

Predavanje po pozivu na simpozijumu "Psihijatrija bez granica", Beograd, 20-21.10.2025.

## **Kada saosećajnost postane pretnja: razlozi otpora klijenata prema terapijskoj podršci**

Matija Gvozden

Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Beograd, Srbija

### **Apstrakt**

Saosećanje predstavlja jedan od najznačajnijih činilaca terapijskog odnosa. Možemo ga definisati kao bazičnu bržnost, sa dubokom svesnošću o sopstvenoj i tuđoj patnji, koja je praćena željom i naporima da se ona ublaži. Cilj rada je razmatranje doprinosećih faktora i efikasnih strategija za upravljanje strahovima, psihološkim blokadama, i otporima koji sprečavaju klijente da prime brigu i saosećanje od strane terapeuta, pristupajući dominantno iz ugla Terapije usmerene na saosećanje. Rad se fokusira na klijente koji su traumatizovani tokom detinjstva, i koji često zbog toga pokazuju teškoće da prime ili prihvate podršku terapeuta zbog dubokog uticaja traume na poverenje, vezivanje i bazična uverenja o drugima. U radu ćemo se najpre baviti razmatranjem koncepta saosećanja, nakon čega ćemo preći na diskusiju različitih prepreka razvoju saosećanja, uključujući ulogu uverenja klijenta da ne zasluđu da dobije brigu i toplinu, sumnje u terapeutove namere kao i strahove od sopstvene emocionalne ranjivosti. Predstavićemo takođe strategije prevazilaženja strahova, blokova i otpora saosećanju koje uključuju: razvoj saosećajnog odnosa u terapijskom okruženju, psihoedukaciju o funkciji saosećanja, rad na uverenjima koja blokiraju saosećanje, rad na postizanju fiziološke smirenosti i ukotvljenosti u sadašnjost, saosećajnu imaginaciju i rad sa stidom i ranim razvojnim traumama. Razumevanje i validacija otpora nisu prepreka već ključan deo terapijskog procesa koji omogućava klijentu da postepeno razvije sposobnost i voljnost da prihvati toplinu i brigu od strane drugih<sup>1</sup>. Rad na otporu unutar terapijskog procesa otvara prostor za razvoj kapaciteta da klijent pruži saosećanje samom sebi i drugim osobama, čime se postiže unapređenje emocionalne regulacije.

**Ključne reči:** strah od saosećanja, stid, samokritika, terapija usmerena na saosećanje

## Otpori i doživljaj sigurnosti u tretmanu

Otpor u psihoterapiji se često pominje u kontekstu ponašanja suprotnog ciljevima tretmana, kao što su nizak nivo radnog saveza<sup>[1]</sup>, remećenje setinga<sup>[2]</sup>, raspravljanje sa terapeutom, izbegavanje i neusaglašavanje sa domaćim zadacima<sup>[3]</sup>, smanjena uključenosti u terapijski proces<sup>[4]</sup>, što sve vodi odsustvu psihološke promene i preranom završavanju terapijskog procesa<sup>[5]</sup>. Određeni autori ukazuju da otpori mogu imati protektivnu ulogu iz perspektive klijenta, i u tom smislu, otpor se može razumeti kao način da klijent zaštiti sebe od bolnih afekata<sup>[6]</sup> ili da se oseti sigurno<sup>[7]</sup>. Istraživanja takođe ukazuju da stepen u kome se doživljaj sigurnosti ostvaruje u terapijskom odnosu predstavlja ključan faktor za povećavanje ili smanjivanje klijentovog otpora<sup>[8]</sup> kao i ključni medijator terapijske promene<sup>[9]</sup>.

Iako otpori imaju primarno intrapsihičke uzroke, interpersonalni faktori povezani sa sigurnošću, kao što je stil afektivnog vezivanja, igraju značajnu ulogu u terapijskoj razmeni. Iz ugla teorije afektivnog vezivanja, terapeut predstavlja značajnu figuru za koju se klijenti vežu i može funkcionisati kao “sigurna baza” za psihičku promenu<sup>[10,11]</sup>. Kao i u ranom detinjstvu, sigurno vezivanje u tretmanu omogućava razvoj kompetencija kao što su empatija i mentalizacija<sup>[12]</sup>. Ono takođe unapređuje kapacitet osobe za samorefleksiju, svesnost o osećanjima, opisivanje, i istraživanje osećanja<sup>[13]</sup>. Klijenti koji su sigurno vezani za svoje terapeute se više otvaraju<sup>[14]</sup>, izveštavaju o većoj podršci terapeuta<sup>[15]</sup>, doživljavaju terapeuta kao prihvatajućeg i emocionalno dostupnog<sup>[16]</sup> i imaju snažniji radni savez<sup>[17]</sup>. Obrnuto, nesigurno vezivanje za terapeuta povezano je sa klijentovim nepoverenjem i strahom od odbacivanja od strane terapeuta<sup>[16]</sup>, nesklonošću ka samootvaranju i samoistraživanju<sup>[14]</sup> i niskim nivoom radnog saveza<sup>[17]</sup>.

Poslednje decenije svedočimo razvoju interesovanja za koncept *saosećanja* – kapaciteta koji se razvija u kontekstu sigurnog i saosećajnog odnosa sa terapeutom i koji može postati terapijska meta po sebi<sup>[18, 19]</sup>. Prema budističkim tradicijama i savremenim teorijskim modelima u psihoterapiji, saosećanje se zasniva na prosocijalnoj motivaciji i može se definisati

DOI 10.5937/engrami47-62372

Primljeno / Received: 24. oktobar 2025.

Prihvaćeno / Accepted: 22. jin. 2026.

Objavljeno na internetu / Online first: 25. jun. 2026.

Sva prava zadržana (c) 2025 Engrami



Ovaj rad je pod Creative Commons Autorstvo-Deli pod istim uslovima 4.0 međunarodnom licencom. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

kao bazična brižnost, sa dubokom svesnošću o sopstvenoj i tuđoj patnji, koja je praćena željom i naporima da se ona ublaži<sup>[20-22]</sup>. Saosećanje igra značajnu ulogu u emocionalnoj regulaciji i socijalnom ponašanju. Istraživanja upućuju na važnu ulogu kako fizioloških mehanizama (npr. vagusni nerv, oksitocin), tako i psiholoških – motivacije da se pomogne sebi i drugima i brižnog i negujućeg ponašanja<sup>[23,24]</sup>.

Više skorašnjih istraživanja ukazuje da usmeravanje saosećanja ka sebi predstavlja značajnu strategiju emocionalne regulacije koja je povezana sa nižim nivoom depresije, anksioznosti i stresa<sup>[25,26]</sup>. Saosećanje prema drugima i otvorenost prema saosećanju drugih takođe imaju koristi za mentalno zdravlje – viši nivoi saosećanja prema drugima povezani su sa boljim socijalnim odnosima<sup>[27]</sup>, a otvorenost prema primanju saosećanja drugih je korisna u ublažavanju depresije<sup>[28]</sup>. Stoga nije iznenađujuće da intervencije zasnovane na saosećanju sve više koriste kliničari i istraživači mentalnog zdravlja kako bi smanjili patnju i povećali blagostanje pojedinaca koji pate od poteškoća u mentalnom zdravlju<sup>[24]</sup>.

Do sada je razvijeno više programa zasnovanih na saosećanju, kao što su npr. Svesno samosaosećanje<sup>[29]</sup>, Trening za negovanje saosećanja<sup>[30]</sup> i Trening za kognitivno zasnovano saosećanje<sup>[31]</sup>. Ipak, jedini postojeći psihoterapijski model koji u središte svojih proučavanja i terapijskog rada stavlja negovanje saosećanja kao primarni mehanizam za ublažavanje patnje kod populacija sa kliničkim poremećajima jeste Terapija usmerena na saosećanje (engl. *Compassion-focused Therapy – CFT*)<sup>[32, 19]</sup>.

### **Doprinosi terapije usmerena na saosećanje**

Terapija usmerena na saosećanje (CFT) ima za cilj unapređenje emocionalne regulacije i izgradnju unutrašnjih resursa za posttraumatski rast osoba sa ranom razvojnom traumom<sup>[20-23]</sup>. CFT integriše saznanja iz neuronauka, evolucione psihologije, teorije afektivnog vezivanja i kognitivno-bihejvioralne terapije, te je do sada dobila veliku istraživačku podršku<sup>[33,34]</sup>. U teorijskom modelu CFT-a, saosećanje ima korene u kapacitetu ljudi da sarađuju jedni sa drugim, da formiraju sigurne afektivne veze i ostvare brižan odnos jedni sa drugima koji se kasnije reflektuje na odnos prema samom sebi<sup>[10, 20]</sup>. Reč je o motivacionom sistemu, razvijenom tokom evolucije sa ulogom da reguliše negativna osećanja kod same osobe i drugih ljudi, što se ostvaruje pomoću osetljivosti osobe na sopstvene i tuđe reakcije, kao i preduzimanja akcija da se patnja ublaži<sup>[21,22]</sup>. Saosećanje se javlja u socijalnom kontekstu i može se manifestovati u tri oblika: 1) usmereno od sebe prema drugome, 2) kao sposobnost da se primi i prihvati saosećanje koje dolazi od drugoga, i 3) usmereno od sebe prema sebi<sup>[32]</sup>.

Saosećanje uključuje više različitih kapaciteta kao što su osetljivost na tuđu patnju, dozvoljavanje sebi da budemo pokrenuti patnjom, sposobnost da je tolerišemo, razumevanje tuđe perspektive, neprocenjujući stav, kao i želja i veštine da se sopstvena i tuđa patnja ublaži.

Jedna od osnovnih postavki CFT-a jeste da određeni problemi sa mentalnim zdravljem nastaju zbog toga što su afektivni sistemi za regulaciju emocija kod nekih osoba u disbalansu<sup>[20,22]</sup>. Primera radi, deca koja su sigurno vezana imaju iskustvo da ih je roditelj ili staratelj umirivao i pružao osećaj sigurnosti u situacijama kada su bila uznemirena, što dovodi do toga da se internalizuje model sebe kao voljene osobe, drugih osoba kao brižnih, a stresa kao nečega što se može podneti i prevazići<sup>[35]</sup>. Sa druge strane, kod osoba koje su u svojim primarnim porodicama bile izložene nepovoljnim događajima, sistem za detekciju pretnji previše se lako aktivira, dok sistemi za zadovoljstvo, umirivanje i pripadanje mogu biti nedovoljno razvijeni.

Razvojna trauma često umanjuje osećaj vrednosti osobe tako da se CFT posebno snažno fokusira na samokritiku i internalizovani stid koji predstavljaju centralnu temu za mnoge osobe koje su preživle traumu. Stoga, jedan od najznačajnijih ciljeva terapije predstavlja razvoj saosećajnijeg pogleda na sebe, uz sposobnost da se pruži i prihvati saosećanje od drugih ljudi. Međutim, iako su ovakvim klijentima saosećanje i podrška veoma značajni, oni često pokazuju teškoće da ih prime u terapiji zbog dubokog uticaja traume na poverenje, vezivanje i bazična uverenja o drugima<sup>[36]</sup>. Skorašnja metaanaliza<sup>[37]</sup> potvrđuje zapažanja terapeuta da su stid, samokriticizam i depresija povezani sa strahovima od saosećanja sa sobom i strahovima od primanja saosećanja od druge osobe. Takođe je utvrđeno da je veza između strahova od saosećanja sa sobom i mentalnog zdravlja jača u kliničkoj populaciji nego u nekliničkoj.

### **Strahovi, blokovi i otpori klijenta prema saosećanju**

CFT definiše strahove, blokove i otpore saosećanju kao inhibitore koji sprečavaju da se motivacija saosećanja “uključiti” ili da se reaguje u skladu sa njom. Ovo dovodi do toga da osoba ne primećuje signale patnje, ili primećivanje njih ne rezultira akcijom za ublažavanje pomenute patnje. Strahovi, blokade i otpori podrazumevaju sledeće fenomene:

- **Strah od saosećanja:** strah u ovom kontekstu se može javiti u svakom od tri pomenuta smera saosećanja – kada je saosećanje usmereno prema sebi, prema drugoj osobi ili kad je reč o primanju saosećanja od strane druge osobe. Tako, osoba se može plašiti da će, ako se postavi saosećajno prema sebi, postati previše popustljiva prema sebi i da neće prevazići određene slabosti; da će postati preplavljena žaljenjem ili tugom ako saoseća

sa drugom osobom koja je u nevolji ili da će druga osoba iskoristiti saosećanje kako bi je izmanipulisala ili povredila<sup>[38,39]</sup>.

- **Blokade:** teškoće u saosećanju nastaju iz pogrešnog razumevanja saosećanja, nedostatka uvida, znanja ili veština koji su potrebni za saosećajno odnošenje prema sebi i drugima<sup>[40]</sup>.
- **Otpori:** teškoće mogu uključiti uverenje osobe da se saosećanje ne isplati, da ga osoba ne zaslužuje, kao i strahove od različitih negativnih posledica od pokazivanja i primanja saosećanja<sup>[18]</sup>.

Strahovi, blokovi i otpori prema saosećanju počivaju na dubokim emocionalnim i kognitivnim obrascima koji su ukorenjeni u klijentovoj istoriji afektivnog vezivanja, razvojnim traumama, i uverenjima o sebi, drugim ljudima i svetu koji su iz njih proizašli. Kada osoba nema iskustvo interakcije u kojoj se oseća sigurno ili kada je doživljava kao potencijalnu pretnju, tada se i u terapijskoj situaciji saosećajni odnos može videti kao pretnja. Istraživanja ukazuju da ovakav vid reagovanja ima važne neurološke korelate. Kada klijent bez istorije razvojne traume primi saosećanje, verovatnija je aktivacija parasimpatičkog sistema i stanja sigurnosti. Međutim, istraživanja ukazuju da kod osoba sa istorijom traume, ovaj sistem može ostati neaktiviran, ili čak njegova aktivacija može biti percipirana kao znak opasnosti<sup>[41]</sup>, dovodeći do toga da i sama toplina i briga terapeuta mogu postati okidači za uznemirenost. Uz spomenuto, osećaj srama i socijalne pretnje povezani su sa aktivacijom amigdale i sistema borba/bekstvo, dok je saosećanje povezano sa sistemima za povezanost i umirenost. Ako je prvi sistem previše aktivan, drugi ne može lako da se aktivira bez prethodnog rada na emocionalnoj regulaciji.

### Česte vrste prepreka da se primi saosećanje

Prepreke klijentata da prime saosećanje od strane terapeuta uključuju širok spektar duboko ukorenjenih emocionalnih barijera od kojih se najčešće viđaju sledeće:

- **Pozitivno vrednovanje samokritičnosti:** za mnoge klijente samokritika se doživljava kao izvor motivacije i kontrole dok saosećanje može izgledati kao pretnja toj unutrašnjoj disciplini<sup>[20]</sup>. Ovakvi klijenti veruju da je samokriticizam način da se identifikuju i poprave slabosti i time otklone prepreke dostizanju ciljeva, dok saosećanje može dovesti do toga da postanu previše popustljivi prema sebi i da počnu da se prepuštaju svojim slabostima.

- **Uverenja klijenta da ne zaslužuje saosećanje:** klijenti sa visokim nivoom stida i samokriticizma često osećaju nelagodu ili sumnju u sopstvenu vrednost i mogu verovati da su istinski “loši” tako da ne zaslužuju da dobiju saosećanje već kritiku<sup>[42]</sup>. Kad je situacija još zaoštrenija kritikovanje sebe obojeno je prezirom i mržnjom prema sebi<sup>[43]</sup>.
- **Nepoverenje:** klijent može sumnjati u iskrenost saosećanja i očekivati neprijateljsku skrivenu nameru<sup>[44]</sup>. Ovo se često dešava kada se u klijent u prošlosti susretao sa manipulacijom ili ozbiljnim i ponovljenim izneverenjem poverenja od strane bliskih osoba, što dovodi do toga da se signali povezanosti i zbližavanja doživljavaju kao "trojanski konj" – nešto što sa sobom povlači traumatizaciju, a ne umirenje.
- **Strah od sopstvene ranjivosti:** prihvatanje saosećanje druge osobe podrazumeva otvorenost prema njoj, što može podstaći strah od ponovne povrede i osećanja koja je prate<sup>[21]</sup>. Ranjivost je za mnoge klijente povezana sa opasnošću tako da mogu biti vrlo oprezni i distancirani da bi sprečili situaciju da ponovo budu povređeni.
- **Depresija oko lišavanja:** toplina terapeuta može navesti klijente da prepoznaju koliko su dugo bili lišavani topline i brige, što može voditi žaljenju i depresivnosti povodom toga što nikada nisu imali roditelja kakvog su želeli da imaju i što se nikad nisu osećali vredno<sup>[38]</sup>. Klijenti u tim trenucima mogu žaliti za za realnim gubicima, za roditeljem kakvog su želeli da imaju a nikada ga nisu imali, za tim što se nikada nisu osećali dovoljno dobrim ili vrednim ljubavi i sl.

### Procena strahova od saosećanja

Prepreke saosećanju se prvenstveno otkrivaju u samom terapijskom razgovoru, pri čemu terapeut često koristi vlastite reakcije kao vodič i instrument za procenu šta je ono što se odvija u terapijskom procesu. Klijentovi strahovi, blokovi i otpori saosećanju nisu uvek svesni i izražavaju se u većini slučajeva neverbalno – klijent skreće pogled u stranu, povlači se, odbrambeno koristi humor i postaje telesno napet u trenucima kad je terapeut pokazuje brigu ili toplinu.

Za procenu strahova u kliničkom i istraživačkom kontekstu razvijena je Skala straha od saosećanja (engl. *Fears of Compassion Scale – FCS*)<sup>[38]</sup> koja predstavlja značajan alat koji pomaže detektovanje prepreka saosećanju. Skala je nastala iz kliničkih posmatranja koja ukazuju da pojedinci, posebno oni koji su traumatizovani, mogu imati poteškoća ili se čak plašiti da prime i prihvate saosećanje. Reč je o instrumentu za samoprocenu koji je osmišljen da proceni strahove povezane sa saosećanjem u tri različite oblasti: strah od saosećanja prema

drugima, strah od primanja saosećanja od drugih i strah od usmeravanja saosećanja prema sebi. Ova skala je validirana u više različitih kultura i karakterišu je dobre psihometrijske karakteristike<sup>[45-47]</sup>. Istraživanja koja su koristila skalu pokazala su da strah od samosaosećanja snažno korelira sa strahom od primanja saosećanja od drugih, te da je povezan sa obrascima nesigurnog afektivnog vezivanja i simptomima depresivnosti, anksioznosti i stresa<sup>[37,38]</sup>. Prisustvo ovih strahova može ometati iskustvo afilijativnih emocija generalno, ali i u samom terapijskom odnosu.

### **Terapijske strategije za prevazilaženje strahova, bloka i otpora saosećanju**

Glavni činioc promene u psihoterapiji je terapijski odnos koji treba da predstavlja siguran prostor u kome se postepeno može graditi poverenje klijenta preko terapeutove podešenosti na klijentova stanja, validacije njegovih reakcija i odsustva suđenja, putem čega terapeut demonstrira klijentu ključne kvalitete saosećanja<sup>[20-22]</sup>. Zbog toga je veoma važno da sam terapeut ima razvijene attribute i veštine saosećanja i da bude topao u radu sa klijentom kako bi klijent mogao da internalizuje ovakvo ponašanje. Imajući u vidu da se sklonost nekih klijenata ka stidu i samokriticizmu može lako mogu aktivirati u bilo kojoj socijalnoj situaciji, terapeut treba da budno nadgleda da li su se u terapijskom odnosu pojavile ovakve teškoće i da pokuša da popravi rupture u odnosu ako se jave. Kako terapija odmiče, klijent biva sve sposobniji da preuzme perspektivu terapeuta i da se prema sebi postavi na saosećajan na način. Rad na strahovima, blokovima i otporima saosećanju takođe zahteva od terapeuta saosećanje prema sopstvenim granicama i frustracijama jer je prevazilaženje klijentovih otpora dugotrajan i nelinearan proces sa dosta uspona i padova. Sledi opis nekih od osnovnih strategija i intervencija koje se koriste za prevazilaženje strahova, blokova i otpora saosećanju.

***Psihoedukacija.*** Terapeut može koristiti psihoedukaciju kako bi redefinisao saosećanje kao koristan kapacitet, umesto da ga klijent vidi kao preteranu popustljivost prema sebi ili slabost. Terapeut treba da ukaže klijentu da saosećanje uključuje senzitivnost na patnju i tolerisanje patnje uz pokušaje da se ona konstruktivno prevaziđe, što uključuje snagu i hrabrost pre nego preteranu popustljivost prema sebi ili slabost<sup>[37]</sup>.

Terapeut i klijent takođe istražuju prošle i sadašnje činioce koji su uticali na klijentove teškoće, što pomaže klijentu da razume funkciju i poreklo strahova od saosećanja i da ih poveže sa razvojnim ili traumatskim faktorima i motivima da se zaštiti od ovakvih iskustava. Klijent postepeno počinje da uviđa da je strah od saosećanja predstavljao adaptivni odgovor koji je oblikovan realnim negativnim životnim iskustvima, koja su dovela do razvijanja preterano reaktivnog sistema pretnje i nedovoljno razvijenog sistema za umirenje koji imaju razvojno

poreklo<sup>[21]</sup>. Ipak, klijent stiže razumevanje da sada ima slobodu i mogućnost da se osloni na saosećanje kao koristan kapacitet i resurs, pre nego da od njega zazire.

**Smanjenje fiziološke pobuđenosti.** Učenje umirujućeg ritma disanja koje podstiče aktivaciju parasimpatičkog nervnog sistema i doživljaj umirenosti koristi se kao antiteza hiperventilaciji koja prati osećanje anksioznosti<sup>[21,22]</sup>. Vežbe disanja takođe su veoma korisne za proces „usidrenja” ili „uzemljenja”, što podrazumeva vraćanje u realnost „sada i ovde” i daje dobre rezultate u radu sa traumatizovanim osobama<sup>[48]</sup>. Ova tehnika se takođe može kombinovati sa tehnikom "sigurnog mesta" kako bi se osnažio doživljaj bezbednosti i spokoja.

Pored učenja umirujućeg ritma disanja, u radu sa klijentima koristi se trening pune svesnosti (engl. *mindfulness*) koji podrazumeva pristupanje svojim iskustvima sa stavom neprocenjivanja, otvorenosti, i radoznalosti<sup>[49,50]</sup>. Misli, osećanja, senzacije i impulsi, čak i onda kad su vrlo neprijatni, posmatraju se kao subjektivni fenomeni koji se pojavljuju i nestaju iz svesnosti, bez stapanja sa njima i bez preduzimanja bilo kakvog ponašanja. Puna svesnost podrazumeva fokus na sadašnjosti što smanjuje ruminacije o prošlosti i brigu o budućnosti i posledično vodi smanjenju emocionalne reaktivnosti – čime se olakšava razvoj saosećanja<sup>[51]</sup>.

**Saosećajna imaginacija.** Terapeuti koriste niz imaginativnih vežbi da bi pomogli klijentu da se izloži saosećajnom odnosu na postepen način čime se umanjuju strahovi od ovakve vrste odnosa i, takođe, razvija saosećajni odnos prema sebi<sup>[52]</sup>. Jedna od njih jeste *saosećajna imaginacija* koja podrazumeva razvoj mentalnih slika saosećajnih figura koje karakterišu osobine kao što su snaga, mudrost i toplina<sup>[21,22]</sup>. Klijent uči da zamišlja ovu sliku kad god mu je potrebna, i da se zapita „Šta bi moj unutrašnji saosećajni pomagač mislio, osećao ili preduzeo u vezi sa ovom situacijom?”.

Tokom terapije takođe se koriste tehnike kojima se razvija *saosećajni self* koji može na topao i brižan način stupiti u kontakt sa različitim reakcijama i iskustvima i ponuditi brigu i razumevanje umesto samokriticizma<sup>[21,22]</sup>. Jedna od veoma efikasnih tehnika za prevazilaženje unutrašnjeg kritičara koji je zaslužan za sumnje u sebe i samoprezir podrazumeva uspostavljanje dijaloga između kritikujućeg i saosećajnog dela selfa. Cilj je da se klijent decentrira od kritikujućeg glasa tako što ga identifikuje, pokušava da ustanovi kako je nastao (npr. da li je to možda internalizovani glas nekog od roditelja) i koji ga razlozi pokreću (npr. anksioznost ili mržnja). U ponavljanim dijalozima, samoprekorevanje postepeno zamenjuju briga, toplina i prihvatanje sebe.

**Rad na stidu i traumatskim sećanjima.** Osobe sa istorijom odbacivanja, zanemarivanja, napada ili omalovažavanja često povezuju saosećanje sa pretnjom ili gubitkom i plaše se da će ponovo biti povređeni, izmanipulisani ili napušteni ako se otvore prema drugima

i prihvate njihovo saosećanje. Terapeuti im stoga pomažu da razlikuju istinsko saosećanje od oštećujućih odnosa u prošlosti<sup>[42]</sup>. Ovakve osobe takođe su veoma sklone osećanju stida i napadima na sebe tako da je potrebno prepoznati i reuokvirirati narative povezane sa stidom i samoprezirom, kako bi se napravio korak dalje u terapiji<sup>[20]</sup>. Da bi se to postiglo potrebno je oživeti sećanja u kojima je klijent doživeo osećanje stida i samoprezira i utvrditi ključne pretnje. Potrebno je nakon toga uključiti klijentovog unutrašnjeg pomagača ili saosećajni self u oživljeno sećanje tako da se klijent oseća shvaćeno, zaštićeno i ohrabreno.

Primera radi, klijentkinja koju su roditelji i vršnjaci agresivno vređali povodom viška kilograma može da kaže dečjem delu sebe, sa iskrenim saosećajnim tonom i izrazom lica, da način na koji su se drugi odnosili prema njoj ne definišu njenu vrednost i da će to iskustvo, koje još uvek deluje tako živo, postati vremenom udaljeno sećanje, te da će tokom života imati različite prilike da razvije sigurne veze sa ljudima koji mogu zadovoljiti njene potrebe.

## **Zaključak**

Strahovi, blokovi i otpori prema saosećanju su veoma složeni procesi, duboko ukorenjeni u razvojnu istoriju klijenta, i stoga se moraju tretirati sa velikom osetljivošću i razumevanjem. Oni se često javljaju kod osoba koje su doživela traumatska iskustva tokom detinjstva i adolescencije i predstavljaju pre izraz dubokih rana koje moraju zaceliti kroz siguran, saosećajan i strpljiv terapijski odnos nego nevoljnost klijenta da se promeni i prepreke koje se moraju skršiti. Prevazilaženje ovih prepreka sadrži više komponenti među kojima se ističu psihoedukacija pomoću koje se klijentu pomaže da razume funkciju i poreklo strahova od saosećanja, smanjenje fiziološke pobuđenosti koja je pratilac anksioznosti, saosećajna imaginaciju kojom se klijent postepeno izlaže saosećajnom odnosu i senzitivno rukovanje razvojnim traumama. Prevazilaženje otpora sadrži više komponenti koje za preduslov imaju formiranje saosećajnog terapijskog odnosa koji obuhvata sigurnost i prihvatanje. Kada se poverenje izgradi klijent otkriva ne samo novi odnos sa terapeutom, već i sa samim sobom, što predstavlja jedno od najznačajnijih transformativnih iskustava u psihoterapiji.

## **Izjava o konfliktu interesa**

Autor izjavljuje da nema konflikt interesa.

# **When Compassion Becomes a Threat: Reasons for Clients' Resistance to Therapeutic Support**

Matija Gvozden

Department of psychology, Faculty of philosophy, University of Belgrade

## **Abstract**

Compassion represents one of the most significant components of the therapeutic relationship. It can be defined as a fundamental caring attitude, involving a deep awareness of one's own and others' suffering, accompanied by the desire and efforts to alleviate it. The aim of this paper is to examine the contributing factors and effective strategies for managing fears, psychological blocks, and resistances that prevent clients from receiving care and compassion from the therapist, approached primarily from the perspective of Compassion-Focused Therapy. The paper focuses on clients who have experienced childhood trauma and who therefore often struggle to receive or accept therapeutic support due to the deep impact of trauma on trust, attachment, and core beliefs about others. We will first discuss the concept of compassion, followed by an examination of the various barriers to its development, including clients' beliefs that they do not deserve care and warmth, doubts about the therapist's intentions, and fears of their own emotional vulnerability. We will also present strategies for overcoming fears, blocks and resistance to compassion, which include: developing a compassionate relationship within the therapeutic environment, psychoeducation on the function of compassion, working on beliefs that block compassion, cultivating physiological calmness and grounding in the present moment, compassionate imagination and working with shame and early developmental trauma. Understanding and validating resistance are not obstacles but essential parts of the therapeutic process, enabling the client to gradually develop the capacity and willingness to accept warmth and care from others. Working through resistance within therapy creates space for developing the ability to extend compassion to oneself and others, thereby improving emotional regulation.

**Keywords:** fear of compassion, shame, self-criticism, compassion-focused therapy

## Reference / References

1. Watson JC, McMullen EJ. An examination of therapist and client behavior in high- and low-alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2005;42(3):297–310. doi:10.1037/0033-3204.42.3.297.
2. Cho-Kain LW, Gunderson J. Borderline Personality Disorder and Resistance to Treatment. *Psychiatric Times*. 2009 Jul 31;26(8).
3. Aviram A, Westra HA. The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*. 2011 Nov;21(6):698-708. doi: 10.1080/10503307.2011.610832. Epub 2011 Aug 31. PMID: 21878034.
4. Beutler LE, Harwood TM, Michelson A, Song X, Holman J. Resistance/reactance level. *J Clin Psychol*. 2011 Feb;67(2):133-42. doi: 10.1002/jclp.20753. PMID: 21108314.
5. Button ML, Westra HA, Hara KM, Aviram A. Disentangling the impact of resistance and ambivalence on therapy outcomes in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2015;44(1):44-53. doi: 10.1080/16506073.2014.959038. Epub 2014 Oct 3. PMID: 25277366.
6. Greenson R. *The technique and practice of psychoanalysis: Volume I*. London: Routledge; 2016.
7. Sandler J, Holder A, Dare C. *Basic psychoanalytic concepts: V. Resistance*. *Br J Psychiatry*. 1970 Aug;117(537):215-21. PMID: 5480678.
8. Horner AJ. *Dealing with resistance in psychotherapy*. New York: Jason Aronson; 2005.
9. Levitt HM, Williams DC. Facilitating client change: principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychother Res*. 2010 May;20(3):337-52. doi: 10.1080/10503300903476708. PMID: 20419564.
10. Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books; 1988.
11. Skourteli MC, Lennie C. The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*. 2011 Mar;26(1):20–33. doi:10.53841/bpscr.2011.26.1.20.
12. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009 Fall;21(4):1355-81. doi: 10.1017/S0954579409990198. PMID: 19825272.
13. Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol Psychother*. 2011 Mar;84(1):9-25; discussion 98-110. doi: 10.1348/147608310X520094. PMID: 22903828.

14. Saypol E, Farber BA. Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychother Res.* 2010 Jul;20(4):462-71. doi: 10.1080/10503301003796821. PMID: 20552537.
15. Janzen J, Fitzpatrick M, Drapeau M. Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy (Chic).* 2008 Sep;45(3):377-90. doi: 10.1037/a0013310. PMID: 22122497.
16. Mallinckrodt B, Jeong J. Meta-analysis of client attachment to therapist: associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy (Chic).* 2015 Mar;52(1):134-139. doi: 10.1037/a0036890. Epub 2014 Nov 3. PMID: 25365151.
17. Taylor PJ, Rietzschel J, Danquah A, Berry K. The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychol Psychother.* 2015 Sep;88(3):240-53. doi: 10.1111/papt.12045. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25384637.
18. Gilbert P. Explorations into the nature and function of compassion. *Curr Opin Psychol.* 2019 Aug;28:108-114. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.12.002. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30639833.
19. Kirby JN, Gilbert P. Commentary regarding wilson et al. (2018) “Effectiveness of ‘self-compassion’ related therapies: A systematic review and meta-analysis.” all is not as it seems. *Mindfulness.* 2019 Feb 9;10(6):1006–16. doi:10.1007/s12671-018-1088-8.
20. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy.* London: Routledge; 2005. p. 263–325.
21. Gilbert P. *The compassionate mind.* London: Constable & Robinson; 2009.
22. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features.* London: Routledge; 2010.
23. Carter CS. Oxytocin pathways and the evolution of human behavior. *Annu Rev Psychol.* 2014;65:17-39. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115110. Epub 2013 Sep 19. PMID: 24050183.
24. Seppala E, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR. *The Oxford Handbook of Compassion Science.* New York, NY: Oxford University Press; 2017.
25. Finlay-jones AL. Compassion in Clinical Practice: Current applications and New Directions. *Clinical Psychologist.* 2017 Jul 1;21(2):59–61. doi:10.1111/cp.12133
26. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev.* 2012 Aug;32(6):545-52. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003. Epub 2012 Jun 23. PMID: 22796446.
27. Crocker J, Canevello A. Consequences of self-image and compassionate goals. *Advances in Experimental Social Psychology.* 2012 Dec;229–77. doi:10.1016/b978-0-12-394286-9.00005-6.
28. Hermanto N, Zuroff DC, Kopala-Sibley DC, et al. Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences.* 2016 Aug;98:324–32. doi:10.1016/j.paid.2016.04.055.

29. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013 Jan;69(1):28-44. doi: 10.1002/jclp.21923. Epub 2012 Oct 15. PMID: 23070875.
30. Jazaieri H, Jinpa GT, McGonigal K, et al. Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*. 2012 Jul 25;14(4):1113–26. doi:10.1007/s10902-012-9373-z.
31. Pace TW, Negi LT, Dodson-Lavelle B, et al. Engagement with Cognitively-Based Compassion Training is associated with reduced salivary C-reactive protein from before to after training in foster care program adolescents. *Psychoneuroendocrinology*. 2013 Feb;38(2):294-9. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.05.019. Epub 2012 Jul 3. PMID: 22762896.
32. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014 Mar;53(1):6-41. doi: 10.1111/bjc.12043. PMID: 24588760.
33. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother*. 2020 Apr;20(4):385-400. doi: 10.1080/14737175.2020.1746184. Epub 2020 Apr 10. PMID: 32196399.
34. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023 Apr 1;326:168-192. doi: 10.1016/j.jad.2023.01.010. Epub 2023 Jan 14. PMID: 36649790.
35. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood, second edition: Structure, Dynamics, and change. Guilford Publications; 2016.
36. Knight C. Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clin Soc Work J*. 2015/03//;43(1):25–37. doi: 10.1007/s10615-014-0481-6.
37. Kirby JN, Day J, Sagar V. The 'Flow' of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clin Psychol Rev*. 2019 Jun;70:26-39. doi: 10.1016/j.cpr.2019.03.001. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30884253.
38. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*. 2011 Sep;84(3):239-55. doi: 10.1348/147608310X526511. Epub 2011 Apr 13. PMID: 22903867.
39. Gilbert P, Mascaro J. Compassion fears, blocks and resistances: An evolutionary investigation. In: *The Oxford handbook of compassion science*. Oxford University Press; 2017. p. 399–418.
40. Leighton TD. Faces of compassion: Classic bodhisattva archetypes and their modern expression--an introduction to Mahayana Buddhism. Boston: Wisdom Publications; 2012.
41. Porges SW. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York: W.W. Norton & Company; 2011.
42. Matos M, Petrocchi N, Irons C, Steindl SR. Never underestimate fears, blocks, and resistances: The interplay between experiential practices, self-conscious emotions, and the therapeutic

- relationship in compassion focused therapy. *J Clin Psychol*. 2023 Jul;79(7):1670-1685. doi: 10.1002/jclp.23474. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36563306.
43. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*. 2004 Mar;43(Pt 1):31-50. doi: 10.1348/014466504772812959. PMID: 15005905.
  44. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The other as Shamer Scale – 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*. 2015 Feb;74:6–11. doi:10.1016/j.paid.2014.09.037.
  45. Asano K, Tsuchiya M, Ishimura I, et al. The development of fears of compassion scale Japanese version. *PLoS One*. 2017 Oct 12;12(10):e0185574. doi: 10.1371/journal.pone.0185574. PMID: 29023461; PMCID: PMC5638239.
  46. Dentale F, Petrocchi N, Vecchione M, Biagioli C, Gennaro A, Violani C. Factorial structure and construct validity of an Italian version of the Fears of Compassion Scales: A study on non-clinical subjects. *Psychol Psychother*. 2017 Dec;90(4):735-750. doi: 10.1111/papt.12136. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28639407.
  47. Pfeiffer S, Peixoto Pereira N, Saraiva de Macedo Lisboa C. Fears of Compassion Scales: Cross-Cultural Adaptation and Validity Evidence for Use in Brazil. *Trends Psychol*. 2022 Aug 8:1-22. doi: 10.1007/s43076-022-00220-4. Epub ahead of print. PMID: 40479394; PMCID: PMC9360723.
  48. Gerbarg PL, Brown RP. *The healing power of the breath: Simple techniques to reduce stress and anxiety, enhance concentration, and balance your emotions*. Boston, Massachusetts: Shambhala Publications, Inc; 2012.
  49. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Bantam Books; 2013.
  50. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 1994.
  51. Gilbert P, Choden. *Mindful compassion*. London: Robinson; 2013.
  52. Lawrence VA, Lee D. An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2014 Nov-Dec;21(6):495-507. doi: 10.1002/cpp.1854. Epub 2013 Jul 24. PMID: 23893917.
-