

Maša Pupaher, Katarina Babnik in Maša Žvelc¹

Tišina kot spontan pojav in intervencija v psihoterapiji: preliminarna študija

Silence as a spontaneous occurrence and as an intervention in psychotherapy: A preliminary study

Povzetek

Cilj preliminarne raziskave je bil identificirati značilnosti tišine kot spontanega pojava in terapevtske intervencije, terapevtovo doživljanje tišine, namene uporabe tišine kot intervencije in dejavnike, ki vplivajo na uporabo tišine kot intervencije. Izvedli smo kvalitativno raziskavo preko fokusne skupine, v kateri je sodelovalo šest udeležencev oz. udeleženk, ki so izhajali iz psihoanalitičnega, systemskega, geštalt in integrativnega psihoterapevtskega pristopa. Podatke smo analizirali z metodo refleksivne tematske analize. Rezultati so pokazali, da značilnosti tišine kot terapevtske intervencije predstavljata zavestna uporaba in ciljna usmerjenost, medtem ko tišina kot spontan pojav izhaja iz trenutkov srečanja med terapevtom in klientom. Terapevti tišino doživljajo kot obliko komunikacije in kot intersubjektivni konstrukt. Glede na kakovost in trajanje jo doživljajo kot pojav, ki zajema tako prijetne kot neprijetne občutke. Na podlagi doživljanja terapevti prepoznajo različne vrste tišin. Nameni uporabe tišine so usmerjeni na klienta, terapevta in na medosebni prostor med terapevtom in klientom, pri čemer je treba upoštevati kontraindikacije za njeno uporabo. Na uporabo tišine kot intervencije vplivajo štiri večje skupine dejavnikov: dejavniki terapevta, klienta, terapevtskega odnosa in terapevtskega procesa. Kljub majhnemu vzorcu, ki ne omogoča generalizacije rezultatov, so zaključki raziskave nakazali na pomembnost obravnave tišine v psihoterapiji, ki presega vplive konceptov posameznih terapevtskih pristopov.

Ključne besede: tišina kot spontan pojav, tišina kot terapevtska intervencija, psihoterapevtski proces, psihoterapevtski odnos, refleksivna tematska analiza

- ¹ Maša Pupaher, mag. psihologije, specializantka psihoanalitične psihoterapije na Univerzi Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, doktorska študentka Humanistike in družboslovja, smer Aplikativne psihološke študije na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, masa.pupaher@gmail.com
Doc. dr. Katarina Babnik, univ. dipl. psihologinja, Oddelek za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, katarina.babnik@ff.uni-lj.si
Doc. dr. Maša Žvelc, univ. dipl. psihologinja, psihoterapevtka, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem, masa.zvelc@famnit.upr.si

Abstract

The aim of this preliminary study was to identify the characteristics of silence as both a spontaneous phenomenon and a psychotherapeutic intervention, the therapist's experience of silence, the purposes for which silence is used as an intervention, and the factors that influence its use. A qualitative study was conducted using a focus group consisting of six participants, who derived from the psychoanalytic, systemic, gestalt and integrative psychotherapeutic approach. Data were analysed using reflexive thematic analysis. The findings revealed that the defining features of silence as an intervention are its intentional use and goal orientation, whereas silence as a spontaneous phenomenon arises from moments of encounter between therapist and client. Therapists perceive silence as a form of communication and as an intersubjective construct. Depending on its quality and duration, silence can evoke both pleasant and unpleasant emotional experiences. Drawing from their clinical experience, therapists are able to distinguish between different types of silence. The purposes of using silence are directed toward the client, the therapist, and the interpersonal space between them, while carefully considering contraindications for its use. Four main categories of factors were identified as influencing the use of silence as a therapeutic intervention: therapist-related factors, client-related factors, the therapeutic relationship, and the therapeutic process. Despite the small sample, which does not allow any generalisations of results, the conclusions of the study indicated the importance of addressing silence in psychotherapy beyond the conceptual boundaries of specific therapeutic approaches.

Keywords: silence as a spontaneous occurrence, silence as a therapeutic intervention, psychotherapeutic process, psychotherapeutic relationship, reflexive thematic analysis

Extended abstract

1.

Introduction

Silence represents an elusive and context-dependent phenomenon whose meaning varies across cultural and relational settings. In psychotherapy, it is typically defined as a temporary suspension of verbal dialogue, yet its functions extend far beyond the absence of speech. Silence can embody reflection, tension, intimacy, or avoidance, depending on the emotional and relational context in which it occurs.

Across psychotherapeutic traditions, definitions of silence differ in duration and interpretation. While some approaches regard it as a brief pause, others link it to deep unconscious processes. Theoretical orientations have historically shaped how silence is understood, with early perspectives focusing primarily on client silence, later expanding to the therapist's silence as a potential intervention. When employed intentionally, silence becomes an active therapeutic tool used to foster reflection, deepen affective experience, and strengthen the therapeutic relationship. It allows space for emotional processing and communicates empathy, respect, and acceptance.

However, silence is not universally beneficial. Misapplied, it may evoke confusion, rejection, or feelings of abandonment, particularly among clients with fragile structures or trauma histories. Therefore, its effective use depends on the therapist's sensitivity, attunement, and the security of the therapeutic alliance. Silence may also arise spontaneously, without deliberate intent, emerging from genuine moments of encounter between therapist and client. Such silences, marked by authenticity and presence, can be transformative, but may also provoke discomfort or anxiety if not properly contained.

The literature identifies multiple purposes of silence: it encourages client self-reflection and responsibility, provides the therapist time for regulation and contemplation, and shapes the interpersonal rhythm of the session. Silence is thus a communicative act that operates on intrapersonal, interpersonal, and intersubjective levels.

Numerous factors influence the use of silence as a therapeutic intervention. These include the therapist's theoretical background, personal characteristics, attachment style, cultural conditioning, and professional experience; the client's developmental history, attachment pattern, and cultural context; as well as relational and process-related elements such as the stage of therapy and the strength of the alliance. Research shows that novice therapists often experience anxiety during silence, while experienced practitioners use it more confidently and meaningfully.

Despite its clinical importance, empirical investigations into silence remain limited, and most existing works are theoretical. There is a lack of research integrating both therapist and client perspectives, even though silence is inherently co-constructed within their interaction. Recognizing this gap, the present preliminary study was designed to explore therapists' experiences and conceptualizations of silence, identify its defining characteristics as both a spontaneous and intentional phenomenon, and determine the factors that influence its use across psychotherapeutic approaches.

2. **Aim and research question**

The aim of this preliminary study was to identify the defining characteristics of silence as both a spontaneous phenomenon and a therapeutic intervention, to explore therapists' subjective experiences of silence, to examine the purposes underlying its therapeutic use, and to determine the factors that influence its application within psychotherapy. Our intention was to understand how varying theoretical perspectives and conceptual frameworks shape the comprehension of silence as a phenomenon within the therapeutic process. Four research questions guided this study: a) What are the characteristics of silence as a spontaneous occurrence and as a therapeutic intervention, b) How do therapists experience silence within the psychotherapeutic process, c) For what purposes do therapists utilize silence as a therapeutic intervention, and d) Which factors influence therapists' use of silence as a therapeutic intervention.

3. **Method**

In accordance with the aim a qualitative approach to the study was used. Six psychotherapists from psychoanalytic, gestalt, systemic, and integrative orientations participated in a focus group, and the data were analysed using reflexive thematic analysis. All participants had experience in conducting individual psychotherapy; three had experience working with couples, one with families, and three with groups. At the time of the study, all participants were engaged in a supervision process. The analysis focused on therapists' experiences and behavioural responses to silence, the purposes for its use as an intervention, the identification of factors influencing its application, and the recognition of the characteristics of silence as both a spontaneous phenomenon and a therapeutic intervention.

4. **Results and discussion**

The analysis identified four overarching themes with multiple subthemes that together illuminate the multifaceted role of silence in the therapeutic process. These themes are: (1) the therapist's experience of silence, (2) silence as a spontaneous phenomenon and as an intervention, (3) the purposes of using silence as a therapeutic intervention, and (4) factors influencing the use of silence as a therapeutic intervention.

The first theme, therapists' experience of silence, revealed that silence was perceived as a communicative and emotional event rather than a void.

Five subthemes emerged: the communicative value of silence, silence as an intersubjective construct, the quality and duration of silence, experiences and reactions during silence, and temporal change in the perception of silence. Therapists described silence as a non-verbal dialogue through which deep understanding and connection occur, a form of communication that often conveys more than words. It was seen as co-created between therapist and client, dependent on mutual presence and acceptance. Its quality varied from calm and fertile to tense and challenging, evoking joy, sorrow, curiosity, or discomfort. Duration also shaped its meaning: short pauses could facilitate reflection, while longer silences allowed transformation and emotional integration. During silence, therapists observed clients' bodily reactions, such as breathing or posture, while simultaneously engaging in self-observation and reflection. They learned to distinguish between their own and clients' emotions, gradually developing tolerance and appreciation of silence as their professional experience grew.

The second theme, silence as a spontaneous phenomenon and as an intervention, captured the dynamic continuum between unplanned silence and its intentional therapeutic use. Three subthemes were identified: silence as a moment of encounter, silence as an intentional and goal-oriented intervention, and recognition of different types of silence. Spontaneous silence was described as arising from profound moments of encounter beyond roles and techniques, when both therapist and client were fully present and connected. Such moments were often felt as transcendent, authentic, and deeply human. In contrast, silence as an intervention was defined by conscious awareness, purpose, and goal orientation. It became therapeutic when the therapist intentionally maintained or invited silence to facilitate insight, reflection, or emotional containment. Participants emphasized that spontaneous and deliberate silence frequently blended within sessions: an initially spontaneous silence could acquire therapeutic meaning once its function became clear. Different types of silence were recognized through bodily, emotional, and processual cues. Therapists relied on sensations in their own bodies and on observing clients' reactions to discern whether silence represented resistance, reflection, or connection, and they sometimes verbalized these observations to maintain safety and collaboration.

The third theme, purposes of using silence as a therapeutic intervention, was the most complex and detailed, comprising five subthemes: client-oriented purposes, therapist-oriented purposes, the interpersonal space, contraindications for the use of silence, and the window of tolerance. Client-oriented purposes included encouraging responsibility when clients expected the therapist to lead, promoting self-reflection, deepening emotional contact, and amplifying the meaning of spoken words. Silence was also used to communicate empathy

and unconditional acceptance, allowing clients to feel seen and safe without verbal reassurance. In some cases, it was employed to induce optimal frustration, fostering resilience and autonomy, though therapists stressed the importance of avoiding retraumatization in vulnerable clients. Therapist-oriented purposes referred to using silence for self-reflection, emotional regulation, and managing countertransference. Silence provided time to think, to process feelings, and to prevent impulsive reactions. It supported free-floating attention and mindful presence, enabling therapists to perceive what lies beneath spoken content. The subtheme of interpersonal space highlighted silence as a shared field where both participants could slow down, breathe, and restore connection. However, silence was not universally beneficial. Therapists recognized situations where silence could be contraindicated, particularly when clients dissociated, displayed severe trauma responses, or felt abandoned. In these instances, silence was modulated to ensure clients remained within their window of tolerance, a zone of emotional safety in which processing and integration are possible.

The fourth theme, factors influencing the use of silence, comprised four main groups of subthemes: therapist-related, client-related, relational, and process-related factors. Therapist-related factors included theoretical orientation, personal maturity, supervision and intervision, therapeutic work experiences and personal therapy. Each therapeutic approach shaped how silence was conceptualized and used, but personal and relational factors determined its emotional impact. Supervision and peer consultation were vital in developing sensitivity to silence, providing a reflective space to process discomfort and gain perspective. Experience emerged as significant: novice therapists often felt compelled to fill silence to demonstrate competence, while experienced practitioners focused on its quality and purpose rather than its duration. Personal therapy deepened understanding by allowing therapists to experience silence as clients, fostering understanding and confidence in its use. Client-related factors included client's personality, client's symptoms, and previous experiences with therapy. For some clients, silence symbolized punishment or neglect; for others, it created safety and introspection. Relational factors, such as the strength of the therapeutic alliance and mutual trust, determined whether silence was perceived as containing or alienating. Process-related factors encompassed financial and time availability, the stage of therapy, modality, and client population. Silence was used differently in early sessions, where structure and reassurance were emphasized, compared to later stages, where it facilitated depth and integration.

5.

Conclusion

The findings portray silence as a dynamic, multilayered phenomenon that intertwines spontaneity and intentionality, presence and intervention. It functions both as a communicative act and a regulatory mechanism and may represent an expression of trust as well as an opportunity for reflection. While the study's preliminary nature and small sample limit the generalizability of the findings, the results nevertheless highlight the importance of addressing silence in psychotherapy in ways that transcend the boundaries of individual therapeutic approaches, suggesting that silence may represent a common factor or a meta-theoretical construct underlying diverse modalities. These insights should therefore be interpreted with caution, yet they offer valuable empirical and conceptual contributions to understanding how therapists experience and utilize silence across modalities. The study emphasizes that silence is not an absence of communication, but an active intersubjective process through which meaning, emotion, and transformation are co-created.

Uvod

Tišina je eden tistih neotipljivih trenutkov, ki izgine takoj, ko skušamo zanjo poiskati besede (Valle, 2019). Zaradi njene kontekstualne determiniranosti pa je težko določiti njen univerzalni pomen (Knutson in Kristiansen, 2015), zaradi česar je za poglobljeno razumevanje potrebno tišino umestiti v širši družbeni kontekst in prevladujoče kulturne vzorce (Al-Harabsheh, 2012; Crafoord, 1994; Kenny, 2018; Morsbach, 1988; Oranje, 2020; Ronningstam, 2006).

V psihoterapevtski praksi je tišina opredeljena kot trenutek, ko je verbalni dialog zaustavljen (Ladany idr., 2004). Na področju raziskovanja v psihoterapiji pa so avtorji tišino glede na trajanje opredelili kot kateri koli zaznan premor (Tindall in Robinson, 1947), premor, ki traja več kot desetinko sekunde (Carr in Smith, 2014), premor, ki traja več kot tri sekunde (Levitt, 2001), ali premor, ki traja več kot pet sekund (Hill idr., 2019; Sharpley, 1997). Psihodinamski pristopi pa tišino opredeljujejo kot premor, ki traja več kot deset minut (Lief, 1962). Različni teoretiki so se v svojih razpravah o tišini v psihoterapevtskem procesu sprva osredotočali na razlago klientove tišine, pri čemer so te izhajale iz konceptov posameznih terapevtskih pristopov. Podobno kot pri klientovi tišini tudi opredelitev terapevtove tišine odraža vpliv terapevtskih pristopov, pri čemer so se raziskave (Ladany idr., 2004; Levitt, 2001) osredotočale na terapevtovo tišino v kontekstu terapevtske intervencije. V primerjavi z ostalimi intervencijami je tišina intervencija, v katero se morata vključiti tako klient kot terapevt, zaradi česar gre za globoko interakcijski proces (Levitt, 2001). Ladany idr. (2004) pa predlagajo, da je tišina multifunkcionalna intervencija, sestavljena iz več konceptov, ki se uporabljajo za različne namene. Pri pregledu razvoja tišine kot terapevtske intervencije v različnih terapevtskih pristopih (Balint, 1958; Beazley, 1997; Breuer in Freud, 1893; Denham-Vaughan in Edmond, 2010; Ferenczi, 1916; Fridman, 1980; Greenacre, 1954; Moustakas, 1995; Perfetti in Bertuccelli-Papi, 1985) opredelitve, kdaj gre pri tišini za spontan pojav in kdaj za terapevtsko intervencijo, ni mogoče zaslediti. Razlago so podali le psihoanalitično usmerjeni avtorji, ki pa so izhajali iz psihoanalitičnih teoretičnih predpostavk in ne empiričnih izsledkov (Langs, 1973). Teoretska izhodišča terapevtskih pristopov pa ne vplivajo le na njeno opredelitev, temveč tudi na namene uporabe tišine kot terapevtske intervencije (Ladany idr., 2004; Langs, 1973; Lief, 1962; Montgomery idr., 2024; Servellen, 2018). Langs (1973) je na primer opredelil šest načel glede uporabe tišine: a) terapevt je tiho po tem, ko klienta pozdravi, b) terapevt je tiho, dokler v polnosti ne razume klientovih notranjih konfliktov, c) terapevt je tiho, ko želi razumeti dogajanje v terapevtskem odnosu, klientove konflikte in želje, d) terapevt je tiho, ko klient dela sam, e) terapevt je tiho, ko ne ve,

kaj se dogaja in f) terapevt je tiho, ko je tiho tudi klient, medtem pa se sprašuje o pomenu tišine (Langs, 1973).

V kvalitativni raziskavi, v kateri so Ladany idr. (2004) raziskovali razloge za uporabo tišine kot intervencije, so terapevti poročali, da so tišino kot intervencijo uporabili za sporočanje empatije, spoštovanja in podpore. Kliente so s tišino želeli vzpodbuditi k samorefleksiji, prevzemanju odgovornosti predvsem takrat, ko so ti od njih pričakovali nasvet, in k prevzemanju bolj aktivne vloge v terapiji (Ladany idr., 2004). Najpogostejši razlog uporabe tišine, ki je usmerjen na terapevta, pa je bil čas za razmislek o lastnem odzivu. Uporaba tišine kot intervencije pa ni primerna v vsakem terapevtskem kontekstu. Pri klientih s potezami, ki nakazujejo na obstoj osebne motnje, pri psihotičnih klientih, močno sumničavih klientih, pri klientih, ki so izrazito jezni, pri tistih, kjer obstaja večja verjetnost samopoškodovanja ali destruktivnega vedenja do drugih, ali pri klientih, ki so šele vstopili v terapevtski proces, tišina ni priporočljiva (Hill idr., 2003). Upoštevati pa je potrebno tudi relacijske potrebe in stil navezanosti klienta (Cuttler idr., 2019).

Glede na razlog oz. namen uporabe tišine so avtorji skušali prepoznati različne vrste terapevtovih tišin (Back idr., 2009; Tindall in Robinson, 1947). Glede na dogajanje med tišino so Ladany idr. (2004) ugotovili, da so terapevti ne glede na terapevtski pristop med tišino kliente opazovali in se spraševali, kaj se v tišini s klientom dogaja. Spraševali so se, ali naj tišino prekinejo, in opazovali lasten kontratransfer. Pri uporabi tišine so potrebni občutljivost, taktnost in spretnost, ne glede na to, ali terapevt omogoča tišino, jo aktivno uporablja ali se odloči, da je ne bo uporabil. Če terapevt tišine ne uporabi spretno, jo lahko klient doživi kot distanco, nezanimanje ali odtujenost, kar lahko vodi v motnje v terapevtskem odnosu (Lane idr., 2002). Langs (1973) tišino opisuje kot intervencijo, ki je lahko uporabljena na ustrezen in neustrezen način. Po njegovo je tišina uporabljena ustrezno, ko terapevt klientu z njo sporoča zanimanje, brezpogojno sprejemanje, ko ta predstavlja korektivno čustveno izkušnjo v odnosu s terapevtom in ko terapevt preko nje vzpodbuja razvoj pozitivnega transfera, kar tudi pri klientu vzbuja zaznavanje večje učinkovitosti terapevtskega procesa (Langs, 1973). Do neustrezne uporabe tišine pa prihaja, ko klienti tišino doživljajo kot terapevtovo nezanimanje, kritiko in neudeležnost v terapevtskem odnosu. Zastoji pri tem nastopijo, ko takšno dogajanje v procesu ni ustrezno naslovljeno in interpretirano, rezultat česar je lahko tudi ponovna travmatizacija klienta in njegova nenadna prekinitev s terapijo (Ladany idr., 2004). Do neustrezne rabe tišine prihaja tudi, ko ta deluje v funkciji terapevtovega kontratransfera in je njen namen vzpostavljanje nadzora ali kazni. Pri tem terapevt izhaja s pozicije moči, ki bo obstajala tako dolgo, dokler klient ne odgovori na podoben način

– s tišino, ki vključuje sram, krivdo, podrejanje in somatizacijo oz. disreguliran fiziološki odziv, kar prav tako prispeva h klientovi nenadni prekinitvi s terapevtskim procesom (Coltart, 1991). Za natančnejše razumevanje ozadja pomenov učinka tišine je koristno poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na njeno uporabo kot terapevtsko intervencijo. Poznavanje vloge različnih dejavnikov pri uporabi tišine je prav tako pomembno, ker je tišina, ki izhaja iz transfera, kontratransfera in odporov s strani klientov in terapevtov doživeta drugače kot tišina, ki jo terapevti uporabljajo kot terapevtsko intervencijo (Knutson in Kristiansen, 2015).

Na uporabo tišine vplivajo terapevtova preobremenjenost z informacijami ali kontratransferjem (Fuller in Crowther, 1998), terapevtove vedenjske in osebnostne lastnosti (Ackerman in Hilsenroth, 2001), terapevtovo kulturno ozadje (Ronningstam, 2006) ali morebitna prisotna simptomatika, izkušnje s terapevtskim delom s klienti in terapevtski pristop. Warin (2008), ki je raziskoval razloge terapevtovih izzivov za uporabo tišine kot intervencije, je izpostavil sedem dejavnikov, ki vplivajo na uporabo tišine: a) socializacija oziroma kultura, b) spol, c) razvojno-psihološke teorije, d) zloraba in travma, e) zdravje in bolezen, f) terapevtov osebnostni in strokovni razvoj ter g) transferno-kontratransferna dinamika (Warin, 2008). Pressman (1961) pa je kot pomembne dejavnike, ki vplivajo na uporabo tišine kot intervencije, izpostavil terapevtove narcisistične potrebe, potrebo po razbremenitvi z besedami in izkušnje z delom s klienti. V povezavi z delovnimi izkušnjami, vplivom lastne učne terapije in vključevanjem v supervizijski proces, je Barber (2009) v svoji raziskavi ugotovil, da uporaba tišine kot intervencije predstavlja večji izziv za terapevte z manj izkušnjami. V takšnih primerih izziv predstavlja občutek, da mora terapevt klientu z besedami dokazati svoje kompetence in na vseh nivojih doseči tako lastna kot klientova pričakovanja. Učni terapevtski proces in supervizija pa predstavljata varovalni dejavnik, ki terapevte podpira pri prehodu s pozicije besedne aktivnosti v aktivno prisotnost v terapevtskem odnosu, kjer včasih besede niso potrebne (Barber, 2009).

Dejavniki, ki se povezujejo s klienti in vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije, se v okviru razvojnih in osebnostnih značilnosti (Balint, 1958; Mahler idr., 1975; Winnicott, 1958) sociokulturnega okolja (Ronningstam, 2006) in prisotne simptomatike (Hill idr., 2003) ujemajo z dejavniki, povezanimi s terapevti. Poleg tega pa ti dejavniki vključujejo tudi klientov socioekonomski status (Blos, 1972) in relacijske potrebe (Montgomery idr., 2024). Hill idr. (2003), Ladany idr. (2004) in Montgomery idr. (2024) so ugotovili, da ima pri uporabi tišine kot terapevtske intervencije pomembno vlogo stabilnost terapevtskega odnosa, pri čemer pa ta ni natančneje opredeljena. Glede na dejavnike, ki se povezujejo s terapevtskim procesom, imajo pomembno vlogo še stopnja

procesa (začetek/sredina/zaključek ure ali procesa) (Ladany idr., 2004; Montgomery idr., 2024; Regev idr., 2016), morebitna časovna omejenost procesa (Hill idr., 2003), oblika terapije (Itävuori idr., 2015; Slavson, 1966; Yalom, 1985) in populacija klientov (Zimmermann idr., 2021). Verjeti v teoretično vrednost in celo nujnost uporabe tišine ni enako kot imeti zmožnost njene konstruktivne uporabe (Langs, 1973). Za razvoj slednje pa je poznavanje značilnosti tišine kot spontanega pojava in značilnosti tišine kot terapevtske intervencije ključnega pomena. Poleg tega je pomembno raziskovanje doživljanja tišine, pri čemer so se dosedanje raziskave v večini osredotočale le na klientovo doživljanje (Levitt, 2001). Ker pa gre pri tišini za globoko interakcijski proces, je potrebno upoštevati tudi terapevtovo doživljanje, s čimer omogočimo integracijo klientovega in terapevtovega doživljanja tišine in njeno raziskovanje kot intersubjektivni konstrukt. Ker je tišina fenomen, ki se v terapevtskem procesu pojavi ne glede na teoretska izhodišča, iz katerih terapevt izhaja, je najprej treba prepoznati namene uporabe tišine kot intervencije in jih integrirati v različne psihoterapevtske pristope, kar bi omogočilo bolj učinkovito uporabo te intervencije. V literaturi najdemo številne dejavnike, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije. Ti dejavniki so opisani v kontekstu različnih predpostavk in teorij, niso pa empirično raziskani. Prepoznavanje terapevtom pomembnih dejavnikov bi osvetlila izzive, s katerimi se srečujejo pri pojavu tišine, in prispevala k razvoju strategij za njihovo premagovanje ter posledično učinkovitejši uporabi tišine kot terapevtske intervencije.

Za izvedbo preliminarne raziskave smo se odločili zaradi pomanjkanja sodobnejših empiričnih izsledkov, ki presegajo okvire konceptov in teoretskih izhodišč posameznih terapevtskih pristopov. Rezultati preliminarne raziskave pa bodo prav tako služili kot podlaga za načrtovanje in izvedbo obširnejše raziskave, ki jo bomo, na enako temo, vendar v razširjeni in poglobljeni obliki, izvedli v okviru doktorske disertacije. Cilj izvedene preliminarne raziskave je bil prepoznati značilnosti tišine kot spontanega pojava in kot terapevtske intervencije, terapevtovo doživljanje tišine, namene uporabe tišine kot terapevtske intervencije in prepoznati dejavnike, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije. Čeprav so v raziskavi sodelovali terapevti različnih terapevtskih pristopov, cilj raziskave ni bil iskanje razlik v doživljanju in uporabi tišine kot intervencije, temveč prepoznati, kako različni pogledi in teoretična izhodišča sooblikujejo razumevanje fenomena tišine v terapevtskem procesu.

Na podlagi cilja smo oblikovali štiri raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so značilnosti tišine kot spontanega pojava in terapevtske intervencije?
- Kako terapevti doživljajo tišino v terapevtskem procesu?
- S kakšnimi nameni terapevti uporabljajo tišino kot terapevtsko intervencijo?

d. Kateri dejavniki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije?

2. Metoda

2.1. Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo šest udeležencev, od tega dva moška in štiri ženske. Ena udeleženka je imela certifikat iz integrativne psihoterapije, en udeleženec je bil certificiran psihoanalitični psihoterapevt, trije udeleženci so bili specializanti psihoanalitične psihoterapije, en udeleženec je bil specializant geštalt psihoterapije, ena udeleženka pa je bila specializantka sistemske psihoterapije. Povprečna starost udeležencev je bila 43,3 leta. Vsi udeleženci so imeli izkušnje z individualnim psihoterapevtskim delom, trije s pari, ena z družinami in trije s skupinami. V času izvedbe raziskave so bili vsi udeleženci vključeni v supervizijski proces.

Vstopni kriterij v raziskavo za specializante je bil pridobljeno dovoljenje za izvajanje psihoterapevtske obravnave pod supervizijo s strani inštitucije, kjer se je specializant izobraževal, in maksimalno leto dni izkušenj s psihoterapevtskim delom s klienti pod supervizijo. Za certificirane psihoterapevte pa je bil vstopni kriterij pridobljen certifikat iz psihoterapevtske smeri, iz katere se je terapevt izobraževal, več kot deset let izkušenj z delom s klienti in vključenost v supervizijski proces.

2.2. Pripomočki

Podatke smo pridobili z izvedbo fokusne skupine. Metoda fokusne skupine omogoča pridobivanje vpogledov v različne perspektive skozi interakcijo med udeleženci, ki imajo znanje in izkušnje z istega strokovnega področja. Razprava med udeleženci omogoča poglobljeno razlago posameznih pogledov ter s tem celovitejše razumevanje obravnavane tematike (Kitzinger, 1995).

Za namen izvedbe smo vnaprej oblikovali pet vprašanj. Pri fokusni skupini smo začeli z vprašanjem, kako udeleženci doživljajo tišino v psihoterapevtskem procesu. Drugo vprašanje se je nanašalo na namene za uporabo tišine kot terapevtske intervencije, čemur je sledilo tretje vprašanje, ki se je nanašalo na odnos do tišine kot terapevtske intervencije. Dalje so udeleženci razpravljali o vprašanju, po čem prepoznavajo, da gre pri tišini za spontan pojav ali terapevtsko intervencijo. V zadnjem, petem vprašanju, pa smo udeležence vprašali, kateri dejavniki na podlagi njihovih izkušenj vplivajo na rabo tišine kot terapevtske intervencije. Vsako od navedenih petih vprašanj so spremljala podvprašanja, ki so se razvila iz razprave med udeleženci.

2.3. Postopek

Z zbiranjem podatkov smo pričeli po pridobitvi dovoljenja s strani etične komisije Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. V postopku zbiranja udeležencev je bil cilj vključiti tako specializante kot certificirane psihoterapevte, ki izhajajo iz različnih psihoterapevtskih pristopov. Vabilo k sodelovanju v raziskavi smo posredovali različnim organizacijam (Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, Društvo psihologov Slovenije, Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje, Univerza Sigmunda Freuda - podružnica Ljubljana). Vabilo smo objavili tudi na Facebook strani *Psihoterapevti* in ga posredovali kolegom terapevtom. Zbiranje udeležencev je potekalo, dokler nismo zagotovili velikosti vzorca, ki ustreza pogojem za optimalno izvedbo fokusne skupine, ki obsega med šest in osem udeležencev (Kitzinger, 1995). Udeleženci, ki so ustrezali kriterijem za udeležbo in so želeli sodelovati v raziskavi, so kontaktirali izvajalko raziskave preko kontaktnih podatkov, navedenih v vabilu. Po prvem kontaktu je ta njihovo udeležbo potrdila glede na izpolnjevanje vstopnih kriterijev. Po tem, ko so udeleženci izvajalki raziskave posredovali podpisano obveščeno soglasje, so se dogovorili za kraj in čas izvedbe fokusne skupine.

Pred začetkom izvedbe je izvajalka raziskave ponovno predstavila potek in namen raziskave ter pojasnila postopek zagotavljanja anonimnosti. Znova je poudarila, da se lahko udeleženci kadarkoli med izvedbo fokusne skupine odločijo, da ne želijo več sodelovati v postopku zbiranja podatkov.

2.4. Analiza podatkov

Pridobljene podatke smo analizirali ročno z uporabo metode refleksivne tematske analize (Braun in Clark, 2006, 2019, 2021). Pri analizi smo se osredotočili na terapevtovo doživljanje in vedenjske odzive na tišino, namene za njeno uporabo kot intervencije, prepoznavo dejavnikov, ki vplivajo na njeno uporabo, in prepoznavanje značilnosti tišine kot spontanega pojava in terapevtske intervencije. Ker je bilo naše izhodišče fenomenološko, smo bili med analizo pozorni na lastno doživljanje, saj subjektivnost raziskovalca pomembno prispeva k razumevanju, analizi in interpretaciji pridobljenih podatkov (Finlay, 2008). Pri analizi smo sledili vsem šestim stopnjam, ki jih narekujejo metode tematske analize (Braun in Clark, 2006): 1) spoznavanje s podatki, 2) kodiranje, 3) iskanje tem, 4) pregled tem, 5) opredelitev in poimenovanje tem in 6) pisanje poročila. Analiza ni potekala linearno, temveč smo se po potrebi vračali na predhodne stopnje in se pri tem osredotočali na refleksijo lastne vloge v raziskovalnem procesu.

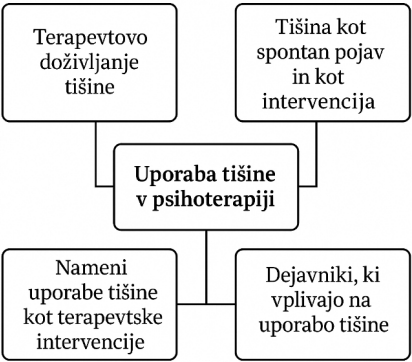
Na prvi stopnji smo podatke pregledali in si beležili asociacije in ideje, ki smo jih kasneje primerjali z asociacijami in idejami, ki so se pojavile med nadaljnjo analizo. S tem smo reflektirali svoja začetna prepričanja ter zagotovili, da analiza

temelji na pridobljenih podatkih in ne na predhodnem teoretičnem znanju ali osebnih prepričanjih. V drugi fazi smo podatke kodirali. Sprva smo se oprli na vprašanja, ki so bila zastavljena v fokusni skupini, nato pa smo celoten transkript obravnavali kot celoto. Kodirali smo vsak stavek posebej ter ob tem znova beležili lastne ideje. V tretji fazi smo posamezne kode združevali v potencialne teme. Te smo večkrat pregledali in presojali, ali lahko katere izmed njih preoblikujemo oziroma združimo. Na četrti in peti stopnji smo potencialne teme razvili v celostne tematske sklope in jim določili podteme. Izvajalka raziskave je v sodelovanju s soavtoricama pregledala vse teme, podteme in njihove opise. To sodelovanje je bilo pomembno za zagotavljanje jasnosti, relevantnosti in verodostojnosti oblikovanih tem in podtem. Postopek je bil večkrat ponovljen, dokler tematska shema ni ustrezno odražala vsebine zbranih podatkov. Tudi ta faza je vključevala nenehno refleksijo lastnih prepričanj vseh treh avtoric. Na zadnji stopnji smo pripravili končno poročilo, v katerem smo pridobljene podatke povezali z obstoječimi teoretičnimi in empiričnimi izhodišči. Tudi ta del analize je vključeval premislek o lastnih predpostavkah in njihovem vplivu na interpretacijo podatkov.

3. Rezultati

Z metodo refleksivne tematske analize smo razvili štiri glavne teme (Slika 1): a) terapevtovo doživljanje tišine, b) tišina kot spontan pojav in kot intervencija, c) nameni uporabe tišine kot terapevtske intervencije in d) dejavniki, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije.

Slika 1
Glavne teme refleksivne tematske analize, ki se nanašajo na uporabe tišine v psihoterapiji



V spodnjih tabelah (Tabele 1- 4) so prikazane štiri glavne teme s pripadajočimi podtemami, njihovim opisom ter neposrednimi citati udeležencev.

Tabela 1
Tema **Terapevtovo doživljanje tišine**: Prikaz podtem, njihov opis ter pripadajoči citati

Podteme in njihove podkategorije	Opis	Citati
Komunikacijska vrednost tišine	Terapevti tišino doživljajo kot način izmenjave informacij in razumevanja, za katerega besede niso potrebne. Gre za vrsto komunikacije, ki veliko pove o terapevtskem odnosu in klientskih vsebinah.	»Kot ena komunikacija v tišini se dogaja. Prenos informacij v tišini. Ne rabimo govorit, da se lahko razumemo na drugačen način.« (UD2) »Tišina govori na nek način. Lahko veliko pove o odnosu.« (UD5)
Tišina kot intersubjektivni konstrukt	Terapevti tišino doživljajo kot konstrukt, k razvoju katerega prispevata tako klient kot terapevt. To po mnenju terapevtov tudi pomeni, da morata oba pristati na to, da sta v tišini.	»Se mi zdi, da ko pride do tišine, sebe vzamemo bolj resno v tem intersubjektivnem prostoru« (UD2) »Oba morva zrast do točke, ko nama je tišina ok. Oba morva pristat na to, da sva v njej. Ne pa, da jo en uporablja, drug pa je frustriran, ker se tišina med nama dogaja. V prostoru je. v odnosu.« (UD4)
Kvaliteta in trajanje tišine		
Kvaliteta tišine	Kvaliteta tišine je po izkušnjah terapevtov različna. Odvisna je od tega, kdo sedi nasproti in v kakšnih trenutkih se pojavlja. Večinoma jo opisujejo kot koristen pojav. Gre za paleto barv, ki zajema tako prijetne kot neprijetne občutke. V njej čutijo veselje, zadovoljstvo, žalost. Je katalizator čustev, včasih pa bi najraje tudi pobegnili iz nje.	»Ja, meni tudi v nekem metaforičnem smislu zveni kot ena taka paleta barv. Kjer je lahko karkoli. Lahko je prijetna, neprijetna. Za enega, za drugega, za oba. Se mi pa zdi no, tko da, ko sem zdaj razmišljala, da je vedno dobrodošla. No, tko, zame je ena taka kvaliteta, ko bi rekla ne glede na to kaj nosi, sem vesela, da je lahko in ko pride.« (UD6) »Je kot plodna praznina, iz katere nove stvari pridejo.« (UD4)
Trajanje tišine	Glede na trajanje terapevti tišino doživljajo kot pojav, ki ga je včasih preveč, včasih pa premalo. Vprašanje, ki si ga je po besedah terapevtov pri tem treba postaviti pa je, kdaj tišino sploh zaznamo kot tišino in kdaj gre za premor, pri čemer je odgovor odvisen od izhodišč posameznega terapevtskega pristopa.	»Včasih je tišine količinsko preveč, včasih pa je kar primanjkuje.« (UD1) »V psihoanalizi gre za tišino, ko traja več kot pet minut. Prej gre za premor. Po petih minutah pa začne delovat na klienta.« (UD4)

Podteme in njihove podkategorije	Opis	Citati
Doživljanje in odzivi med tišino		
Opazovanje klienta	Terapevti med tišino opazujejo klientove telesne odzive in način vzpostavljanja kontakta s terapevtom. Poleg tega skušajo začuti, kaj klient s tišino sporoča in se v skladu s tem odzvati.	»Klienta opazujem in sem pozorna, ko tišina izhaja iz odpora ali negativnega transfera. Takrat pa intervinirom. Se mi zdi zelo pomembno.« (UD1) »Sem tudi pozorna na drugega, na telesne reakcije, kontakt z mano. Tudi fizični del, slušni del. Kako gre s klientovim dihanjem. Na podlagi tega pa odvisno. Ali naslovimo te teme, ali pa pač pustimo tišino.« (UD6)
Samopazovanje in samorefleksija	Terapevti so med tišino pozorni na položaj svojega telesa in dihanje. Opazujejo svoje misli in občutke in se skušajo umiriti. Skušajo sprejeti, kaj se dogaja, in v tišini prevzamejo pozicijo nevednega, kar jim pomaga, da se prizemljijo. S pomočjo samorefleksije pa skušajo razmejiti, katere vsebine so od klientov in katere so njihove.	»Pri sebi zagotovo opazujem od telesnih reakcij, do čustev, do kognitivnih procesov. Tako da dam prostor razumevanja temu. Ne glede na to, katere dinamike prepoznavam v tem, se mi zdi, da tudi s tem lažje ostanem prisotna in se samoreguliram. To pomeni, da ne izzove v meni anksioznosti. Pomaga mi bit v poziciji nevednosti. In se mi zdi, da ta trenutek pripelje do tega, da lahko bolj začetim odnos. Mogoče v sferah, ki jih je težje opisat.« (UD3) »Jaz pa v tišini skušam čim bolj opazovat sebe in kaj se v meni dogaja. In se sprašujem, čigavo je to. a je moje, a od klienta.« (UD2)
Časovna spremenljivost	Po izkušnjah terapevtov se doživljanje tišine in odnos do nje skozi čas spreminjata. Na spremembo pa vplivajo predvsem izkušnje.	»Moje doživljanje tišine se je skozi čas spreminjalo in verjamem, da se bo kakšen vidik v prihodnosti še pojavil. Na to vplivajo zagotovo izkušnje z delom z različnimi klienti.« (UD2)

Kot je razvidno iz Tabele 1 udeleženci opisujejo tišino v terapevtskem procesu kot fenomen, ki ima komunikacijsko, čustveno in refleksivno vrednost. Tematska analiza je identificirala pet osnovnih tem: (i) komunikacijska vrednost tišine, (ii) tišina kot intersubjektivni konstrukt, (iii) kvaliteta in trajanje tišine, (iv) doživljanje in odzivi med tišino in (v) časovna sprejemljivost. Tišina je del odnosa, kot prostor za stik in samorefleksijo ter kot proces, ki se skozi čas razvija. Tišina ima v terapevtskem kontekstu izrazito komunikacijsko funkcijo: »Tišina govori na nek način. Lahko veliko pove o odnosu.« (UD5). Tišina ni samo individualni pojav, temveč intersubjektivni konstrukt, ki ga soustvarjata terapevt in klient:

»Oba morava zrast do točke, ko nama je tišina ok. Oba morava pristat na to, da sva v njej.« (UD4). Udeleženci opisujejo tišino kot pojav z različnimi kvalitetami in barvami, od prijetne do napete. Omogoča nastanek novih spoznanj in čustvenih premikov: »Je kot plodna praznina, iz katere nove stvari pridejo.« (UD4). Trajanje tišine vpliva na njen pomen. V določenih pristopih (npr. psihoanalizi) se tišina definira glede na čas trajanja. Med tišino udeleženci pozorno opazujejo klientove telesne odzive, način dihanja, stik z očmi in energijo v prostoru. Tišina terapevtu omogoča notranjo umiritev, samorefleksijo in prisotnost. Opazuje svoje telo, dihanje in misli, razlikuje med lastnimi občutki in tistimi, ki pripadajo klientu: »Jaz pa v tišini skušam čim bolj opazovat sebe in kaj se v meni dogaja. In se sprašujem, čigavo je to, a je moje, a od klienta.« (UD2). Odnos terapevta do tišine se spreminja skozi čas in z izkušnjami. Sprva je lahko tišina vir nelagodja, kasneje pa postane del terapevtskega procesa: »Moje doživljanje tišine se je skozi čas spreminjalo... Na to vplivajo zagotovo izkušnje z delom z različnimi klienti.« (UD2).

Tabela 2

Tema Tišina kot spontan pojav in kot terapevtska intervencija:
Prikaz podtem, njihov opis ter pripadajoči citati

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Tišina kot spontan pojav		
Trenutek srečanja	Izhaja iz trenutkov srečanja med klientom in terapevtom. Gre za globlji trenutek stika, ko terapevt ni v svoji terapevtski vlogi, klient pa ne v vlogi klienta, temveč gre za dva človeka, ki se srečata izven njunih vlog. Tovrsten stik v terapevtih vzbudi hvaležnost, da so lahko del odnosa in da jih klienti spustijo v svoj notranji svet. Tišina, ki nastane v trenutkih srečanja, ima transcendentno konotacijo in jo je z besedami težko opisati.	»Mene pa dajejo še zdaj eni posebni trenutki tišine v odnosu. Ne vem, kako imenujete to drugi. Ampak kairotičen trenutek srečanja. Kot nek trenutek, ko se zgodi srečanje v tišini. Takrat tišina absolutno nastane spontano. Sploh ne pride do tega, da bi kaj opazoval. Ampak si tukaj, preprosto z vsem svojim bitjem. Drugi je tukaj z vsem svojim bitjem. Zagledaš na notranjem horizontu možnost za napredek, za korak naprej. Taka tišina ima pa čisto drugo kvaliteto. Je bogata. Eno čudenje. V tistih trenutkih začetim čudenje nad bitjem, ki je nasproti mene.« (UD5) »Ko opisuješ ta srečanja. Jaz to doživim kot moment, ko ni potrebe po besedah. Je nekaj transcendentnega.« (UD2)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Tišina kot terapevtska intervencija		
Oprelitev tišine	Pri tišini ne gre le za odsotnost zvokov, temveč za stanje duha, kjer vsak najde nekaj zase. Ne obstaja niti v ožjem smislu, temveč gre za izgovorjeno in neizgovorjeno vsebino. Nekateri terapevti pa izpostavljajo, da tišino težko uporabljamo kot intervencijo, saj obstaja ves čas.	»Tišina je zame zelo semantično zanimiv pojem. Ne obstaja v tem ožjem smislu zame. Je samo neizgovorjena in izgovorjena vsebina.« (UD4) »Ne vem, če je tišina samo odsotnost zvoka. Po moje gre za stanje duha, kjer lahko najdemo nekaj zase.« (UD3) »Sem razmišljal, sej tišina skoz je. sej ni, težko jo uporabiš kot intervenco. Kot način neke tehnike ali pa eksperimenta. Tišina je, ampak vprašanje je, a jo pustiš. Koliko jo moderiraš.« (UD2)
Terapevtski pristop	Po mnenju terapevtov vsak terapevtski pristop tišino kot intervencijo opredeljuje drugače. Pri tem koncepti in teoretska izhodišča pristopov vplivajo na njeno opredelitev in namene njene uporabe kot intervencije.	»Razmišljam, da mogoče nekatere modalitete imajo tišino kot intervenco. Sistemska terapija nikoli ni govorila o tišini kot intervenci. Zato tudi jaz nimam konceptov kot nekdo, ki izhaja iz te smeri.« (UD5) »Kot terapevtka, ki delujem prvenstveno iz psihoanalitične baze, se mi zdi, da je v bistvu tišina že s svojimi osnovnimi principi, s katerimi terapevti vstopamo v proces. In to je da si nevtralen, abstinenčen, da to že v bistvu omogoča tišino. In jo opredeljuje« (UD1)
Zavestna uporaba	Pri tišini gre za terapevtsko intervencijo, ko jo terapevti uporabljajo zavestno. To pomeni, da se zavedajo, da so v tišini, da ima namen, da jo lahko ubesedijo in je v danem trenutku potrebna in koristna za doseganje terapevtskih ciljev. Zavestna uporaba pa se lahko razvije iz spontanega pojava in obratno.	»Najprej je tišina lahko spontana. Potem pa se je zavedamo in takrat postane intervencija. Ni nujno, da je samo spontana ali samo intervencija. Lahko se preliva med sabo.« (UD2) »Lahko je tišina, pa se je ne zaveda niti klient niti jaz. In ne vem, a sva tiho tri sekunde ali tri minute. In ko se je zavemo, ima potem drugačno kvaliteto tudi.« (UD6) »Vedla sem, da jo uporabljam kot intervenco, ker je bilo ozračje prenasršeno. Takrat sem se je zavedala, ker je bil nek namen in sem vedla, kaj želim doseči s tem.« (UD1)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Ciljna uporaba	Pri tišini gre za terapevtsko intervencijo, ko je njena uporaba ciljno usmerjena. Pri ciljni uporabi je tudi več prostora za njeno analizo.	»Ko ima tišina cilj, jo tudi lažje analiziramo, ker ima več smisla. Takrat pridejo ven različne fantazije.« (UD1) »Mislim, da če imamo v ozadju namen, s katerim tišino uporabljamo, lažje dosežemo nek cilj in takrat je tišina tehnika. Za doseganje cilja.« (UD6)
Prepoznavanje različnih vrst tišin		
Telesni odzivi	Za prepoznavanje različnih vrst tišin, terapevti svojo pozornost usmerijo na dogajanje v lastnem telesu in na opazovanje telesnih odzivov klienta.	»Na telesu čutim. Druga kvaliteta je. a jaz diham ali ne diham. Uporabim svoje telo kot orodje, kot uvid v to, kaj se dogaja.« (UD5) »Jaz si pomagam z reakcijami, kaj se v meni dogaja. Pa tudi da vidim, kako je klient v telesu. Pri sami drži. V dihanju.« (UD6)
Procesna dinamika	Terapevti različne vrste tišin prepoznavajo glede na prisotno temo, morebitne odpore in osebnostno strukturo klienta in s tem povezanim kontratransferjem.	»Zame je en izmed prvih nivojev interpretacije za kako vrsto se gre, osebna struktura klienta. Tišina pri shizoidnem je drugačna kot pri histeričnem. Drug nivo je tema v kateri sva. Glede na to, kakšen pomen ima tema za afektivno področje, neko travmo. Se pravi, kakšen pomen ima tema za klienta. Tretjo pa je tut v tem smislu, a je tišina uporabljena zavestno in namensko, v smislu odpora in izmikanja, ali je uporabljena v neke produktivne namene.« (UD4)
Povpraševanje	Terapevti s povpraševanjem pri klientu preverijo, kaj se z njim v tišini dogaja. S tem preverijo tudi lastna prepričanja o dogajanju v tišini, kar jim pomaga pri natančnejšem prepoznavanju vrste tišine.	»Tudi če nekaj čutim v telesu, preverim pri klientu. Potem kdaj vidim, da se zmotim in tudi to je ok, zato pa vprašam.« (UD5) »Definitivno povprašujem, kaj se v posamezniku dogaja, sploh če vidim, da je nemiren s to tišino.« (UD2)

Tabela 2 predstavlja osnovne teme in podkategorije, ki osvetljujejo različne vidike terapevtovega doživljanja in uporabe tišine v terapevtskem procesu. Temo Tišina kot spontan pojav in kot terapevtska intervencija opredeljujejo tri osnovne teme: (i) tišina kot spontan pojav, (ii) tišina kot terapevtska intervencija in (iii) prepoznavanje različnih vrst tišine. Tema Tišina kot spontan pojav prikazuje tišino kot naraven, nenačrtovan in spontan pojav, ki nastane

iz trenutka globokega srečanja med terapevtom in klientom: »Mene pa dajejo še zdaj eni posebni trenutki tišine v odnosu... Takrat tišina absolutno nastane spontano... Je bogata. Eno čudenje.« (UD5). Druga tema razume tišino kot zavestno uporabljeno terapevtsko orodje, ki ima lahko različne oblike, namene in stopnje zavedanja. Tišina postane intervencija, kadar jo terapevt zavestno uporabi; ko se zaveda njenega pomena, trajanja in učinka. Zavestna uporaba lahko izhaja iz spontanega trenutka, saj se tišina v praksi pogosto prelija med spontan in zavestnim pojavom. Včasih je tišina uporabljena namenoma, kot sredstvo za doseganje določenega cilja v terapiji. Takrat je lažje analizirati njen učinek in pomen: »Ko ima tišina cilj, jo tudi lažje analiziramo...« (UD1). V zadnji temi udeleženci opisujejo, kako prepoznavajo in razlikujejo različne vrste tišin glede na telesne, procesne in odnosne vidike. Pogosto jo zaznajo preko lastnega telesa ali telesa klienta: »... vidim, kako je klient v telesu. Pri držji, dihanju.« (UD6). Udeleženci različne tišine razlikujejo glede na temo pogovora, osebnostno strukturo klienta in dinamiko odnosa. Ko zaznajo, da je tišina za klienta težavna ali neprijetna, jo naslavljaajo z vprašanji. Povpraševanje omogoča povezovanje in razumevanje tišine kot dela odnosa: »Definitivno povprašujem, kaj se v posamezniku dogaja, sploh če vidim, da je nemiren s to tišino.« (UD2).

Tabela 3

Tema Nameni uporabe tišine kot terapevtske intervencije:

Prikaz podtem, njihov opis ter pripadajoči citati

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Nameni, usmerjeni na klienta		
Prevzemanje odgovornosti	Terapevti uporabljajo tišino z namenom vzpodbujanja odgovornosti, ko opazijo, da delajo na mesto klienta in ko klienti od njih pričakujejo mnenje ali nasvet. Z lastno tišino želijo klienta vzpodbuditi k zavedanju, da je on tisti, ki na terapijo prinaša teme.	»Pride mi na misel, da včasih, ko zaznam, da jaz delam v terapiji in ne klient. Takrat sem tko, bom jaz malo tiho.« (UD2) »Če pride nekdo, ki od mene pričakuje nasvet ali mnenje, uporabim tudi tišino. Čeprav je na začetku neprijetno, lahko klient spozna, da je tudi ok.« (UD1)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Vzpodbuda k samorefleksiji	Terapevti želijo s tišino kliente vzpodbuditi k refleksiji lastnega doživljanja in izrečenih besed. Tišina je namenjena tudi refleksiji odnosa do tišine tako znotraj kot zunaj terapevtskega procesa in analizi transfernih vsebin.	»S tišino dam prostor, da klient razmisli o svojih besedah. Da dobi še dodatne asociacije. Da povezuje svojo zgodbo, svojo vsebino.« (UD1) »Opazujem skupaj s klientom, kaj se v njem dogaja. Kaj za njega pomeni to osebno, kaj za njega to pomeni v odnosu z mano. Prinese lahko spomine, asociacije, kako je bit s tišino v vsakdanjih situacijah. A si jo dovolim. Tudi zunaj terapevtskega procesa.« (UD6)
Vzpodbuda k stiku s sabo	Terapevti tišino kot intervencijo uporabljajo z namenom, da klienti pridejo v stik s svojimi občutki in s tem ohranijo stik s sabo. Služi pa tudi kot ojačevalec izrečenega, kar omogoča, da klienti resnično začutijo, kar je bilo izrečeno.	»Ko vidim, da se s klientom nekaj dogaja, da prihaja v stik z nečim, ostanem tiho, ker ne želim prekiniti tega stika.« (UD6) »Uporabim jo, ko želim, da klient mogoče sliši, kar je rekel. Tukaj vidim, da ima funkcijo kontakta. Potem mogoče tišina kot nek ojačevalec. Se pravi, da dobijo besede mesto v prostoru. In ojačajo to, kar je bilo izrečeno in kar je bilo doživeto ob tem. da se z govorom, ki bi sledil ne oddaljimo in ne pokrijemo tega, kar je bilo izrečeno pred tem. predvsem pa, da lahko klient še z enim srcem posluša to, kar je iz ušes slišal, kar je bilo izrečeno.« (UD4)
Sporočanje empatije	Terapevti želijo s tišino klientom sporočiti, da imajo dovoljenje, da so, kar so in da se lahko umirijo. Tišina v takih primerih izraža prisotnost in brezpogojno sprejemanje, za katero besede niso potrebne.	»Včasih je treba s tišino samo zdržati in s tem sporočiti empatijo brez, da bi imeli idejo, da bi moral klient narediti karkoli drugače. Ampak da sporočim, da je lahko s tem, kar je v tem trenutku, in da je to ok.« (UD5)
Optimalna frustracija	Terapevti tišino uporabljajo za namen optimalne frustracije, ki omogoča napredek. Pri tem nekateri izpostavljajo, da je treba pri optimalni frustraciji upoštevati klientovo ozadje, da ta ne preide v ponovno travmatizacijo.	»Frustracija je koristna, brez nje ni napredka. Saj niso vsi klienti tako travmatizirani, da ne bi prenesli tišine. S frustracijo vidijo, da zmorejo napredovat. S tem dobijo moč.« (UD1) »Se pa sprašujem, v kolikšni meri bi bila tišina koristna pri klientu, ki ima manko v stikih. Če bi bila tiho, bi dobil enako izkušnjo tudi pri meni in to bi ga retravmatiziralo. Najprej potrebuje varnost, potem pa lahko višava toleranco do tišine.« (UD3)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Okno tolerance	Terapevti tišino uporabljajo, da klienta usmerijo nazaj v njihovo okno tolerance, ko pride do hipe-raktivacije živčnega sistema ali preplavljenosti z občutki. Pri tem poskrbijo, da ima tišina pozitivno konotacijo in klientu sporoča, da si lahko vzame čas tako za besede, tišino ali kakršenkoli drug odziv.	»Pazim, da ima tišina pozitivno konotacijo. Da klient začuti, da mu ni treba govorit. Da je tišina taka, ki jo lahko tolerira, da ni ogrožajoča.« (UD5)
Nameni, usmerjeni na terapevta		
Samorefleksija	S tišino si terapevti vzamejo čas za razmislek o nadaljnjem odzivu. Pomaga jim, da se umirijo in da nadaljnji odziv ni impulziven.	»Enkrat je klientka od mene želela konkretne informacije. Takrat sem si rekla umiri se. razmisli, kaj bi bila smiselna intervencija. Sama s sabo sem se pogovarjala takrat v tej tišini.« (UD3) »Sprašujem se, kaj čutim. In a je ta občutek moj, al je odcepljen klientov občutek, al nekaj, kar bi moral čutiti nekdo v klientovem življenju, pa nikoli ni. Taka refleksija zelo pomaga da vidim, kako naprej.« (UD4)
Samoregulacija	Terapevti si s tišino pomagajo pri regulaciji čustev, ki jih v nekem trenutku preplavijo.	»Ko je kontratransfer intenziven in me preplavi, si s tišino pomagam, da ga predelam in se s tem separiram od določenih vsebin.« (UD4)
Prostolebdeča pozornost	Nanaša se na terapevtovo zaznavanje vsebin, ki jih klient izraža skozi izrečene in neizrečene besede. Tišina terapevtom pomaga, da svoje pozornosti ne usmerijo v točno določene informacije, ampak da so bolj odprti in nepristranski, kar omogoča globlje razumevanje klienta.	»S tišino si še bolj pomagam pri tej prosto lebdeči pozornosti. Da probam še bolj širiti, poglobiti prostor, ko ne slišim klientovih besed ampak kar je za tem.« (UD1)
Medosebni prostor	Medosebni prostor zajema vse, kar se dogaja v odnosu med terapevtom in klientom. Terapevti tišino pogosto uporabljajo za upočasnitev tempa znotraj tega prostora.	»Jo uporabljam zelo pristno. Zelo sledim temu, kar se dogaja v tem prostoru med mano in klientom. Ali pa med nama kot dvema sogovornikoma. Jo pustim zato, da lahko zadihamo, da se umirimo.« (UD6)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Kontraindikacije za uporabo tišine	Terapevti izpostavljajo, da je pri uporabi tišine treba upoštevati, kdaj je ta kontraindicirana. Pri tem navajajo predvsem primere, ko klient disociira, izkušnje zapuščeniosti in travmatske izkušnje. Tudi pri kontraindikacijah pa je treba upoštevati še druge okoliščine, predvsem terapevtski odnos.	»Pri eni klientki vem, kdaj v tišini disociira. Najprej pustim, da gre v ta del, potem pa jo pripeljem nazaj.« (UD2) »Pri klientih s travmatičnimi izkušnjami je treba bit previden. Včasih je lahko tišina super, drugič pa zagotovo ne bi niti pomislil nanjo. Včasih ne veš. Se mi pa zdi, da je treba videt, kako sva midva v odnosu takrat.« (UD6)

Tabela 3 prikazuje raznolike namene in funkcije tišine v terapevtskem procesu, kot jih doživljajo in uporabljajo udeleženci. Tematska analiza je identificirala pet osnovnih tem: (i) nameni, usmerjeni na klienta, (ii) nameni, usmerjeni na terapevta, (iii) medosebni prostor, (iv) kontraindikacije za uporabo tišine in (v) okno tolerance. Poudarek je na tem, kako tišina služi tako klientu kot terapevtu, bodisi kot spodbuda k spremembi, refleksiji in stiku, bodisi kot način samoregulacije, umiritve ali poglobljanja terapevtskega procesa. Iz tabele je razvidno, da udeleženci tišino razumejo kot orodje, prostor in odnosni fenomen, katerega učinkovitost je odvisna od konteksta, časa in posameznega klienta. Tišina je razumljena kot aktivno terapevtsko sredstvo, s katerim podpirajo klientov razvoj, samostojnost, stik s sabo in refleksijo: »S tišino dam prostor, da klient razmisli o svojih besedah...« (UD1). Tišina služi tudi terapevtu kot pomoč pri refleksiji, čustveni regulaciji, poglobljenem poslušanju in ohranjanju prisotnosti v odnosu (UD4). Udeleženci opozarjajo, da tišina ni vedno primerna. Lahko postane kontraproduktivna pri klientih, ki disociirajo, imajo travmatične izkušnje ali občutke zapuščeniosti: »Pri eni klientki vem, kdaj v tišini disociira. Najprej pustim, da gre v ta del, potem pa jo pripeljem nazaj.« (UD2). Tišina je lahko regulativno orodje, s katerim terapevti pomagajo klientu ostati znotraj njegovega okna tolerance, območja, kjer lahko varno predeluje občutke. Pri tem pazijo, da tišina nosi pozitiven pomen in sporoča varnost, sprejemanje ter dovoljenje za lastni tempo: »Pazim, da ima tišina pozitivno konotacijo. Da klient začuti, da mu ni treba govorit.« (UD5).

Tabela 4
Tema Dejavniki, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije: Prikaz podtem, njihov opis ter pripadajoči citati

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Dejavniki terapevta		
Terapevtski pristop	Po mnenju terapevtov na uporabo tišine vpliva terapevtski pristop, iz katerega izhajajo. Vsak pristop je oblikovan na teoretičnih predpostavkah, kar se odseva tudi v razumevanju in rabi tišine znotraj terapevtskega procesa in odnosa. Gre pa tudi za pojav, ki obstaja ne glede na terapevtski pristop in njegove predpostavke.	<i>»Nekateri pristopi nimajo konceptov za uporabo tišine.« (UD5)</i> <i>»Tišina je delec, ki drugim delcem nekaj da. Obstaja sama po sebi, ne glede na to, iz česa izhajamo.« (UD4)</i>
Terapeptova osebnost	K rabi tišine prispevajo terapevtova osebnostna struktura, stil navezanosti, razvojne potrebe ter izkušnje iz primarnih odnosov.	<i>»Osebnostna zrelost zagotovo vpliva. Težko pelješ klienta tja, kjer ti še nisi.« (UD4)</i> <i>»Stil navezanosti je močan faktor. Če smo varno navezani je lažje. Če pa nismo, pa v tišini čutimo strah, da nas bo druga oseba zapustila. V tem primeru klient.« (UD1)</i>
Supervizija in intervizija	Terapevtom je pomembno, da tema tišine dobi svoj prostor v supervizijskem procesu. Tam lahko občutke, ki se pojavijo v tišini, predelajo. Poleg tega pa postajajo pozorni na kontekst, v katerem se tišina pojavi. Pomembna je tudi intervizija, kjer od drugih kolegov dobijo podporo, kar po opažanju terapevtov prispeva k načinu rabe in pojavljanju tišine.	<i>»Supervizija je zame močen vir. Tam predelujem občutke, ki se pojavijo v tišini, kar mi pomaga v drugih situacijah, ko pride do tišine. Pa tudi, da razumem, kaj se v tišini dogaja.« (UD3)</i> <i>»Sem rabil supervizijo, da me je opozoril na tišino. V smislu, da bi jo bilo treba nagovorit. Najprej tega nisem opazil in je bilo fajn, da me je nekdo na to opozoril.« (UD2)</i>

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Izkušnje s terapevtskim delom	Na uporabo tišine kot terapevtske intervencije vplivajo izkušnje s terapevtskim delom. Terapevti poročajo, da so tišino v času, ko še niso imeli veliko izkušenj, redkeje uporabljali. Predvsem na začetku so pogrešali teoretsko znanje, s katerim bi si lahko pomagali. Pogostejše so tudi prekinjali tišino klientov, pri čemer so lahko spregledali pomembne vsebine. S pridobivanjem izkušenj so se začeli redkeje osredotočati na trajanje in pogostost pojavljanja tišine in več na njeno kakovost in namen.	<i>»Jaz pa bi zase rekla, da sem mela na začetku v terapiji s klienti še premalo tišine. Zdaj, ko to že zmorem, se ne sprašujem, a je je premalo ali preveč. Toliko je je, kakor je pač je.« (UD2)</i> <i>»Imam občutek, da bolj zdržim s tišino v vsej njeni kvaliteti in kvantiteti. Manj se ukvarjam s količino, ampak bolj s tem, a bi bilo bolje se odzvat s tišino ali kako drugače.« (UD1)</i> <i>»Na začetku, ko še nisem imela toliko izkušenj, sem jo redkeje uporabljala. Bi pa mi prišlo prav, če bi že na študiju govorili o tišini. Malo več informacij o tem ne bi škodilo.« (UD3)</i>
Učna terapija	Osebna izkušnja s terapevtskim procesom je po mnenju terapevtov pomemben dejavnik, ki vpliva na razumevanje in odnos do tišine.	<i>»Kako delamo s tišino, pa a gre za spontan pojav ali tehniko, je močno povezano s tem, kako si lahko v svoji terapiji tišino vzamemo. Kako smo z njo in ali nam jo terapevt dopušča.« (UD3)</i> <i>»Sem imel tudi jaz v mislih, kako je lastna izkušnja pomembna. Da ti na lastni koži doživiš, kaj tišina pomeni. In da potem lahko tut to klientu predaš.« (UD2)</i>
Dejavniki klienta		
Klientova osebnost	Terapevtova uporaba tišine kot intervencije se povezuje s klientovimi osebnostnimi značilnostmi. Te zajemajo način, kako klient vstopa v tišino, stil navezanosti, razvojne značilnosti in klientovo zmožnost biti sam.	<i>»Če vem, da klient izhaja iz izkušnje, da je tišina kazen, sem bolj previden, kako jo vnesem v proces. Se pa s časom v procesu to tudi spreminja. « (UD2)</i> <i>»Tudi klientova osebnostna struktura je en faktor. Od tega je odvisno, kakšno vlogo ima tišina v procesu.« (UD4)</i>

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Klientova simptomatika	Na uporabo tišine glede na izkušnje terapevtov vpliva klientova simptomatika, pri čemer izpostavljajo morebitno prisotno travmo in obrambne mehanizme.	»Zelo pazim, da ne bi koga ogrožala s to tišino. Ker je lahko ogrožajoča. Še posebej, ko nekdo pride zelo travmatiziran.« (UD6) »Kadar so ljudje močno travmatizirani, takrat je v bistvu tišina zelo pomemben element. Ker je tam lahko velik sramu, strahu, občutkov krivde. In potem na ta način s tišino dajem prostor.« (UD2) »Če človek disociira, potem ta tišina ni ok. Potem je treba človeka nazaj pripeljati.« (UD3)
Predhodne izkušnje s terapevtskim procesom	Na uporabo tišine kot intervencije vplivajo klientove predhodne izkušnje s terapevtskim procesom. Terapevti tišino v proces vnašajo drugače, ko so klienti z njo že imeli izkušnje v prejšnjem terapevtskem procesu, in ko se pred vstopom v proces sami seznani s terapevtskimi metodami in tehnikami.	»Odkvisno je, če imajo klienti že izkušnje s terapijo. Če pa so na novo pa je moja izkušnja ta, da je potrebno več moje aktivnosti, preden se ukvarjamo s tišino.« (UD1) »Vprašanje je, koliko si klienti kaj preberejo,, poznajo in vidijo ok, tu pa uporabljajo te tehnike in rečejo to je zame, to pa ne.« (UD6)
Dejavniki terapevtskega odnosa		
Čustvena vez med terapevtom in klientom	Terapevti kot pomemben del čustvene vezi navajajo vzajemno zaupanje med terapevtom in klientom. Takšno zaupanje omogoča, da je tišine več ali manj. Po besedah nekaterih terapevtov, pa uporaba tišine ni odvisna od kvalitete terapevtskega odnosa, saj gre za univerzalen pojav, ki obstaja zunaj kakršnihkoli okvirjev.	»Bi rekla, da ni enoznačen odgovor. Mogoče en odnos, ki bo postal bolj varen, bo potem tudi varna tišina. v drugem odnosu ko bo postal varen, bo pa bolj varno govoriti« (UD5) »Bolj kot razmišljam, bolj vidim, da ta tišina ni odvisna od stanja odnosa in rabe. Ne rabi bit terapevtska aliansa vzpostavljena, niti varnost. Neodvisna od tega je tišina. pojavnost tišine zame ni odvisna od stanja odnosa. Mislim, ne vpliva na to, a bom tišine uporabljal več ali manj. A jo bom pustil več ali prekinjal. Bolj kot razmišljam vidim, da je to nekaj, kar pač stoji.« (UD4)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Cilji in motivacija	Raba tišine je na podlagi izkušenj terapevtov odvisna od ciljev in motivacije. Če klient na terapijo prihaja le s ciljem odpravljanja simptomov, bodo nekateri tišino uporabljali redkeje. V primeru poglobljenega procesa pa je tišine več in ima tudi drugačen pomen in namen.	»Se mi zdi, da je odvisno, kakšne cilje si zastavi klient in kaka je motivacija. Če pride nekdo pozdravit samo simptomatiko, je drugače. Se bolj angažiramo v odnosu. Pri nekomu, ki pa pride z začetno motivacijo globinsko dolgotrajno delat, pa si tudi dovolim več tišine.« (UD1)
Dejavniki terapevtskega procesa		
Finančna in časovna razpoložljivost	Uporaba tišine je glede na izkušnje terapevtov odvisna od morebitne časovne omejenosti terapevtskega procesa. Nekateri tišino uporabljajo drugače, ko gre za klienta, ki prihaja v terapijo v terapevtovo zasebno prakso ali pa gre za proces znotraj zdravstvenega sistema, ki je pogosto časovno omejen. Do razlik prihaja tudi v primeru, ko je terapija časovno omejena zaradi klientovega finančnega stanja ali drugih življenjskih okoliščin.	»Če vem, da gre za kratkotrajno terapijo drugače postopam in jo drugače uporabljam. Če pa vem, da imam čas, pa jo uporabljam več.« (UD1) »Če sem delala znotraj javnega zdravstvenega sistema. Je bil drugačen prostor. Mi je ta prostor dopuščal manj tišine, ampak je bilo treba več suportivnosti, ker je manj časa.« (UD6)
Stopnja procesa	Nekateri terapevti na začetku terapevtskega procesa tišino uporabljajo redkeje, saj želijo klienta spoznati in videti, kaj tišina zanje pomeni. Nekateri pa tišino uporabljajo ne glede na to, ali je klient na začetku, sredini ali koncu procesa, saj je bolj kot stopnja pomemben terapevtski odnos in klientove potrebe. Koristno pa je, da na začetku procesa klientom pojasnijo, da je del procesa tudi tišina in da lahko tudi o tej temi spregovorijo.	»Zdaj ko par klientov uvajam, so na začetku, moram bit bol aktiven. Si ne predstavljam, da jih pustim v tišini.« (UD2) »Mogoče ne gre toliko za to, a so klienti na začetku ali ne, ampak kaj rabijo. Kakšen odziv, kar je lahko tišina, ali pa kaj drugega.« (UD3) »Po začetnih urah povem, da se bom umaknila in pustila prostor za njihove vsebine. To pomeni, da se bo tudi tišina pojavila. Povabim, da povejo, kaj v njej doživljajo.« (UD4)
Populacija klientov	Po izkušnjah terapevtov, je tišine pri terapevtskem delu z otroki manj, z višjo starostjo klienta, pa jo uporabljajo pogostejše.	»Jaz bi rekla tako. Zelo odvisno je od starosti otrok. Z višjo starostjo otrok ali pri mladostnikih, pa se del uporabe tišine povečuje.« (UD6)

Osnovne teme in njihove podkategorije	Opis teme	Citati
Oblika psihoterapevtskega procesa	Terapevti razlik v uporabi tišine med individualnim in skupinskim procesom ne zaznavajo. Do razlik pa prihaja v primeru partnerskega in družinskega procesa, kjer je klient partnerski odnos ali odnos med družinskimi člani.	»Moja izkušnja je, da je s pari manj tišine. Točno iz tega razloga, ker gre za odnos, ki je pršel v obravnavo. Delam pa tudi z eno družino in res nismo tiho.« (UD5) »Razlik med individualno in skupino bi rekel da skoraj ni. Ima tišina funkcijo, status in uporabno vrednost. Je pa razlika pri delu s pari. Tam se gre pa za odnos, ki je realen odnos izven terapije. Ker pri skupini pa so odnosi v skupini aktualni samo tam, v realnem življenju, pa je priporočljivo, da jih ni.« (UD4)

Tabela 4 povzema osnovne teme, ki opisujejo dejavnike, ki vplivajo na rabo tišine v psihoterapiji: na strani terapevta, klienta, odnosa ter samega procesa. Tišina v večnivojski fenomen: univerzalna prisotnost v prostoru srečanja ter hkrati namensko orodje, ki ga je treba občutljivo prilagoditi terapevtu, klientu, odnosu in kontekstu. Z dozorevanjem terapevta, supervizijsko podporo in izkušnjami, se raba tišine premika od kvantitete h kakovosti, namenu in varnosti, da podpira regulacijo, refleksijo, stik in spremembo, obenem pa upošteva kontraindikacije ter meje časa in financ. Osnovno temo Dejavniki terapevta označujejo podkategorije: terapevtski pristop, terapevtova osebnost, supervizija in intervizija, izkušnje s terapevtskim delom in učna terapija. Identificirani Dejavniki klienta so: klientova osebnost, klientova simptomatika in pretekle terapevtske izkušnje. Dejavniki terapevtskega odnosa se nanašajo na čustveno vez in zaupanje med terapevtom in klientom ter na cilje in motivacijo v terapevtskem odnosu. Dejavniki terapevtskega procesa pa se razvrstijo v finančno in časovno razpoložljivost, stopnjo procesa, populacijo klientov (starost) in obliko procesa (individualno, skupinsko, pari in družine).

4.

Razprava

Preko izkušenj sodelujočih terapevtov in njihovih razmišljanj o tišini v terapevtskem procesu lahko sledimo raznolikim načinom njenega doživljanja, večplastnosti njenih namenov uporabe kot terapevtske intervencije in različnim zaznanim dejavnikom, ki vplivajo na njeno uporabo kot terapevtske intervencije v terapevtskem procesu.

Rezultati prve teme »terapevtovo doživljanje tišine« kažejo, da jo doživljajo kot obliko komunikacije, v kateri poteka izmenjava informacij in razumevanja, za

katero besede včasih niso potrebne. Poleg tega jo doživljajo kot pojav, ki nastane le, kadar se vanjo aktivno vključita tako terapevt kot klient. Terapevti tišino torej razumejo kot intersubjektivni konstrukt, saj gre za globoko interakcijski proces, v katerega se morata aktivno vključiti tako terapevt kot klient (Levitt, 2001).

Knutson in Kristiansen (2015) sta ugotovila, da na razumevanje in doživljanje tišine vpliva kontekst, v katerem se ta pojavi. Njuno ugotovitev potrjujejo tudi rezultati naše raziskave, saj je doživljanje kvalitete tišine odvisno od terapevtskega odnosa, klientovih okoliščin in trenutka, ko se v terapevtski uri pojavi. Rezultati naše raziskave pa so hkrati pokazali, da se doživljanje in razumevanje tišine z izkušnjami in časom spreminjata, kar je v skladu z ugotovitvijo, da sta odnos do tišine in njena opredelitev odvisna od konteksta in pomenov, ki jih posameznik tišini pripisuje (Back idr., 2009; Val, 2019).

Glede trajanja tišine so rezultati izvedene raziskave pokazali, da jo terapevti ne glede na terapevtski pristop doživljajo kot pojav, ki ga je včasih preveč, včasih pa premalo. Raznolikost v doživljanju tišine glede na trajanje ponazarjajo tudi različne definicije v literaturi, kjer Tindall in Robinson (1947) tišino opredeljujeta kot vsak zaznani premor, Carr in Smith (2014) jo opredeljujeta kot premor, ki traja desetinko sekunde ali več, Hill idr. (2019) kot premor, ki traja več kot pet sekund, Lief (1962) pa govori o tišini, ko ta traja deset minut in več.

Poleg doživljanja tišine so rezultati naše raziskave pokazali, da terapevti kliente med tišino opazujejo, pri čemer so pozorni na klientovo telesno govorico in način vzpostavljanja stika s terapevtom, kar jim pomaga pri odločitvi za nadaljnji odziv. Sočasno terapevti opazujejo tudi svoje občutke, misli in telesne odzive, kar jim pomaga pri prepoznavi različnih vrst in namenov tišin. Sprejemanje dogajanja v tišini ter prevzemanje pozicije nevednega pomaga, da ostanejo prizemljeni, s samorefleksijo pa skušajo razločevati med lastnimi in klientovimi notranjimi vsebinami. Podobno so v svoji raziskavi ugotovili Ladany idr. (2004). Udeleženci omenjene raziskave so prav tako poročali, da so ne glede na terapevtski pristop, iz katerega so izhajali, klienta med tišino opazovali, se spraševali o pomenu in namenu tišine ter odzivu nanjo, in bili pozorni na lasten kontratransfer.

Rezultati druge glavne teme »tišina kot spontan pojav in terapevtska intervencija« so pokazali, da spontano nastala tišina izhaja iz trenutka srečanja med terapevtom in klientom, medtem ko gre za tišino kot intervencijo takrat, ko jo terapevt uporabi zavestno, z jasnim namenom in ciljem. Rezultati prav tako kažejo, da ločnica med spontanostjo in intervencijo v terapevtski praksi pogosto ni povsem jasna, saj se tišina kot intervencija lahko razvije iz tišine kot spontanega pojava in obratno. Eden izmed udeležencev (UD4) je tudi poročal, da v okviru svojega terapevtskega pristopa tišine ne obravnava kot terapevtsko intervencijo. Ti izsledki se povezujejo na rezultate, ki kažejo, da je opredelitev

tišine kot intervencije odvisna od teoretskih konceptov posameznih pristopov, kar potrjuje tudi obstoječa literatura (Balint, 1958; Beazley, 1997; Breuer in Freud, 1893; Denham-Vaughan in Edmond, 2010).

Poleg prepoznavanja značilnosti tišine kot intervencije in spontanega pojava so rezultati pokazali načine prepoznavanja različnih vrst tišin. Te terapije prepoznavajo na podlagi usmerjanja pozornosti na lastne in klientove telesne odzive, klientove osebnostne značilnosti in prisotno temo ter na podlagi povpraševanja. Iz opisanega lahko zaključimo, da prepoznavanje različnih vrst terapijskih tišin izhaja iz dinamike terapijskega procesa, kot tudi opazovanja lastnega in klientovega doživljanja med tišino. Različni avtorji (Back idr., 2009; Tindall in Robinson, 1947) pa so različne vrste tišin skušali prepoznati na podlagi različnih namenov uporabe tišine kot terapijske intervencije, o čemer pa udeleženci naše raziskave niso poročali.

Rezultati tretje glavne teme »nameni uporabe tišine kot terapijske intervencije« so pokazali, da terapije prepoznavajo namene, usmerjene na klienta in namene, usmerjene na terapevta (Ladany idr., 2004). Rezultati naše raziskave, podobno kot rezultati raziskave Ladany idr. (2004), kažejo, da nameni, usmerjeni na klienta, vključujejo spodbudo k prevzemanju odgovornosti, spodbudo k samorefleksiji, spodbudo k prevzemanju bolj aktivne vloge v terapijskem procesu, spodbudo k stiku s sabo in terapevtovo sporočanje empatije. Dodatna namena, usmerjena na klienta, na katera so pokazali rezultati naše raziskave, sta še uporaba tišine z namenom ustvarjanja optimalne frustracije, ki jo terapije razumejo kot nujen element za napredek in doseganje terapijskih ciljev ter vračanje klienta v njegovo okno tolerance, kar potrjuje pomembnost upoštevanja klientovih potreb in kvalitete terapijskega odnosa (Montgomery idr., 2024).

Tako kot v raziskavi Ladany idr. (2004) so tudi naši rezultati pokazali, da tišina terapevtom omogoča čas za razmislek. Slednji je pomemben za refleksijo lastnega doživljanja in samoregulacijo, zlasti pri regulaciji občutkov, ki jih v nekem trenutku preplavijo. Dodaten namen, usmerjen na terapevta, na katerega so pokazali rezultati naše raziskave, je uporaba tišine kot intervencije za ohranjanje pozicije prostolebdeče pozornosti, kar omogoča ostajanje v nevtralnem položaju v odnosu s klientom. Poleg namenov, ki so usmerjeni na terapevta in klienta, rezultati izvedene raziskave kažejo, da terapije tišino uporabljajo tudi za upočasnitev tempa v medosebni odnosu, kar glede na pridobljene rezultate omogoča globlji stik s sabo in pripelje do trenutkov srečanja med terapevtom in klientom.

Ker pa verjeti v teoretsko vrednost ali celo nujnost uporabe tišine ni enako kot zmožnost njene konstruktivne uporabe (Langs, 1973), je poleg namenov za uporabo tišine kot intervencije treba upoštevati njene kontraindikacije,

ki izhajajo iz klientove simptomatike. Rezultati izvedene raziskave so pokazali, da so terapije pri uporabi tišine kot intervencije previdnejši v primeru klientove disociacije, v primeru klientovih ponavljajočih se izkušenj z zapuščenostjo in ko klient šele vstopa v terapijski proces in terapevt njegovih izkušenj s tišino še ne pozna. Takšno poznavanje klientovega ozadja je pomembno, saj ima lahko pretirana uporaba tišine pri klientih z močnejše izraženo separacijsko tesnobo negativen učinek (Cutler idr., 2019; Hill idr., 2003). Na podlagi ugotovitev Montgomery idr. (2024), pa naj bi k odločitvi za uporabo tišine kot intervencije bolj kot klientova simptomatika prispevale njegove trenutne potrebe ter narava terapijskega odnosa, kar potrjujejo tudi izsledki naše raziskave. Rezultati namreč kažejo, da tišina obstaja ne glede na teoretska izhodišča - ključno vprašanje je, kako jo terapevt prepozna, interpretira in uporabi kot bolj ali manj koristen del terapijskega procesa.

Rezultati četrte glavne teme »dejavniki, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapijske intervencije« so pokazali, da na uporabo tišine vplivajo štiri večje skupine dejavnikov. Kot sta zapisala Knutson in Kristiansen (2015), je poznavanje dejavnikov pomembno, saj je tišina, ki izhaja iz transfera, kontratransfera in odporov s strani klientov in terapevtov doživeta drugače kot tišina, ki jo terapije uporabljajo kot terapijsko intervencijo. Razlike se glede na naše rezultate izražajo v poznavanju namena in cilja, kar je značilno za tišino kot terapijsko intervencijo.

Po drugi strani pa je za tišino, ki izhaja iz transferno-kontratransferne dinamike in klientovih in terapevtovih odporov značilno, da deluje v funkciji potlačeni impulzov, želja, potreb in negotovosti, zaradi česar se sprva zdi, da je njen pomen manj očiten (Knutson in Kristiansen, 2015). Čeprav je tišina pojav, ki obstaja ne glede na terapijski pristop, so rezultati, ki se povezujejo z dejavniki terapevta pokazali, da na njeno uporabo vplivajo koncepti in teoretska izhodišča, ki oblikujejo posamezen terapijski pristop.

Podobno kot sta ugotovila Ackerman in Hilsenroth (2001), tudi udeleženi terapije naše raziskave poročajo, da na uporabo tišine vplivajo terapevtova osebnost ter izkušnje iz zgodnjega otroštva. Pri osebnosti terapevta ima pomemben vpliv osebnostna zrelost, saj lahko klientu terapevt pomaga do točke v razvoju, ki jo je dosegel sam. Pomemben dejavnik pa je po izkušnjah terapevtov tudi terapevtov stil navezanosti, saj lahko ta bolj ali manj prispeva k strahu, da ga bo klient v primeru pogostejše tišine zapustil.

Kot pomemben dejavnik so terapije izvedene raziskave izpostavili še izkušnjo s tišino v lastnem učnem psihoterapevtskem procesu, saj se s tem pojavi priložnost, da terapevt, ko je v vlogi klienta, dobi izkušnjo, kako je biti v tišini, kakšen je lahko namen tišine in kakšna je njena funkcija kot terapijske intervencije

v različnih situacijah. Takšna izkušnja pa terapevta lahko pri delu s klienti podpre pri dovolj dobri uporabi tišine ne glede na to, ali gre za spontan pojav ali terapevtsko intervencijo. Pomembnost izkušnje s tišino v lastnem učnem terapevtskem procesu pa poudarja tudi Wilmers (1995), ki je zapisal, da je biti v tišini za terapevta, v kolikor s tem nima izkušnje, zahtevna izkušnja, ko mu je v izziv poslušati o občutkih in izkušnjah, ki jih sam še ni predelal.

Poleg učne terapije na uporabo tišine pozitivno vpliva njena obravnava v superviziji in interviziji. Udeleženci naše raziskave so poročali, da jim supervizija daje prostor, kjer prepoznajo kontekst, v katerem se tišina v terapiji pojavlja, prav tako pa lahko predelajo svoje kontratransferne občutke in s tem krepijo aktivno prisotnost v terapevtskem odnosu, za katero besede včasih niso potrebne.

Na uporabo tišine kot intervencije pomembno vplivajo tudi izkušnje z delom s klienti. Udeleženci izvedene raziskave so poročali, da so na začetku dela s klienti tišino uporabljali redkeje, pri čemer jim je manjkalo teoretičnega znanja, na katerega bi se lahko oprli. Po Barber (2009) so takšni rezultati pričakovani, saj imajo terapevti z manj izkušnjami občutek, da morajo klientu za vsako ceno pomagati in se pri tem izkazati. Tišina pa pri tem daje občutek, da se ne trudijo dovolj in ne dosegajo lastnih ali klientovih pričakovanj.

Glede na dejavnike klienta so rezultati pokazali, da na terapevtovo odločitev za uporabo tišine vplivata klientova osebnost in prisotna simptomatika. Za terapevte izvedene raziskave je uporaba tišine odvisna od klientovega stila navezanosti in s tem prisotne stopnje separacijske tesnobe in simptomi, ki nakazujejo na travmatske izkušnje, kar se sklada z ugotovitvami o možnih kontraindikacijah uporabe tišine (Hill idr., 2003). Terapevti pristopajo k uporabi tišine kot intervencije različno tudi glede na to, ali ima klient že izkušnje s terapevtskim procesom ali ne.

Dejavniki terapevtskega odnosa glede na rezultate raziskave vključujejo čustveno vez med terapevtom in klientom, ki zajema obojestransko zaupanje. Kvaliteta čustvene vezi bi lahko ponazorila stopnjo stabilnosti terapevtskega odnosa, ki na podlagi ugotovitev Montgomery idr. (2024) vpliva na uporabo tišine kot intervencije, pri čemer avtorji stabilnosti terapevtskega odnosa niso natančneje opredelili. Kot pomembna elementa terapevtskega odnosa pa so rezultati naše raziskave pokazali še na klientovo motivacijo in cilje, ki vplivajo na globino samega procesa in s tem na uporabo tišine kot intervencije. Terapevti so pri tem poročali, da tišino kot intervencijo uporabljajo pogosteje, ko klientov cilj predstavlja globljo osebnostno spremembo in ne le odprave simptomov.

Glede na dejavnike terapevtskega procesa, na podlagi rezultatov naše raziskave, na uporabo tišine kot intervencije vplivata klientova časovna in finančna razpoložljivost. Terapevti pri tem opažajo, da tišino uporabljajo redkeje, ko delajo

s klienti v zasebni praksi ali znotraj zdravstvenega sistema, kjer je terapevtski proces pogosto časovno omejen. Glede rabe tišine na začetku, v sredini in ob koncu terapevtske ure ali procesa, so terapevti poročali o različnih izkušnjah. Nekaterim je bolj kot stopnja procesa pomembna kvaliteta terapevtskega odnosa, drugi pa tišine na začetku ne uporabijo, saj želijo klienta najprej bolje spoznati in razumeti njegov odnos do tišine. Podobne razlike so prepoznali tudi avtorji drugih raziskav (Hill idr., 2003; Regev idr., 2016), ki razlike pojasnjujejo z različnimi definicijami in subjektivnimi pomeni tišine na individualni in družbeni ravni.

Glede na obliko terapevtskega procesa so Itävuori idr. (2015) ugotovili, da tišina v partnerski terapiji predstavlja pomemben vir poglobljanja odnosa med partnerjema in s tem koristno terapevtsko intervencijo. Nasprotno pa so rezultati naše raziskave, v kateri so sodelovali terapevti, ki izvajajo individualno, družinsko, partnersko in skupinsko terapijo pokazali, da terapevti, ki izvajajo partnersko terapijo, tišine kot intervencije v partnerski terapiji skorajda ne uporabljajo. V nasprotju s tem pa tišina v družinski, predvsem pa skupinski terapiji glede na izkušnje udeležencev, ki izvajajo družinsko in skupinsko terapijo naše raziskave, zavzema pomembno vlogo, kar potrjuje tudi Yalom (1985) in Slavson (1966). Glede na populacijo klientov pa so rezultati naše raziskave pokazali, da se pogostost uporabe tišine povečuje s starostjo klientov. Do omenjenih sprememb prihaja, saj se s starostjo klienta razvija zmožnost samorefleksije in s tem doživljanje tišine kot prostora za deljenje svojih izkušenj in doživljanja, o čemer poroča tudi Zimmermann (2021).

Na podlagi rezultatov izvedene raziskave lahko zaključimo, da o tišini kot intervenciji govorimo, ko je njena uporaba zavestna in ciljno usmerjena. Za tišino kot spontan pojav je značilno, da se pojavi iz trenutkov srečanja med terapevtom in klientom, pri čemer gre za globlji stik, ki v terapevtih vzbudi občutek hvaležnosti, da so lahko del terapevtskega odnosa. Čeprav smo na podlagi rezultatov prepoznali značilnosti obeh pojavov, je glede na izkušnje terapevtov treba upoštevati, da lahko tekom terapevtske ure tišina prehaja iz spontanosti v terapevtsko intervencijo in obratno. K prepoznavi značilnosti obeh pojavov pa prispeva tudi opredelitev tišine, na katero vplivajo teoretska izhodišča posameznega terapevtskega pristopa. Iz rezultatov lahko prav tako zaključimo, da terapevti tišino doživljajo kot obliko komunikacije in kot intersubjektivni konstrukt. Na doživljanje kakovosti in trajanja tišine vplivajo osebne značilnosti terapevta in klienta, izkušnje z delom s klienti, kontratransfer, kvaliteta terapevtskega odnosa in stopnja terapevtskega procesa. Na splošno pa se terapevtovo doživljanje tišine tudi s časom spreminja. Pri doživljanju tišine znotraj konkretne terapevtske ure pa so terapevti pozorni na lastne čustvene in

telesne odzive, pa tudi pojavljajoče se misli, ki jim pomagajo pri odzivu nanjo in prepoznavi različnih vrst tišin.

Glede namenov uporabe tišine kot terapevtske intervencije smo glede na rezultate prepoznali namene, usmerjene na klienta, ki zajemajo vzpodbudo k samorefleksiji, vzpodbudo k prevzemanju odgovornosti, vzpodbudo k stiku s sabo, optimalno frustracijo, sporočanje empatije in vračanje klienta v njegovo okno tolerance. Nameni, usmerjeni na terapevta, zajemajo samorefleksijo, samoregulacijo in prosto lebdečo pozornost. Namen uporabe tišine pa je prav tako upočasnitev tempa v medosebnem prostoru med terapevtom in klientom. Za konstruktivno uporabo tišine, pa je treba upoštevati tudi kontraindikacije za njeno uporabo, ki se povezujejo s klientovo simptomatiko, stopnjo procesa in kvaliteto terapevtskega odnosa. Na uporabo tišine kot terapevtske intervencije vplivajo štiri večje skupine dejavnikov, ki se s svojimi podkategorijami med seboj povezujejo in vplivajo drug na drugega. Dejavniki terapevta zajemajo osebnost terapevta, terapevtski pristop, izkušnje z delom s klienti, supervizijo in intervizijo ter učno terapijo. Dejavniki klienta vključujejo klientovo osebnost, klientovo simptomatiko in predhodne izkušnje s terapevtskim procesom. Dejavniki terapevtskega odnosa zajemajo čustveno vez med terapevtom in klientom, klientovo motivacijo in terapevtske cilje, dejavniki terapevtskega procesa pa vključujejo stopnjo procesa, klientovo časovno in finančno razpoložljivost, obliko terapije in populacijo klientov.

Na podlagi raziskave lahko zaključimo, da je tišina v psihoterapiji večplasten pojav, katerega raznolikost opredelitev in doživljanja prispeva k različnim namenom njene uporabe. Na način njene uporabe vplivajo različni dejavniki, katerih zavedanje je ključno za konstruktivno in učinkovito rabo tišine kot intervencije, pa tudi za razumevanje njenih pomenov, kadar se pojavi spontano in označuje trenutek srečanja, prežet s hvaležnostjo, za katerega besede morda niso potrebne. Pridobljeni rezultati pa poleg vsega opisanega tudi kažejo, da udeleženci o tišini kot ovirajočem dejavniku v terapevtskem procesu niso poročali. Rezultati sicer kažejo na različne dejavnike in okoliščine, v katerih tišine kot intervencije terapevti ne bi uporabljali, vendar pogled na tišino kot morebitno ovirajoč element v procesu s svojimi negativnimi učinki, na katere kaže tudi literatura, ni bil izpostavljen.

Dejstvo, da udeleženci teh vidikov niso spontano omenili, ne pomeni, da niso pomembni, temveč da za to skupino udeležencev niso bili v ospredju. Takšne rezultate lahko pojasni vzorec, ki je morda bil sestavljen iz udeležencev, ki so bolj naklonjeni tišini in jo v svoji praksi doživljajo ter vključujejo kot konstruktiven del procesa. Na rezultate je lahko prav tako vplivala uporaba metode fokusne skupine. Skupinske razprave lahko spodbujajo podajanje socialno zaželenih

odgovorov, zlasti kadar so udeleženci hkrati kolegi na nekem strokovnem področju. V takih okoliščinah so lahko udeleženci manj pripravljeni razkrivati neprijetne in negativne izkušnje, kot so trenutki, ko je tišina doživeta kot neprijetna, prekinitev stika ali neučinkovita. Možna razlaga je tudi, da so sodelujoči terapevti tišino v prvi vrsti opredeljevali skozi prizmo svoje bolj ali manj zgrajene poklicne identitete in teoretske usmeritve, ki lahko vplivata na pogled nanjo.

Ne glede na razlog za pridobljene rezultate pa ti kažejo na pomembnost nadaljnega raziskovanja tišine v čim širšem kontekstu, saj s tem omogočimo razvoj integriranega pogleda na fenomen tišine, ki je prisoten tako v terapevtskem procesu, kot tudi vsakdanjem življenju.

5. Prednosti in omejitve raziskave

Podatke smo pridobili z metodo fokusne skupine, ki omogoča bogato generiranje vsebin skozi skupinsko dinamiko in intersubjektivno izmenjavo izkušenj, kar ponuja poglobljeno razumevanje pridobljenih rezultatov in zaključkov. Takšna metoda pa vključuje tudi določene omejitve, saj lahko prisotnost drugih udeležencev vpliva na izražanje posameznih članov skupine, kar je morda vplivalo tudi na pomanjkanje poročanja o tišini kot omejujočem dejavniku v konkretnem trenutku, ko se ta na terapevtski uri pojavi. Poleg tega fokusna skupina praviloma ne omogoča enako poglobljenega vpogleda v osebno doživljanje posameznika kot izvedba intervjuja z vsakim udeležencem posebej. Ker gre za kvalitativno raziskavo z manjšim številom udeležencev, ugotovitev ni mogoče statistično posploševati na širšo populacijo, omogočajo pa nam poglobljeno in dragoceno razumevanje izkušenj udeležencev in procesov, povezanih s fenomenom tišine.

V raziskavi so sodelovali terapevti, ki delajo z različnimi populacijami klientov, terapevti, ki izvajajo različne oblike psihoterapevtskega procesa kot tudi terapevti z večletnimi izkušnjami z delom s klienti kot tudi tisti z manj izkušnjami. Takšna raznolikost predstavlja pomembno prednost, saj omogoča vpogled v različne perspektive in doživljanje tišine v terapevtskem procesu. Hkrati pa heterogenost vzorca pomeni, da ugotovitev ni mogoče neposredno posploševati na specifične populacije terapevtov znotraj posameznih terapevtskih pristopov ali stopenj izkušenosti. Dodatno omejitev predstavlja tudi sociokulturna umeščenost raziskave v slovenski prostor, kar lahko vpliva na prenosljivost rezultatov v širši mednarodni kontekst. Kljub navedenim omejitvam ima raziskava več pomembnih prednosti. Ena ključnih je izbira kvalitativnega pristopa k raziskovanju, ki omogoča poglobljeno razumevanje subjektivnih izkušenj terapevtov ter razkrivanje pomenov, ki jih pripisujejo tišini v terapevtskem procesu. Prednost raziskave je tudi v tem, da

se ne omejuje na en sam terapevtski pristop, temveč odpira prostor za razumevanje tišine kot odnosnega pojava, ki presega okvire posameznega terapevtskega pristopa.

6. **Zaključki in smernice za nadaljnje raziskovanje**

Izsledki preliminarne študije nakazujejo, da je tišina v psihoterapevtskem procesu kompleksen in večdimenzionalen pojav, katerega razumevanje, doživljanje in uporaba so odvisni od različnih medsebojno povezanih dejavnikov. Raziskava nakazuje pomen raziskovanja tišine kot intersubjektivnega konstrukta, ki presega okvire posameznih terapevtskih pristopov. V nadaljnjih raziskavah bomo na večjem vzorcu, ki bo omogočal zanesljivejšo generalizacijo rezultatov z metodo intervjujev priklica medosebne interakcije, ki jih bomo izvedli na podlagi avdio in video posnetkov terapevtske ure, raziskali značilnosti tišine kot spontanega pojava in terapevtske intervencije, terapevtovo in klientovo doživljanje in vedenjske odzive na tišino, namene uporabe tišine kot terapevtske intervencije, vrste terapevtovih tišin in takojšnje učinke, ki jih ima tišina na terapevtski odnos in proces. Z vključitvijo klientov bomo razvijali tezo, da gre pri tišini za intersubjektivni konstrukt, kar potrjujejo že rezultati preliminarne raziskave. Pri izvedbi nadaljnjih raziskav je pomembno, da se te usmerijo na analizo konkretnih primerov tišine, ko se ta v terapevtski uri pojavi, saj takšen način raziskovanja omogoča globlji in natančnejši vpogled v pojav, za katerega raziskave kažejo, da ima na terapevtski odnos in proces takojšnji učinek (Levitt, 2001). Na podlagi prepoznanih skupin dejavnikov, ki vplivajo na uporabo tišine kot terapevtske intervencije, bomo s kvantitativnim pristopom raziskali, katere od teh dejavnikov terapevti prepoznavajo kot pomembne pri uporabi tišine in kako jih povezujejo s pogostostjo in nameni uporabe tišine kot intervencije. S tem bomo uporabo tišine iz diadnega odnosa prenesli v širši kontekst. Dodatna, še neraziskana področja, ki bi jih bilo smiselno vključiti v prihodnje raziskave, pa zajemajo tudi vpliv slovenskega sociokulturnega okolja in verskih prepričanj na doživljanje tišine, njeno opredelitev in uporabo v terapevtskem procesu. Glede na ugotovitve naše in drugih raziskav, ki navajajo, da terapevti tišino uporabljajo za upočasnitev tempa, sporočanje empatije in samoregulacijo, bi bilo koristno raziskati njen vpliv na fiziološko sinhronost med terapevtom in klientom, kar bi prispevalo k natančnejšemu razumevanju takojšnjih učinkov, ki jih ima tišina na terapevtski proces in odnos.

Poleg znanstvenega prispevka je nadaljnje raziskovanje tišine koristno tudi v izobraževalnem procesu za psihoterapevte. S tem bi izvajalci izobraževalnih programov lahko bodoče terapevte na podlagi znanstveno utemeljenih

ugotovitev opremili z veščinami, vezanimi na njen pomen, namen in konstruktivno uporabo, za kar rezultati naše in drugih raziskav nakazujejo, da jih terapevtom v izobraževalnem procesu primanjkuje. Ker pa je tišina univerzalen fenomen, ki se mu je že zato, ker predstavlja del vsakodnevne komunikacije, nemogoče izogniti, lahko nadaljnje raziskave spodbudijo umestitev tišine kot enega izmed skupnih dejavnikov v psihoterapiji. S tem bi pripomogli k nadaljnjemu razvoju psihoterapevtskih teorij in modela skupnih dejavnikov, ki prispeva k pozitivnim učinkom in izidom psihoterapevtskega procesa.

Viri

- Ackerman, S. J. in Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38(2), 171–185. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Al-Harashseh, A. M. A. (2012). Silence and politeness in Jordanian society. *Arab World English Journal*, 3(3), 246–269.
- Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H. in Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient–clinician encounter: a contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine*, 12(12), 1113–1117. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0175>
- Balint, M. (1958). The three areas of mind: Theoretical considerations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 328–340.
- Barber, T. (2009). *Newly qualified counsellors' experience of silence within the therapeutic setting* [magistrsko delo]. Roehampton University.
- Beazley, S. (1997). *A theoretical model of non-activity in the therapeutic relationship* [Magistrsko delo]. Pepperdine University.
- Blos, P., Jr. (1972). Silence: Aclinical exploration. *The Psychoanalytic Quarterly*, 41(3), 348–363. <https://doi.org/10.1080/2-1674086.1972.11926602>
- Braun, V. in Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. in Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. in Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21, 37–47.
- Breuer, J. in Freud, S. (1893). *On the psychical mechanism of hysterical phenomena*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 2(1893–1895), 1–17.
- Carr, E. S. in Smith, Y. (2014). The poetics of therapeutic practice: Motivational interviewing and the powers of pause. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38(1), 83–114. <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9352-9>
- Coltart, N. (1991). The silent patient. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 439–453.
- Crafoord, C. (1994). *Människan är en berättelse—Tankar om samtalskonst* [The human being is a narrative—thoughts about the art of conversation]. Natur och Kultur.
- Cuttler, E., Hill, C. E., King, S. in Kivlighan Jr, D. M. (2019). Productive silence is golden: Predicting changes in client collaboration from process during silence and client attachment style in psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(4), 568.
- Denham-Vaughan, J. in Edmond, V. (2010). The value of silence. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 6(2), 5–19.
- Ferenczi, S. (1916). *Silence is golden: Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. Basic Books.
- Finlay, L. (2008). A dance between the reduction and reflexivity: Explicating the “phenomenological psychological attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), 1–32. <https://doi.org/10.1163/156916208X311601>
- Fridman, R. (1980). Proto-rhythms: Nonverbal to language and musical acquisition. V M. R. Key (ur.), *The relationship of verbal and nonverbal communication* (str. 77–91). Mouton Publishers.
- Fuller, V. G. in Crowther, C. (1998). A dark talent: Silence in analysis. *Journal of Analytical Psychology*, 43, 523–543.
- Greenacre, P. (1954). The role of transference: Practical consideration in relation to psychoanalytic therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2(4), 671–684. <https://doi.org/10.1177/000306515400200406>
- Tišina kot spontan pojav in intervencija v psihoterapiji: preliminarna študija
- Hill, C. E., Kline, K. V., O'Connor, S., Morales, K., Li, X., Kivlighan, D. M. in Hillman, J. (2019). Silence is golden: A mixed methods investigation of silence in one case of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(4), 577–587. <https://doi.org/10.1037/pst00000196>
- Hill, C. E., Thompson, B. J. in Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: A survey. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 513–524. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10155>
- Itävuori, S., Korvela, E., Karvonen, A., Penttonen, M., Kaartinen, J., Kykyri, V. L. in Seikkula, J. (2015). The significance of silent moments in creating words for the not-yet-spoken experiences in threat of divorce. *Psychology*, 6(11), 1360.
- Kenny, C. (2018). *The power of silence: Silent communication in daily life*. Routledge.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Knutson, H. V., in Kristiansen, A. (2015). Varieties of silence: Understanding different forms and functions of silence in a psychotherapeutic setting. *Contemporary Psychoanalysis*, 51(1), 1–30. <https://doi.org/10.1080/00107530.2015.954218>
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J. in O'Brien, K. M. (2004). Therapist perspectives on using silence in therapy: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(1), 80–89. <https://doi.org/10.1080/14733140412331384088>
- Lane, R., Koetting, M., in Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Peer Review Journal*, 22(7), 1091–1104.
- Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Levitt, H. M. (2001). The sounds of silence in psychotherapy: The categorization of clients' pauses. *Psychotherapy Research*, 11(3), 295–309. <https://doi.org/10.1080/713663985>
- Lief, H. I. (1962). Silence as intervention in psychotherapy. *The American Journal of Psychoanalysis*, 22, 80–83. <https://doi.org/10.1007/BF01871623>
- Mahler, M., Pine, F. in Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Books.
- Montgomery, M. R., Luca, M. in Gordon-Finlayson, A. (2024). The shifting sound of silence: A constructivist grounded theory. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(1), 275–285.
- Morsbach, H. (1988). Nonverbal communication and hierarchical relationships: The case of bowing in Japan. V F. Poyatos (ur.), *Cross-cultural perspectives in nonverbal communication* (str. 189–199). Hogrefe & Huber Publishers.
- Moustakas, C. (1995). *Existential-phenomenological research methods*. Sage Publications.
- Orange, D. (2020). Silence in phenomenology. V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis: Cultural, Clinical, and Research Perspectives* (str. 7–25). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429350900>
- Perfetti, C. C. in Bertuccelli-Papi, M. (1985). Towards a cognitive typology of pause phenomena. *Communication & Cognition*, 18(4), 339–351.
- Regev, D., Kurt, H. in Snir, S. (2016). Silence during art therapy: The art therapist's perspective. *International Journal of Art Therapy*, 21(3), 86–94. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1219754>
- Ronningstam, E. (2006). Silence: cultural function and psychological transformation in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87(5), 1277–1295.
- Servellen, G. (2018). *Communication skills for the health care professional* (3. izd.). Jones and Bartlett.
- Sharpley, C. (1997). The influence of silence upon client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(3), 237–246. <http://dx.doi.org/10.1080/09515079708254176>
- Slavson, S. R. (1966). The phenomenology and dynamics of silence in psychotherapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 16(4), 395–404. <https://doi.org/10.1080/00207284.1966.11642961>
- Tindall, R. H. in Robinson, F. P. (1947). The use of silence as a technique in counseling. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 136.
- Valle, R. (2019). Toward a psychology of silence. *The Humanistic Psychologist*, 47(3), 219–261.

- Warin, T. (2008). *Silence in psychotherapy: Therapists' difficulties in using silence as a therapeutic technique* [Doktorska disertacija, Auckland University of Technology]. Tuwhera Open Access. <https://openrepository.aut.ac.nz/items/7dece95d-d003-4047-aabf-6b16cb440eeb>
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-420.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
- Zimmermann, R., Fürer, L., Schenk, N., Koenig, J., Roth, V., Schlüter-Müller, S., Kaess, M. in Schmeck, K. (2021). Silence in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(2), 160–170. <https://doi.org/10.1037/per0000402>

[illegible]