana anksiozna motnja, socialna fobija, panična

motnja, obsesivno-kompulzivna motnja, potravmatska stresna motnja, osebnostna motnja izogibanja, shizoafektivna motnja.

III. Diskusija

Postavljeno hipotezo, da tikanje omogoča kakovostnejši odnos znotraj terapevtskega procesa, lahko delno potrdiva. Rezultati pokažejo, da tikanje (tako kot vikanje) omogoča ustrezen profesionalni terapevtski odnos. Z vidika klientov ima tikanje ugoden vpliv na izražanje čustev in je v odstotkih skoraj primerljiv z deležem tistih, ki ne opazijo razlike med vikanjem in tikanjem. Z vidika terapevtov je večinski delež tisti, ki pravi, da ne opazijo razlike med vikanjem in tikanjem. Rezultat je pokazal, da je pomembnemu delu terapevtov odnos ob tikanju prijetnejši, kar pa še ni merilo kakovosti odnosa.

Uporaba vikanja in tikanja v profesionalnem odnosu

Terapevtski odnos je poslovni odnos. Rezultati pokažejo, da večina terapevtov in klientov smatra, da tikanje v psihoterapevtskem odnosu ne vpliva na profesionalnost odnosa. Slovenščina v našem družbenem in kulturnem kontekstu dopušča tikanje v poslovnem odnosu, kadar narava dela dovoljuje manj formalne odnose. Psihoterapevtski odnos poteka v sproščenem, spontanem govoru, na štiri oči, s poudarkom na medosebnem odnosu in ga zato lahko uvrstimo v manj formalen odnos, kjer je tikanje sprejemljivo.

Rezultati raziskave so potrdili, da se tako terapevti kot klienti držijo družbenih norm zapisanih v bontonu. Večina vprašanih razume vikanje ob prvem stiku kot znak spoštovanja, sočasno pa vikanje za njih pomeni tudi distanco v odnosu. Določena distanca pri vstopanju v nov medosebni odnos je dobrodošla in je temelj zdravih osebnih meja. Tikanju ob prvem srečanju večina vprašanih pripiše pričakovanje prijateljskega odnosa in/ali nepoznavanje bontona.

Tikanje lahko vpliva na meje v odnosu. Petina klientov namreč pričakuje s tikanjem prijateljevanje s terapevtom tudi izven terapevtskih srečanj in pričakujejo, da jim bo terapevt zaupal kaj iz svojega življenja. Dobra tretjina jih zaradi tikanja lažje pošlje sms ali pokliče izven terapevtske ure. Preden preidemo na tikanje, bi bilo ustrezno preveriti pri klientu, kaj zanj pomeni tikanje in skupaj postaviti ustrezne meje v odnosu.

Sklepava, da z vstopanjem v nov terapevtski odnos z vikanjem pokažemo vzajemno spoštovanje, razumevanje profesionalnega odnosa in sočasno ohranjamo neko mero distance, ki je v odnosu dobrodošla. Odnos, ki ga bomo s časom soustvarili s klientom, potrebuje trdne temelje, dobro delovno alianso in jasne dogovore. Tikanje lahko zaradi klientovega osebnega prepričanja, da gre za prijateljski odnos, spremeni medsebojno dinamiko v smislu razumevanja meja v odnosu, lahko pride do zmotnih prepričanj, da sta terapevt in klient prijatelja. Prehod na tikanje naj bi bil zato v profesionalnem odnosu vedno predmet pogovora in dogovora med terapevtom in klientom.

Trenutno stanje vikanja in tikanja v terapevtskem odnosu

Glede na rezultate sklepava, da se večina vprašanih terapevtov v odnosu z nekaterimi klienti vika, z drugimi tika. Zanimivo bi bilo raziskovati naprej, do kakšne razlike pride (če sploh) v terapevtskem odnosu pri tistih, ki so iz vikanja prešli na tikanje. So se zgodile kakšne pomembne spremembe? Kako je sprememba vplivala na dinamiko odnosa?

V raziskavo so bili vključeni terapevti različnih modalitet. Zanimala naju je korelacija med vikanjem in tikanjem ter terapevtsko modeliteto (tabela 2). Za lažji izračun sva združila modalitete v dve skupini: humanistične (Rogersova na posameznika usmerjena terapija, geštalt, TA, realitetna, integrativna, eksistencialna in logoterapija) in analitične smeri (klasična psihoanaliza, jungovska psihoanaliza, skupinska analiza). Podrobnejša analiza posameznih modalitet se nama na podlagi nizke povezanosti ni zdela pomembna za raziskavo. Rezultati pokažejo, da tikanje prevladuje v humanističnih smereh, tako pri terapevtih kot pri klientih.

Izražanje čustev v povezavi z vikanjem in tikanjem

Rezultati izražanja čustev (jeza, strah, žalost in veselje) v povezavi z vikanjem in tikanjem pokažejo, da večina vprašanih ne občuti razlike med vikanjem in tikanjem. Pomembno visoko pa kotira tikanje v terapevtskem odnosu v povezavi z izražanjem čustev, saj dosega le malo nižji odstotek od tistega, kjer razlike ni občutiti. Zaključek, ki ga lahko speljeva na podlagi teh rezultatov, je pomemben del raziskave. Vikanje in tikanje pri večini vprašanih načeloma ne igra nobene vloge pri izražanju čustev (odgovorili so: »ne občutim razlike»). Med tistimi klienti, ki so se konkretno opredelili za vikanje ali tikanje, je izjemno visoka razlika med vikanjem in tikanjem v korist tikanja. Potrditev tega dobimo tudi skozi odgovore terapevtov, kjer opazno prevladuje tikanje nad vikanjem glede klientovega izražanja čustev (graf 3a in 3b).

Pri nekaterih klientih in tudi terapevtih so rezultati pokazali, da določenih oseb, ki jih smatrajo za avtoriteto, ne morejo tikati. Avtoriteta izzove v njih strah in odziv podrejanja. Zato lahko zaključiva, da vprašanje vikanja in tikanja v terapevtskem odnosu lahko odpre pomemben prostor za nove vsebine, ki so povezane z avtoriteto in doživljanjem sebe v odnosu. Podatke o doživljanju sebe sva dobila s pomočjo življenjskih pozicij in stilov navezanosti, ki vplivajo na posameznikovo dojemanje sebe v odnosu z drugo osebo. Odnos, ki se vzpostavi med terapevtom in klientom, naj bi bil zdravilen sam po sebi. Terapevt postane za klienta pomembna figura, »pomembni drugi,» s katerim lahko razvija nov, drugačen stil navezanosti in skupaj soustvarjata nove definicije dojemanja sebe in sebe v odnosu do drugega.

Soustvarjanje terapevtskega odnosa

Relacijske potrebe, ki so predvsem čustvene potrebe, so osnova naše socialne povezanosti. Omogočajo nam ohranjati in negovati našo navezanost na druge osebe. V terapevtskem odnosu naj bi bil terapevt uglašen ne samo na potrebe klienta, temveč tudi na svoje lastne relacijske potrebe. S samozavedanjem, kako terapevt zadovoljuje svoje lastne relacijske potrebe, postaja bolj dosleden v uglaševanju na svoj lasten proces. S

tem se krepi zavedanje ustreznih meja v odnosu in sposobnost, kako biti s klientom, da ustvarimo optimalne pogoje za njegovo čustveno rast. Klientovo dobro naj bi bilo namreč za terapevta najbolj pomembno (Stewart, 2010).

Slabi polovici terapevtov je odnos s tikanjem prijetnejši. Kaj konkretno »prijetnejši odnos» za terapevta pomeni, presega okvir najine raziskave. Bi bilo pa zanimivo raziskovati naprej, kaj v odnos prinese, če se terapevt počuti prijetneje, kako to vpliva na medsebojno dinamiko, ali je tikanje v korist terapevta lahko hkrati v škodo klienta?

Zaključek

Na videz preprosta odločitev, ali se s klientom vikati ali tikati, je pravzaprav kompleksno vprašanje. V medsebojni odnos terapevti in klienti vstopajo z različno izhodiščno pozicijo, klienti poiščejo strokovno pomoč pri terapevtu in s tem vstopijo v poslovni odnos. Narava dela v procesu psihoterapije je delo s čustvi, z osebnimi zgodbami, s travmami in tudi srečevanje s psihopatologijo. Neformalna komunikacija dopušča tikanje in po podatkih raziskave s tem ne vpliva negativno na profesionalnost odnosa. Ker pa v procesu dela na medsebojno polje odnosa vplivata tako terapevt kot klient, naj bo vprašanje vikanja in tikanja predmet pogovora, dogovora in odločitve.

Terapevtova naloga naj bi bila:

1. Zavedanje procesov znotraj sebe, svojih prepričanj vezanih na vikanje in tikanje, svojih relacijskih potreb in razumevanje, kaj mu osebno pomenita vikanje in tikanje. Kako vplivata nanj, naj bi terapevt ozavestil in po potrebi razreševal na svoji osebni terapiji.
2. Zavedanje procesov znotraj klienta, poznavanje njegovih prepričanj vezanih na vikanje in tikanje, njegovih relacijskih potreb in razumevanje, kaj za klienta pomenita vikanje oz. tikanje. Klientove morebitne dileme vezane na vikanje in tikanje naj bi bile del procesa terapije.
3. Medosebno polje odnosa, ki ga soustvarjata terapevt in klient, se s prehodom iz vikanja na tikanje spremeni v svoji dinamiki. Kako velika bo sprememba in kaj bo prinesla v odnos, je specifika vsakega posameznega odnosa. Prehod na tikanje naj zato ne bo samo stvar prijetnosti, temveč skrbno pretehtana intervencija, ki bo ob ustreznem času na pravem mestu, saj polje terapevtskega odnosa pomembno vpliva na spremembo čustvenih vzorcev pri klientu. Dileme terapevta o prehodu na tikanje naj bi bile obravnavane na superviziji ali interviziji.

IV. Literatura

Assay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). *The Empirical Case of the Common Factors in Therapy: Quantitative findings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bartholomew, K. in Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Berne, E. (2011). *Transakcijska analiza v psihoterapiji*. Ljubljana: IPTA.

Bowlby, J. (1969). *Attachement and loss: Vol. 1. Attachement*. London: Penguin Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Dreo, Z. (2003). *Pot v poslovni svet*. Slovenska Bistrica: IZZA.

EnKlikAnketa, (2002). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Center za družboslovno informatiko. Pridobljeno s: http://www.1ka.si.

Erbida Golob, M. (ur). (2008). *Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP)*. Uradni list RS, št.15/2008.

Erskine, R.G. (1998). Therapeutic response to relational needs. *International Journal of Psychotherapy, 3, (3)*.

Erskine R.G., Moursund J. P. In Trautmann R. L. (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Etični kodeks Društva SLOVENTA (2015). Ljubljana.

Fonagy, P. (2001). *Attachement theory and psychoanalysis*. London, New York: Karnac.

Grintal, B. (2013). *Poslovni bonton ali poslovni bonton od A do Ž*. Maribor: Poslovna založba MB.

Hargaden, H. in Sills. C. (2002). *Transactional Analysis, A Relational Perspective.* East Sussex: Routledge.

Jongeward, D. in James, M. (2012). *Rojeni za zmago*. Ljubljana: Iskanja

Kahn, M. (1996). *Between Therapist and Client – The New Relationship.* New York: Henry Holt and company.

Mihaljčič, Z. in Šantl Mihaljčič, L. (2000). *Poslovno komuniciranje.* Ljubljana: Jutro.

Popovič, M. in Zajc, M. (2000). *Vstop v poslovni svet*. Ljubljana: Jože Moškrič

Priročnik lepega vedenja. (2004). Ljubljana: Slovenska knjiga.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Spletna izdaja: http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html

Smolej, M. (2012). *Besedilne vrste v spontanem govoru*. Ljubljana: Birografika Bori.

Stewart, I., Joines, V. (2015). *Sodobna transakcijska analiza.* Ljubljana: Opportunitas.

Stewart, L. (2010). Relational Needs of the Therapist: Countertransference, Clinical Work and Supervision. Benefits and Disruptions in Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy, Vol. 1, No. 1*, 42-50.

Tudor, K. in Summers, G. (2014). *Co-creative transactional analysis.* London: Karnac

Unuk, D. (1997). *Osnove sociolingvistike*. Maribor: Pedagoška fakulteta Maribor.

Žvelc, G. in Žvelc, M. (2000). *Standardiziran vprašalnik v anketi*. Relationship Questionnaire Bartholomew & Horowitz, (1991); prevod in priredba.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji.* Ljubljan: Založba IPSA.

Widdowson, M. (2010). *Transactional Analysis – 100 key points and techniques.* East Sussex: Routledge.