Neva Kumer Pavlović[1]

Čuječnost in soočanje s kontratransferjem v psihoterapiji

Mindfulness and coping with countertransference in psychotherapy

Povzetek

V psihoterapiji je čuječnost v zadnjih nekaj desetletjih postala pomemben del prakse, ki jo psihoterapevti vključujejo v svoje delo. Namen prispevka je osvetliti in priporočiti uporabo čuječnosti pri psihoterapevtih samih kot način skrbi zase in kot pomembno tehniko pri soočanju s kontratransfernimi odzivi na kliente. Pri pregledu študij s področja kontratransferja in čuječnosti so se za pomembne ugotovitve izkazale sledeče: terapevti z redno vadbo čuječnosti razvijajo veščine in sposobnosti, ki jih lahko uporabijo v samem psihoterapevtskem procesu, predvsem pa kot tehnike pri skrbi za svoje zdravje. To so pozornost in prisotnost, odnos, naravnanost in sočutje do samega sebe, empatija in uglašenost s klientom ter uravnavanje čustev in soočanje s kontratransferjem. Slednje je nujno za ohranjanje kakovostnega odnosa ter pozitivni izid terapije in se v veliki meri nanaša na strategije terapevta, s katerimi upravlja (preprečuje ali blaži) svoje odzive na klientove vsebine. Te same po sebi niso nevarne, pa so nepredelane pa so lahko. Pri soočanju s temi vsebinami se je čuječnost izkazala kot zelo učinkovita, saj spodbuja odprt in sprejemajoč odnos do notranje izkušnje in razvoja različnih sposobnosti, kot so vpogled vase, empatija in upravljanje z anksioznostjo. Najpogostejši načini soočanja s kontratransferjem so ozaveščanje, pojasnjevanje in reševanje težav, povezanih z njimi. Ob koncu prispevka je kratko predstavljena še relativno sodobna metoda čuječnosti – čuječno procesiranje (angl. *mindful processing method)*, ki jo predstavimo kot možno tehniko čuječnosti za soočanje in predelavo kontratransferjev.

Ključne besede: kontratransfer, čuječnost, čuječno procesiranje

1 Neva Kumer Pavlović, mag. psih., psihoterapevtka, kumer.neva@gmail.com

Abstract

In psychotherapy over the last few decades mindfulness has become an increasingly important element that psychotherapists incorporate into their work. The purpose of this paper is to illuminate and recommend the use of mindfulness among psychotherapists, as a way of self-care and as an important technique in dealing with countertransference reactions to clients. A review of studies in the field of countertransference and mindfulness showed this important finding: therapists with consistent practice gain abilities and skills that can be applied outside of the psychotherapy process itself as health maintenance strategies. These include being present, empathetic, and client-aware, as well as the control of emotions and the ability to deal with countertransference. The latter is necessary for maintaining a quality therapeutic relationship with patients and achieving desired therapeutic outcomes. It mostly refers to the techniques the therapist uses to control (avoid or ease) personal responses to the client's content. These are not dangerous by themselves, but unprocessed they can be. When dealing with such contents, mindfulness has proven to be particularly effective since it promotes an open and receptive attitude towards inner experience (such as experiencing countertransference) and the development of skills like self-insight, empathy, and anxiety management. The most common ways of dealing with countertransference are in raising awareness, explanation and solving the problems associated with them. In addition to processing and dealing with countertransference, at the end of the paper, we briefly present a relatively modern method – mindful processing method.

Key words: countertransference, mindfulness, mindful processing

Extended abtract

1. Introduction

In recent years there has been an extremely rapid global spread of mindfulness applications. In addition, more academic studies and scientific research have been conducted in this area The number of programmes that employ the use of mindfulness has increased, bringing more and more benefits to psychotherapy. The importance of mindfulness as a means of enhancing self-care, particularly among psychotherapists, is being increasingly emphasised. In this context, self-care entails learning how to perceive and recognise significant content and moments during therapy, coping effectively with countertransference responses, as well as reducing stress and associated problems. Regardless of the therapeutic

orientation, research demonstrates that processing countertransference is one of the most essential aspects that influences the therapeutic relationship and, ultimately, the course and outcome of therapy (Fatter and Hayes, 2013, Kholooci, 2008; Ryan et al., 2012). Unresolved countertransference may negatively affect the therapist's behaviour, which may take the form of avoiding, ignoring, criticising, judging, or rejecting the client (Gelso and Hayes, 2007). This can harm the therapeutic relationship and the outcome of the therapy. Therapists who engage in mindfulness practices are more conscious and can easily and more efficiently take care of themselves (Černetič, 2011). Additionally, mindfulness promotes a receptive and open mindset towards inner experience and the transformation of emotions, physical sensations, and cognitions (Žvelc and Žvelc, 2008). This is the foundation of a relatively recent method called *mindful processing*, which we describe at the end of this paper as a helpful method for coping with countertransference.

2. Mindfulness: main characteristics and applications

Mindfulness is defined as paying attention to the present moment and accepting the present experience without judgement (Černetič, 2005). Its primary concepts are attention, focus, awareness, understanding, freedom, acceptance, and presence (Ditrich, 2015). Other characteristics mentioned by Černetič (2005) include a balanced perspective, metacognition, and self-regulation. With decentred perspective, we train the ability to reduce identification with one's own thoughts and feelings, enabling impartial but active and inclusive observation. Based on this, we can evaluate thoughts (testing their veracity) and deliberately select our responses and behaviour. Individuals can in this way improve their ability to recognise the relationship between thoughts, emotions, and behaviour and properly understand the meaning and patterns of their experiences and behaviour (Bishop et al., 2004). While metacognition allows for the restructuring of dysfunctional beliefs into more effective ones (Wells, 2002; Černetič, 2005), self-regulation is still required for achieving and maintaining mental equilibrium and is an important component of practising mindfulness in addition to a decentred perspective. It enables therapists to detect early symptoms of personal problems in therapy and respond and deal with them appropriately.

According to additional research (Newberg and Iverson, 2003), mindfulness practices have positive effects on people, and as a result, mindfulness programmes have been developed. Today, they incorporate ideas from psychodynamic, cognitive, behavioural, and experiential theories (Martin, 1997), and the following are a few of the best-known: Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al.,

1999); Dialectical Behavioral Therapy (DBT; Linehan, 1993); Mindfulness-based stress reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990); Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT; Segal et al., 2002; Crane, 2009); and Sensimotor Psychotherapy (Ogden and Minton, 2000; Ogden et al., 2006). Mindfulness has been successfully applied in a variety of fields, including therapeutic, organisational, educational, and medical settings.

3. Mindfulness in psychotherapy

Mindfulness benefits both clients and psychotherapists, who can use it to develop abilities and skills for maintaining their psychophysical well-being with regular practice. The most important skills as emphasised by Shapiro and Carlson (2009) are: attention and presence; the therapist's relationship with and attitude towards the client; empathy and attunement to the client; as well as regulating emotions and coping with countertransference. This ability has a significant impact on the therapist-client relationship (improvement in a positive direction) and the therapeutic process, as evidenced by several studies (Jha et al., 2007; McCartney, 2004; Schuer et al., 2008; adapted from Schapiro and Carlson, 2009). Other research has shown that mindfulness training improves self-efficacy (Greason and Cashwell, 2009), psychological flexibility and resilience (Leppma and Young, 2016), cognitive empathy (Fulton and Cashwell, 2015), self-tolerance for experiencing difficult emotions (Christopher and Maris, 2010), and the therapist's ability to concentrate more efficiently on the therapeutic relationship (Shin, 2010). According to Finkelstein-Fox et al. (2018), mindfulness is linked to psychological flexibility and more attentive, emotion-focused coping. Černetič (2011a) further emphasises the value of mindfulness practice for therapists' professional and personal development, easier coping with shortcomings, better establishing and maintaining a therapeutic relationship, reducing stress at work and thus preventing burnout, easier recognition of important content in the therapeutic process, and more effective countertransference management. As demonstrated by Gamel et al. (2004) in a study of the affective symptoms of depression and anxiety, practising mindfulness had a significant impact on lowering rumination as well. A growing body of research on mindfulness and coping with countertransference has been carried out (Fatter and Hayes, 2013; Kholooci, 2008). These topics are crucial to relationships as well as the process and outcomes of therapy (Ryan et. al., 2012). According to Norcross and Wampold (2011), these two are more affected by the therapeutic relationship than specific therapeutic techniques. This point was also made by Hayes et al. (2011).

4. Countertransference in therapy

Our understanding of the concept of countertransference has changed over the years, since the first explanation was provided by Freud (1905, 1926, in Praper, 1999) at the outset of psychoanalysis, followed by a number of further contributions (Gitelson, 1952; Heimann, 1950; Little, 1951; Racker, 1968; Tower, 1956; in Praper, 1999). In this paper, a more comprehensive interpretation of countertransference is presented, that includes all of the therapist's personal contents that were formed during the therapeutic process, the therapist's thoughts and feelings that emerge during role-playing with the client, the therapist's thoughts and feelings that are the opposite of the client's transference, and the client's content that the therapist has physically and mentally adopted. Maroda (2004, 2013) agrees with such a broad definition, that includes all unconscious and conscious responses of the therapist to the client as countertransference.

5. Dealing with countertranference

In the study by Prasko and colleagues (2010), common countertransference contents are presented. These include ambivalence when employing techniques owing to a fear of alienating the client, feelings of guilt or dread in perceiving the client's anger, feelings of inferiority when working with a narcissistic client, feelings of discomfort when working with attractive clients, inability to set boundaries when working with sexually provocative and hostile clients, lengthening of sessions, a lack of assertiveness when setting rules, hesitations while obtaining an appropriate sexual history, feelings of anger with clients making phone calls during the session, and catastrophizing the challenge of the client's hospitalisation. A lot of countertransference content is associated with clients who struggle with abandonment and addictions, as well as clients who are demanding, preoccupied in a sexual sense and have been abused, or deceived. Importantly, unprocessed countertransference has an impact on the therapist's behaviour, which can present itself as avoidance of specific client content, excessive identification with the client's problems, and insufficient recollection of the client's content. The client may also experience the therapist as ignoring, criticising, judging, and rejecting them (Gelso and Hayes, 2007). When coping, it is advised to engage in one's own cognitive restructuring, as well as reflecting and facing one's fears and striking a balance between empathetic involvement and objectivity (Prasko et al., 2010).

In the study by Yeh and Hayes (2011), another important concept was introduced: self-disclosure, which is defined as "a therapist's statement that reveals

something personal about the therapist" (Hill and Knox, 2002, p. 256). According to Henretty and Levitt (2010), 90% of therapists self-disclose during therapy, which has both positive and negative effects on the therapeutic process and outcomes (Barrett and Berman, 2001; Hill and Knox, 2002). Only one study (Myers and Hayes, 2006) looked into countertransference disclosure up to that time. They found that while disclosure did not have a negative effect on a client's perception of the therapist in a positive therapeutic relationship, it did have a negative effect on the client's perception of the therapist in less established relationships.

Countertransference management is a crucial ability. Numerous studies (Hayes, 1995; Latts and Gelso, 1995; Peabody and Gelso, 1982; Robbins and Jolkovski, 1987) have shown how important countertransference coping is. Along with Hayes (1995) and his structural theory of countertransference management, Van Wagoner and colleagues (1991) conducted a study in which categories directly relevant to countertransference management were represented, including self-insight, self-integration, empathy, anxiety management, and conceptualization abilities. These factors differentiate between a "good enough therapist" and an excellent one, and it has been demonstrated that the more of these abilities a therapist possesses, the better the therapeutic outcome (Gelso et al., 2002). These findings appeared to be consistent with other studies (Hill et al., 2007).

Hayes and colleagues (2011) demonstrated how important it is to deal with countertransference content and how empathy, openness, and acceptance of the therapist's feelings are required. Additionally, self-care activities during therapy (such as meditation, rest, leisure reading, and a suitable timetable) can assist in reducing the frequency and severity of countertransference during therapy.

Interesting findings were provided in a study involving art therapy (Kielo, 1991), which showed how art therapists could utilise their artwork to explain countertransference-related challenges. 14 therapists stated that while this technique did not help them directly in accurately identifying countertransference, the artistic expression assisted them in increasing their capacity for empathy and interpreting confusing emotions.

6. Dealing with countertransference in relation to mindfulness

The results of a number of studies in the area of countertransference and mindfulness have confirmed that meditation and meditation-related activities are positively related to all of the following essential factors in managing countertransference: enhanced self-insight and self-integration (Dreifuss, 1990); greater

self-awareness and professional self-insight (Burnbaum, 2008); increased social connectedness and emotional intelligence; with reduced stress and anxiety (Cohen and Miller, 2009); and increased attention to the therapeutic process (Newsome et al., 2006; Schure et al., 2008). The paper by Fatter and Hayes (2013) included meaningful results from several studies. They demonstrated that meditation improves cognitive flexibility (Davidson et al., 2000; Moore and Malinowski, 2009; Siegel, 2007a); assists in the process of self-observation (Cahn and Polich, 2006); fosters emotional regulation (Chambers, et al., 2008; Davidson et al., 2000; Farb, et al., 2010; Ramel et al., 2004); and increases empathy (Lech, 1970; Shapiro et al., 1998). Based on these empirical results, we can draw the conclusion that meditation is highly likely to contribute to the development of countertransference capacity and management skills, including self-insight, empathy, and anxiety management (Fatter and Hayes, 2013).

Fulton (2005) emphasises the importance of the therapist's capacity for tolerance to experiencing intense emotions – affects. With mindfulness training, the therapist can become more receptive to an accepting attitude towards the external experience and thus become a model for learning.

In a qualitative study by Millon and Halewood (2015) with five psychotherapists who utilised mindfulness to deal with countertransference, participants did not observe a significant decrease in the number of countertransference occurrences, but they did form a different attitude towards them as more open and accepting.

The research by Ellis et al. (2018) demonstrated the value of taking action by seeking supervision, counselling, and/or intervision as well as engaging in self-care and self-renewal. In a study with therapists who work with children who have behavioural problems (Guest and Carlson, 2019), they stressed breathing as a crucial component of mindfulness for coping with countertransference.

Kholooci (2019) makes the point, that therapists should be able to recognise the differences between reaction and response, due to client's content. While reactions are "automatic", the response is the result of consideration and the capacity of the therapist to properly process his countertransference. Important skills that are listed here are: paying attention to and awareness of one's thoughts, feelings and emotions; differentitating feelings; tolerating discomfort and accepting internal and external experiences. Through mindfulness practice, therapists learn exactly what to do when countertransference occurs and exactly how to deal with it – to observe and be aware of internal and external experiences without judgment and to adjust their responses. Kabat-Zinn (2003) warns how an "untrained mind" can harm therapy in a way that creates distress and resentment during therapy as a result of not recognising and dealing with their countertransference properly.

Hayes et al. (2015) investigated the countertransference responses of older psychotherapists, who reported both stronger and weaker connections to their clients. They attributed stronger connections to clients, with whom they felt more pleasant emotions, while weaker connections seemed to be the consequence of feeling more unpleasant emotions with their clients. In their study they found that being aware of one's emotional reactions, which the therapist separated from their behavioural response, contributed to a better therapeutic outcome. Self-awareness and emotional regulation promote more successful psychotherapy outomes (Baylock, 2019). The latter are important components of mindulness, and from this, we can conclude, that mindfulness can help in dealing with countertransference responses.

7. Dealing with countertransference and mindful processing

In addition to coping with countertransference, in the last chapter we mention the mindful processing method, which is relatively new being founded by Žvelc and Žvelc (2008, 2021). It refers to the processing of emotional and physical experiences through mindful awareness and this could be a key method for resolving countertransference. Mindful processing involves awareness and acceptance of one's inner experiences. In it, two important processes take place – internal and external contact. An important goal or result of these processes is for the client to offer themself compassion, understanding, kindness and acceptance during internal contact. With external contact, the description of the experience that the client shares with the therapist is essential, even though it can be very disturbing and painful. Even highly experienced therapists are affected by their client's emotions (Rothschild and Rand, 2006) and as result, mindful processing of responses can prevent burnout and reduce the empathic distress associated with the therapist's work. At the same time, it enables increased presence in the therapeutic process and as a result, better quality work (Klimecki and Singer, 2012).

8. Discussion and conclusion

The topic of mindfulness has been the subject of much research. However, there are still unanswered concerns regarding how psychotherapists might be better supported and given methods of handling countertransference responses. This is essential to the psychotherapy process as well as for the therapists' personal lives. Since it is impossible to halt the flow of empathy, with which we typically

participate in the experiential world of another, it is also impossible to halt the client's influence on the therapist. The therapist's unprocessed content (such as unpleasant feelings, thoughts, and inappropriate behaviour) can have an impact on the line between empathy and empathic distress (Klimecki, 2019), which can appear as inappropriate behaviour or even result in burnout. Mindfulness is a powerful strategy for processing and coping with unpleasant emotional content. Practising mindfulness helps us to become more present in the moment and more self-aware, which creates a more receptive setting for both the client's and, more crucially, the therapist's emotions. As already noted by Millon and Halewood (2015), there is comparatively little research on experiencing countertransference in comparison to its theoretical background, understanding, and content. Future research is required to focus on the experience of countertransference, but in the meantime, mindfulness is recognised as the most efficient method for comprehending and accepting its content. A review of studies revealed positive effects from incorporating mindfulness into therapy. In the Slovenian area, it would be necessary to incorporate mindfulness into the therapist's training for all therapeutic approaches, as unprocessed countertransference has the same consequences in therapy regardless of the therapeutic orientation. Self-care should start far earlier in the training process than it does at present.

1. Uvod

Uporaba čuječnosti (*angl. mindfulness*) se je v zadnjih letih izredno hitro razširila po celotnem svetu. Najdemo jo lahko v različnih kulturah, najbolj pa je povezana s kitajsko in indijsko. V zahodno znanost je vstopila prek budizma, njena uporaba pa je vidna na različnih področjih (npr. različne psihoterapevtske šole in druga področja, pri katerih je v ospredju delo z ljudmi) (Ditrich, 2015).

V zadnjih letih je zaradi velikega zanimanja naraslo število strokovnih študij in znanstvenih raziskav na tem področju. Z naraščajočim številom raziskav se je v zadnjih desetletjih povečalo tudi število programov za izvajanje čuječnosti, ki so skozi čas v psihoterapijo prinašali vedno več dobrobiti, saj učijo o tehnikah in metodah, ki lajšajo duševne stiske in pomagajo pri zdravljenju duševnih motenj. Vedno bolj se poudarja, da je čuječnost koristna in zaželena tudi med psihoterapevti, ki z njeno uporabo lažje poskrbijo zase. V tem kontekstu skrb zase pomeni razvijanje veščin za zaznavanje in prepoznavanje pomembnih vsebin in trenutkov med terapijo. Hkrati pa pomeni tudi uspešno soočanje s kontratransfernimi odzivi kot tudi zniževanje stresa in z njim povezanih težav. Raziskave kažejo, da je predelovanje kontratransferjev en izmed pomembnejših dejavnikov, ki vpliva na terapevtski odnos in posledično izid terapije, ne glede na terapevtsko usmeritev (Fatter in Hayes, 2013; Kholooci, 2008; Ryan idr., 2012). Nerešeni kontratransferji lahko vplivajo negativno na terapevtovo vedenje, ki se lahko pokaže kot izogibanje, ignoriranje, kritiziranje, obsojanje ali zavračanje klienta (Gelso in Hayes, 2007), kar lahko vodi v slabši terapevtski odnos in izid terapije.

Čuječnost se je izkazala za učinkovito na področju samozavedanja, ozaveščanja, sprejemanja in soočanja z neprijetnimi čustvenimi vsebinami, ki so pogosto posledica nerešenih kontratransferjev. Čuječni terapevti naj bi lažje in učinkoviteje skrbeli zase (Černetič, 2011), saj čuječnost ponuja odprt in sprejemajoč odnos do notranje izkušnje kot tudi predelavo in preoblikovanje čustev, telesnih občutkov in spoznanj (Žvelc in Žvelc, 2008). To ponuja tudi metoda čuječnega procesiranja (Žvelc in Žvelc, 2021), o kateri v slovenskem prostoru prva pišeta Žvelc in Žvelc (2008), zaradi česar jo omenjam kot možno metodo pri soočanju s kontratransferjem.

Namen prispevka je ozaveščanje in priporočilo za večjo uporabo čuječnosti pri samih psihoterapevtih in pregled raziskav s področja ozaveščanja in soočanja s kontratransferjem v povezavi z uporabo čuječnosti. Cilj je predstaviti raziskave, ki podpirajo ali odkrivajo povezanost kontratrasferja s čuječnostjo in hkrati predstavljajo primer dobre prakse njene uporabe pri soočanju s kontratrasferjem. Tehnike čuječnosti so se že izkazale kot učinkovite pri delu z ljudmi, sedaj pa

smo bolje raziskali še področje predelave kontratransferja. Literaturo smo iskali v znanstvenih bazah, kjer smo se osredotočili na čim novejše raziskave. Med pomembnejše spadajo raziskave s področja soočanja s kontratrasferjem v psihoterapiji in čuječnosti v psihoterapiji. Izločili smo tiste, ki so potekale pri svetovalcih, psihoterapevtih, kliničnih psihologih in tiste, katerih rezultati so bolj jasno kazali povezanost kontratransferja s čuječnostjo. Dodali smo še del literature o čuječnem procesiranju, ki se vse bolj pojavlja tudi v svetovni literaturi.

2. Čuječnost – glavne značilnosti in uporaba

V grobem je čuječnost pozornost, usmerjena na sedanji trenutek in nepresojajoče sprejemanje sedanjega doživljanja (Černetič, 2005). Je nasprotna izogibanju doživljanju (Hayes idr., 1996), ki je prisotno kot pogost simptom duševnih motenj ali povod zanje. Ta značilnost se pomembno odraža na področjih psihoterapije in klinične psihologije, predvsem na razumevanju psihopatologije. Marcks in Woods (2005) sta dodala, da izogibanje v obliki potlačitve čustev vodi k le še večji čustveni stiski, nasprotno temu pa sprejemanje – kot pomemben element čuječnosti – stisko olajša.

Černetič (2005) predstavi druge pomembne značilnosti oziroma elemente – *decentrirano perspektivo, metakognicijo* in *samoregulacijo*. *Decentrirana perspektiva* pomeni opazovanje zunanjih in notranjih dogodkov s perspektive nepristranskega opazovalca in zmožnost postavitve v tako imenovani opazujoči jaz (Deikman, 1982, v Marlatt in Kristeller, 1999). Z decentrirano perspektivo urimo sposobnost zmanjšanja identifikacije z lastnimi mislimi in čustvi, kar omogoča nepristransko, a aktivno in vključujoče opazovanje. Čuječnost vključuje tudi *metakognicijo – metakognitivno mišljenje*, ki zajema procese, s katerimi dosegamo decentrirano perspektivo. V grobem to pomeni, da lahko misli vrednotimo preko opazovanja (preizkušamo njihovo resničnost) ter načrtno izbiramo odzivanje in na svoja vedenja. Teasdale in sodelavci (2002) so ugotovili, da lahko posamezniki z metakognitivnim mišljenjem doživljajo negativno ocenjene misli in čustva kot mentalne dogodke in ne kot del jaza (niso zliti s svojimi mislimi in čustvi). Na podlagi tega lahko sklepamo, da imajo čuječni posamezniki večjo zmožnost uvida v povezavo med mislimi, čustvi in vedenjem ter učinkoviteje prepoznavajo pomene in vzorce svojega doživljanja in vedenja (Bishop idr., 2004). Metakognitivni način omogoča tudi prestrukturiranje nefunkcionalnih prepričanj v bolj funkcionalne (Wells, 2002, v Černetič, 2005). *Metakognicija* omogoča tudi *samoregulacijo*, ki – kot tretji element čuječnosti – omogoča povratne zveze med duševnimi vsebinami in vedenjem. Shapiro in drugi (1998) menijo, »da je samoregulacija bistveni mehanizem, s katerim se učinkovito dosega spremembe

na področju duševnega in telesnega zdravja« (Černetič, 2005, str. 8). S tehnikami čuječnosti lahko identificiramo probleme z decentrirane perspektive in jih rešujemo s pomočjo samoregulacije, lažje in bolj učinkovito pa prepoznavamo in uporabimo tudi alternativne načine njihovega reševanja. Samoregulacija je nujno potrebna za iskanje, predvsem pa ohranjanje ravnovesja med lastnimi duševnimi procesi. Terapevti lahko s samoregulacijo pravočasno prepoznajo zgodnje znake lastnih težav in se nanje ustrezno odzovejo.

Decentrirana perspektiva in samoregulacija imata pri izvajanju čuječnosti pomembni vlogi. Z njima razvijamo sposobnosti opazovanja zunanjih in notranjih dogodkov s perspektive nepristranskega opazovalca (npr. samoopazovanje), kar omogoča bolj učinkovit način prestrukturiranja prepričanj ter razvoja novih načrtov, vedenj in načinov razmišljanja.

Izvajanje čuječnosti se odraža na telesu oziroma psihofizičnem zdravju, recimo pri čuječnostni meditaciji se poviša raven hormona melatonina, ki je povezan z različnimi biološkimi funkcijami (Massion idr., 1995). Med meditacijo se pojavijo nevrofiziološki učinki, ki so povezani z avtonomnimi in hormonalnimi spremembami, odražajo pa se tudi v nevrokemičnih spremembah (predvsem v primerih GABA, norepinefrina in serotonina) (Newberg in Iversen, 2003). Raziskave podpirajo pozitivne učinke vadbe čuječnosti na posameznika. Na podlagi tovrstnih ugotovitev so se začeli razvijati programi čuječnosti, ki danes vključujejo vsebine iz kognitivnih, vedenjskih, izkustvenih in psihodinamskih teorij (Martin, 1997). Ob tem naštevam nekaj najbolj znanih programov, ki vsebujejo koncepte čuječnosti: Na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa (*angl. MBSR – Mindfulness-based Stress Reduction*, Kabat-Zinn, 1990, 2003), Čuječnostna kognitivna terapija (*angl. MBCT – Mindfulness-based cognitive therapy*; Segal idr., 2002, Crane, 2009), Terapija sprejemanja in predanosti (*angl. ACT – Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes idr., 1999), Dialektična vedenjska terapija (*angl. DBT – Dialectical behavioral therapy*; Linehan, 1993) in Senzomotorična psihoterapija (*angl. Sensorimotor psychotherapy*; Ogden in Minton, 2000; Ogden idr., 2006).

Čuječnost se učinkovito uporablja na več področjih, o čemer pričajo študije na področjih anksioznosti (npr. Miller idr., 1995; Roomer in Orsillo, 2002; Suigiure, 2004), depresije (Ma in Teasdale, 2004; Teasdale, 1999a; Teasdale idr., 1995; Teasdale idr., 2000), zlorabe substanc (Curtis Breslin idr., 2002; Kavanagh idr., 2004), kompulzivnega prenajedanja (Telch idr., 2001) ter mejne osebnostne motnje v psihoterapiji (Simpson idr., 1998). Za osebe s psihozami so pomembni rezultati študij merjenja učinkovitosti terapije sprejemanja in predanosti (Bach in Hayes, 2002). Učinkovitost čuječnosti kažejo tudi študije, izvedene na osebah z multiplo sklerozo (Mills in Allen, 2000) ter pri motnjah

pozornosti in hiperaktivnosti (Hesslinger idr., 2002), blagi mentalni retardaciji (Singh idr., 2004), izboljševanju partnerskih odnosov (Carson idr., 2004), otrocih (Ott, 2002), starostnikih (McBee, 2003), delu učiteljev (Napoli, 2004), zdravnikih (Epstein, 2003a, 2003b) in drugod.

3. Čuječnost v psihoterapiji

V psihoterapiji čuječnost ni namenjena le klientom, temveč tudi psihoterapevtom. Z redno vadbo čuječnosti terapevt razvija veščine in sposobnosti, ki jih lahko uporabi v samem psihoterapevtskem procesu, kot tehniko pa jo lahko uporabi tudi pri skrbi za svoje psihofizično zdravje. Shapiro in Carlson (2009) sta navedla najpomembnejše veščine: pozornost in prisotnost, terapevtov odnos in naravnanost, sočutje terapevta do samega sebe in uglašenost, empatijo in uglašenost terapevta s klientom ter uravnavanje čustev in soočanje s kontratransferjem.

Naštete sposobnosti pomembno vplivajo na odnos med terapevtom in klientom (ga v pozitivni smeri izboljšujejo) ter potek samega procesa, kar potrjujejo tudi mnoge študije (Jha idr., 2007; McCartney, 2004; Schuer idr., 2008; povzemanje literature po Shapiro in Carlson, 2009). Nekatere druge študije kažejo, da vadba čuječnosti zvišuje kognitivno empatijo (Fulton in Cashwell, 2015), psihološko fleksibilnost in odpornost (*angl. resilience*) (Leppma in Young, 2016), samoučinkovitost (Greason in Cashwell, 2009), izboljšuje toleranco za doživljanje težjih čustev (Christopher in Maris, 2010) ter pomaga terapevtu pri boljši osredotočenosti na terapevtski odnos (Shin, 2010). Finkelstein-Fox in sodelavci (2018) trdijo, da je čuječnost povezana z bolj čuječnim, k čustvom usmerjenim spoprijemanjem s situacijami in psihološko fleksibilnostjo. Černetič (2011) piše o pomembnosti prakticiranja čuječnosti terapevta, ki naj bi pripomogla k njegovemu strokovnemu in osebnostnemu razvoju, lažjemu soočanju z lastnimi pomanjkljivostmi, boljšemu vzpostavljanju in ohranjanju terapevtskega odnosa, zmanjševanju stresa pri delu in posledično preprečevanju izgorelosti, lažjemu prepoznavanju pomembnih vsebin v terapevtskem procesu ter učinkovitejšemu upravljanju s kontratransferjem. Izvajanje čuječnosti pomembno vpliva na zmanjšanje ruminacij (tuhtajočega mišljenja), kar so Ramel in sodelavci (2004) potrdili v svoji raziskavi afektivnih simptomov depresivnosti in anksioznosti.

Pomen čuječnosti v psihoterapevtskem delu se kaže predvsem v smeri spoznavanja človekovih sposobnosti in prepoznavanja njegovih disfunkcionalnih misli, prepričanj in vedenj. Študija Kutza in sodelavcev (1985) je pokazala, da posameznik med meditacijo doživi izkušnje na podlagi delovanja primarnega procesa mišljenja. To pomeni, da se poveča zaznavanje objektov v njihovih

prvotnih značilnostih, takšnih, kakršni so, in ne zgolj v funkciji, ki jo ti objekti predstavljajo (kar se priučimo skozi življenje). Ta način mišljenja ponuja osvoboditev od sodb in umik od različnih kategorij izkušenj, čigar pomena smo se izkrivljeno naučili v času življenja in s tem povzročili dodatno trpljenje v določenih neprijetnih izkušnjah. Psihoterapevti lahko ta dognanja izkoristijo sebi v korist, tako da spremenijo lastna nefunkcionalna prepričanja iz preteklosti in se naučijo blažiti trpljenje v neprijetnih izkušnjah s klienti.

Danes se pojavlja vedno več raziskav na področju čuječnosti in njenih učinkov ob soočanju in predelovanju kontratransferja (Fatter in Hayes, 2013; Kholooci, 2008), ki igra pomembno vlogo pri odnosu med psihoterapevtom in klientom (Ryan idr., 2012) ter pri samem poteku in izidu psihoterapije. To, da odnos bolj vpliva na izzid terapije kot posamezne specifične terapevtske tehnike, pa so že poudarili Hayes in sodelavci (2011) v svoji študiji.

4. Razumevanje kontratransferja v psihoterapiji

Razumevanje pojma kontratransferja se je skozi zgodovino spreminjalo. Prvi ga je definiral Freud (1905, 1926, v Praper, 1999) ob začetku pojava psihoanalize, kasneje pa so k tej prispevale še druge razlage (Gitelson, 1952; Heimann, 1950; Little, 1951; Racker, 1968; Tower, 1956, v Praper, 1999) in drugi. V času prvih psihodinamskih teorij je bil kontratransfer predstavljen in razumljen kot nezavedni spolni, agresivni impulz in način obrambe psihoterapevta, ki predstavlja odziv na interakcijo z notranjim dogajanjem klienta. Gre za reakcijo na transferno vsebino klienta/pacienta, ki je infantilna (iz zgodnjih oziroma manj zrelih razvojnih obdobij). Freud je zaznal kontratransferne reakcije v terapevtskem procesu kot nevarnost, saj so bile po njegovem mnenju rezultat pacientovega vpliva na terapevtovo nezavedno doživljanje in čustvovanje. Reich (1951, v Walrond-Skinner, 1987) je kasneje klasični pomen kontratransferja razširil na vse nezavedne težnje in konflikte v terapevtskem procesu. Na tej osnovi lahko o kontratransferju govorimo kot o celoti terapevtovih nezavednih reakcij do posameznika.

Razlaga kontratransferja je v zadnjih desetletjih krenila v tri smeri: prva izhaja iz Freudovega koncepta o nezavednem, druga – bolj obširna – se nanaša na vse nezavedne in zavedne vsebine terapevta, in tretja, ki kontratransfer dojema z bolj »zmerne perspektive« razmišljanja in ga označi kot tiste vsebine, ki slonijo na nerazrešenih notranjih konfliktih terapevta. V zadnjih 20. letih lahko v literaturi največ razlag najdemo v povezavi z »zmerno perspektivo« (Rosenberg in Hayes, 2002). Za lažje razumevanje so zgornje vsebine prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1

Soočanje s kontratransferjem v psihoterapiji in čuječnost

Pristop razlage definicije	Zagovorniki	Temeljna načela	Izid/posledice
Klasični	Freud, 1910/1959 Reich, 1951 Stern, 1924	Analitikovi nezavedni, nevrotični odzivi na klientov transfer.	Kontraterapevtski; kontratransfernim odzivom se je potrebno izogniti, jih premoščati (premagovati) za vsako ceno.
Totalistični	Fromm-Reichmann, 1950 Heimann, 1950 Kiesler, 1982 Little, 1951	Vsi nezavedni in zavestni, nevrotični in realni odzivi kot odgovor na klientov transfer ali druge vsebine; vsi terapevtovi občutki in izkušnje ob klientu.	Kontratransfer ni nujno škodljiv, ob zavedanju ponuja številne možnosti za boljši uvid v odnos med klientom in terapevtom.
Zmerni	Berman 1949 Blanck in Blanck, 1979 Gelso in Carter, 1985 Gelso in Hayes, 1998 Ginter in Bonney, 1993 Langs, 1974	Terapevtovi odzivi kot skupek realnih in transfernih odzivov; izvirajo iz terapevtovih nerešenih konfliktov.	Nepredelani kontratransferni odzivi lahko imajo negativni vpliv na proces in izid terapije; terapevtovo zavedanje o kontratransferju omogoča kritični vpogled v pomembno dinamiko med klientom in terapevtom.

V prispevku uporabljam razlago kontratransferja z bolj obširne (''totalistične'') perspektive: vse osebne vsebine terapevta, ki so se vzpostavile med terapevtskim procesom; misli in čustva terapevta, ki se pojavijo ob igranju vlog s klientom; misli in čustva terapevta, ki so odziv na klientov transfer; klientove vsebine, ki jih je terapevt prevzel nase – fizično in psihično. Tako široko definicijo podpre tudi Maroda (2004, 2013), ki v kontratransfer vključi vse terapevtove nezavedne in zavedne odzive na klienta. Vendar pa kontratransfer sam po sebi ni patološke narave, temveč je neizogiben sestavni del terapevtskega procesa (Praper, 1999). Čeprav lahko v primeru neustrezne predelave negativno vpliva na terapevta, ponuja zelo pomembne informacije za korenitejše spremembe v procesu terapije (Gelso in Carter, 1994; Gorkin, 1987, v Berzoff in Kita, 2010).

5. Soočanje s kontratransferjem

Soočanje s kontratransfernimi vsebinami je zelo pomembno za terapevta, klienta in sam proces terapije. Prasko in sodelavci (2010) so raziskovali kontratransferne reakcije v vedenjsko-kognitivni terapiji, kjer navajajo pogoste kontratransferne vsebine: ambivalentnost pri uporabi tehnik zaradi strahu pred odtujenostjo od klienta, občutki krivde ali strahu zaradi jeze klienta, občutki manjvrednosti pri delu z narcisističnim klientom, občutki neprijetnosti pri delu s privlačnimi klienti, nezmožnost postavljanja meja pri delu s spolno provokativnimi in sovražno naravnanimi klienti, podaljševanje srečanj, pomanjkanje asertivnosti pri postavljanju pravil, zadržki pri zbiranju ustrezne spolne anamneze, občutki jeze ob klientih, ki opravljajo telefonske klice med srečanjem, katastrofiziranje izziva hospitalizacije klienta. Precej kontratransfernih vsebin je povezanih s klienti, ki imajo težave z zapustitvijo in odvisnostmi, ter s klienti, ki so zahtevni, čutijo obremenjenost na seksualnem področju, so zlorabljeni in izdani. Vedenjsko-kognitivna terapija ponuja dobro razlago kognitivnega vidika kontratransferja, ki ga terapevti pri sebi prepoznajo v obliki misli (ki so sicer bolj miselne napake kot realnost): »Ta pacient je histeričen« (označevanje); »Nikoli ne bo boljše« (napovedovanje prihodnosti); »Nič ni napredoval« (črno-belo mišljenje); »Ne bo mu uspelo« (posploševanje) itd. (Prasko idr., 2010).

Nepredelani kontratransferji vplivajo na terapevtovo vedenje, ki se lahko kaže kot izogibanje določenim vsebinam, pomembnim za klienta, pretirana identifikacija s klientovimi težavami in neustrezen priklic klientovih vsebin. Lahko se kaže tudi kot terapevtovo ignoriranje, kritiziranje, obsojanje in zavračanje klienta (Gelso in Hayes, 2007).

V vedenjsko-kognitivni terapiji poudarjajo samozavedanje in samospremljanje kot pomembni strategiji soočanja s kontratransferjem. Terapevt naj bi se zavedal naslednjih vsebin: strahu ali pretiranega veselja ob pričakovanju terapije, izjemno močnih sovražnih ali ljubezenskih občutkov do klienta, želje po predhodnem zaključevanju ali podaljševanju terapij, močne želje po prekinitvi procesa terapije. Pri prvem koraku je pomembno prepoznavanje močnih negativnih ali pozitivnih občutkov ob klientu, pri drugem pa iskanje konzultacije ali supervizije, kjer imajo terapevti možnost nasloviti težave. Terapevt naj bi poznal ali pa vsaj predvideval, na katerem osebnem življenjskem področju ima sam težave in pretehtal, kako se te lahko pokažejo pri odnosu s klientom. Pri soočanju je priporočena lastna kognitivna restrukturacija (spreminjanje in rahljanje pomembnih kognitivnih vsebin, npr. misli, povezanih s problemom), soočanje in izpostavljanje lastnim strahovom – sploh v povezavi z delanjem napak in neuspehom v terapevtskem procesu –, čim manj obsojanja klientov na

podlagi diagnoz (npr. pri osebnostnih motnjah, hipohondriji, somatoformnih motnjah) in ravnovesje med empatično vključenostjo in objektivnostjo (Prasko idr., 2010).

Soočanje s kontratransferjem se v veliki meri nanaša na strategije terapevta, s katerimi preprečuje ali blaži svoje odzive na transferne vsebine klienta (npr. sprožilne dogodke v terapiji). Obstaja pa še en zelo pomemben vidik soočanja, ki se v literaturi manj omenja. To poudarita Yeh in Hayes (2011) v svojem prispevku, kjer raziskujeta *samorazkrivanje*. Samorazkrivanje je pomembno z vidika soočanja s kontratransferjem pri sami terapiji, saj nudi priložnost seznanitve klienta s tem pojavom, s čimer pridobimo pomembne informacije za nadaljnji proces in cilje terapije. V literaturi je samorazkrivanje (tudi samorazkritje) opredeljeno kot »terapevtova izjava, ki razkriva nekaj osebnega o terapevtu« (Hill in Knox, 2002, str. 256). Raziskave kažejo, da se terapevti v 90 odstotkih odločajo za samorazkrivanje v terapiji (Henretty in Levitt, 2010) ter da ima tako pozitivne kot negativne posledice na proces in izid terapije (Barrett in Berman, 2001; Hill in Knox, 2002). Dosedanje raziskave so ponudile omejene informacije o vsebini samorazkrivanja (Gorkin, 1987). Yeh in Hayes (2011) do svojega prispevka beležita le eno objavljeno študijo, ki je raziskovala razkritje kontratransferja, v kateri sta Myers in Hayes (2006) ugotovila, da v dobrem terapevtskem odnosu razkritje ni vplivalo na klientovo dojemanje terapevta, medtem ko v slabše vzpostavljenem odnosu je – tam so klienti terapevta doživeli kot manj strokovnega, terapija pa je bila označena kot bolj plitka (v primerjavi s tistimi terapijami, kjer ni bilo nobenega razkritja). Študija je pokazala, da so bili terapevti, ki so razkrili razmeroma razrešen kontratransfer, videni kot bolj zaupanja vredni in v tej luči bolj privlačni ter na splošno boljši pri zagotavljanju upanja kot terapevti, ki so razkrili nerazrešen kontratransfer.

Pomembno je poudariti, da je Hayes (1995) razvil v literaturi pogosto omenjano strukturno teorijo o kontratransferju, ki lahko služi kot model za raziskovanje in razumevanje tega pojava. Hayes trdi, da lahko kontratransfer umestimo v 5 kategorij – po izvoru (angl. origins), sprožilcih (angl. triggers), manifestacijah (angl. manifestations), učinkih (angl. effects) in upravljanju (angl. management). Pri tem se izvori nanašajo na področja nerešenih konfliktov terapevta, sprožilci pa so dejanski dogodki med terapijo, ki se dotaknejo ali izvabijo nerešene težave terapevta. Ko sprožilci delujejo na te vsebine, terapevt izkusi kognitivne, čustvene in vedenjske reakcije ali manifestacije. Učinki se pokažejo kot naknadni rezultati manifestacij kontratransferja, ki vplivajo na kakovost terapevtskega procesa in izida. Upravljanje pa se izvaja s pomočjo terapevtovih strategij za soočanje in upravljanje kontratransferja. Pri tem je več raziskav pokazalo, da zavedanje lastnih čustev (Latts in Gelso, 1995; Peabody in Gelso, 1982; Robbins

in Jolkovski, 1987), upravljanje s tesnobo in samovključevanje v terapiji (npr. dovoliti, da terapevtske vsebine vplivajo na nas in da smo aktivni v terapiji) igrajo pomembno vlogo pri soočanju s kontratransferjem (Gelso idr., 1995; Van Wagoner idr., 1991). Čeprav Hayesova kategorizacija ponuja bolj strukturni okvir kot tehnike, lahko pomaga terapevtu prepoznati kontratransfer in bolj sistematično usmerjati soočanje z njim (Rosenberg in Hayes, 2002).

Predlagane so bile tudi kategorije, ki se neposredno nanašajo na upravljanje s kontratransferjem (Van Wagoner idr., 1991) in so se v literaturi izkazale za zelo pomembne in uporabne: vpogled v sebe (angl. self-insight), samointegracija (angl. self-integration), empatija (angl. empathy), upravljanje s tesnobo (angl. anxiety management) in sposobnosti konceptualizacije (angl. conceptualisation abilities). Vpogled v sebe je stopnja zavedanja lastnih misli, občutkov, čustev in vedenja ter njihovega izvora. Samointegracija se nanaša na terapevtovo zmožnost razlikovanja sebe od drugih in postavljanja prioritet, kot je npr. postavljanje klientovih potreb pred svoje. Hkrati pomeni tudi terapevtovo odgovornost do sebe v smislu ohranjanja stabilne, koherentne identitete in psihološkega zdravja. Empatija zajema tako kognitivno kot čustveno razumevanje klientov. Upravljanje s tesnobo se nanaša na stopnjo sposobnosti terapevta, da doživlja tesnobo v terapiji kot stanje, medtem ko doživljanje splošne anksioznosti pripiše lastnim značilnostim. Sposobnosti konceptualizacije se nanašajo na stopnjo, na kateri terapevt izkaže zmožnost abstraktnega mišljenja o dinamiki med njim in klientom. Študija Van Wagonerja idr. (1991) je pokazala, da ti dejavniki ločujejo zgolj dobre terapevte od odličnih in da več kot je teh dejavnikov prisotnih že v procesu treninga, boljše terapevtske izide lahko pričakujemo (Gelso idr., 2002). Te ugotovitve so se izkazale kot podobne ugotovitvam drugih študij, ki so razkrile, da se terapevti začetniki pogosteje soočajo z močnejšimi čustvenimi odzivi do svojih klientov (Hill idr., 2007). Van Wagoner idr. (1991) so na podlagi študije razvili tudi vprašalnik, ki so ga poimenovali Vprašalnik faktorjev kontratransferja (CFI – Countertransference Factors Inventory) in se ga uporablja za merjenje teh dejavnikov. Za več informacij o študijah teh dejavnikov predlagam branje doktorske disertacije Kelly Marie Zanetich (2012).

Hayes in sodelavci (2011) so v svoji metaanalizi raziskovali povezanost med upravljanjem kontratransferja in izidi terapije. Pregledali so študije, ki obravnavajo učinke kontratransferja na izid terapije in študije, ki razlagajo o tem, ali upravljanje kontratransferja znižuje dejanske kontratransferne odzive. Ugotovili so, da je zelo pomembno, da se terapevt sooči s kontratransfernimi vsebinami, saj lahko te pomagajo pri sami terapiji. Več študij je pokazalo na pomembno vlogo empatije pri odprtosti in sprejemanju občutkov terapevtov pri kontratransferju (Baehr, 2004; Peabody in Gelso, 1982). Študije so med

drugim pokazale, da terapevtova skrb zase med srečanji, kot so npr. meditacija, počitek, branje za užitek in ustrezen urnik (nenasičen s klienti), pomaga pri zmanjševanju pojavljanja in intenzitete kontratransfernih odzivov med samo terapijo. Teoretično poznavanje, razumevanje in ozaveščanje kontratransferja se je izkazalo kot pomembno pri njegovem upravljanju. V metaanalizi so navedli tudi študije, v katerih so s CFI vprašalnikom (Van Wagoner idr., 1991) kvantitativno merili sposobnost upravljanja s kontratransferjem pri terapevtih in njihovimi supervizorji. Terapevte, ki so bili pozitivno ocenjeni pri vseh petih CFI dejavnikih, so klienti doživljali kot boljše v primerjavi s povprečno ocenjenimi terapevti, kar je ugotovila že Latts (1996). Avtorji poročajo, da kvantitativne študije s svojimi rezultati obetajo veliko, dodajo pa še ugotovitve kvalitativnih študij, ki vse nakazujejo pomembnost upravljanja s kontratransferjem v povezavi s terapevtovo presojo (Baehr, 2004; Gelso idr., 1999, Hayes idr., 1998; Hill idr., 1996; Williams idr., 1997).

Soočanje s kontratransferjem so raziskovali tudi v terapiji z umetnostjo (angl. *art therapy*). 14 umetnostnih terapevtov je po srečanjih s klienti risalo z namenom, da bi uporabili to umetnost za razvijanje empatije, pojasnjevanje čustev, raziskovanje nezavednega, razlikovanje čustev in raziskovanje terapevtskega odnosa. Poročali so, da jim ta tehnika sicer ni neposredno pomagala pri natančni identifikaciji kontratransferja, jim je pa umetniško izražanje pomagalo pri razvijanju zmožnosti za empatijo in pri pojasnjevanju in interpretaciji nejasnih občutkov (Kielo, 1991). Robbins (1987) in Wolf (1985) sta predlagala, da bi umetnostni terapevti svoja umetniška dela uporabili pri pojasnjevanju s kontratransferjem povezanih težav, npr. da bi se preko lastne umetnosti lažje identificirali in povezali s klientovimi simboli in izkušnjami.

6. Soočanje s kontratransferjem v povezavi s čuječnostjo

Na področju meditacije in čuječnosti sta Fatter in Hayes (2013) raziskovala meditacijo ter z njo povezane konstrukte. Študije so pokazale, da so meditacija in z njo povezane dejavnosti pozitivno povezane s povečanjem vpogleda vase in samointegracijo (Dreifuss, 1990), s povečanjem samozavedanja in profesionalnega vpogleda vase (Birnbaum, 2008), povečano socialno povezanostjo in čustveno inteligentnostjo, z nižanjem stresa in anksioznosti (Cohen in Miller, 2009) ter s povečano pozornostjo med terapevtskim procesom (Newsome idr., 2006; Schure idr., 2008). Vse to so zelo pomembni dejavniki pri upravljanju s kontratransferjem. Druge pomembne študije kažejo, da meditacija pomaga pri čustveni regulaciji (Chambers idr., 2008; Davidson idr., 2000; Farb idr., 2010;

Ramel idr., 2004), krepi kognitivno fleksibilnost (Davidson idr., 2000; Moore in Malinowski, 2009; Siegel, 2007), pomaga pri procesu samoopazovanja (Cahn in Polich, 2006), povečuje empatijo (Lesh, 1970; Shapiro idr., 1998) in razne druge sposobnosti. Na podlagi teh empiričnih ugotovitev lahko sklenemo, da zelo verjetno meditacija pomaga tudi pri razvijanju zmožnosti in sposobnosti za upravljanje s kontratransferjem, kot so npr. vpogled vase, empatija in upravljanje z anksioznostjo.

Fulton (2005) poudarja pomembnost terapevtove kapacitete za toleranco do doživljanja intenzivnih čustev – afektov. Po njegovem mnenju terapevti, ki tega ne zmorejo, ne morejo učinkovito delati s klienti in se vzdržati doživljanja njihovih izkušenj. S treningom čuječnosti je lahko pri tem terapevt bolj dovzeten za sprejemajoč odnos do zunanje izkušnje (izkušnje klienta) ter s tem postane model za učenje.

V kvalitativni študiji (Millon in Halewood, 2015) s 5. psihoterapevti, ki so pri soočanju s kontratransferji uporabili čuječnost, so skozi analizo podatkov po utemeljeni teoriji opredelili 5 kategorij, ki označujejo čuječno izkušnjo doživljanja kontratransferja. Glavna (kot nadpomenka drugim) je *globlja povezanost s klienti skozi čuječen odnos do kontratransfernega odziva*. Prva je *opazovanje in neidentifikacija,* druga *razvijanje čutečega radovednega pristopa*, tretja *zadržanje težjih čustev*, četrta *biti prisoten v sedanjem trenutku* in peta *poglobitev terapevtskega odnosa*. Pomembno je omeniti, da so te kategorije v medsebojnem razmerju, pri čemer prve tri vodijo v četrto, ta pa vodi v peto. Te ugotovitve se ujemajo tudi s splošnimi koncepti čuječnosti (npr. opazovanje, neidentifikacija, prisotnost in čustvena regulacija) (Kabat-Zinn, 1990). Udeleženci v tej študiji niso poročali o dejanskem zmanjšanju frekvence pojavljanja kontratransferja v terapiji, so pa do nje razvili drugačen odnos in jo doživeli bolj odprto in sprejemajoče. To lahko do neke mere potrdi pričakovanja iz prej omenjene študije Fattera in Hayesa (2013), ki navaja, da prakticiranje čuječnosti v določenem obsegu napoveduje kapacitete za upravljanje s kontratransferjem.

Ellis in sodelavci (2018) so nedavno v vedenjsko-kognitivni terapiji s samomorilnimi klienti raziskovali povezanost med čuječnostjo in soočanjem s kontratransferjem. V svoji študiji so delali po modelu RAIN – v slovenskem prevodu pomeni prepoznavanje, sprejemanje, raziskovanje in neidentifikacijo (angl. RAIN - R-recognition, A-Acceptance, I-Investigation, N-Non- identification), ki je podprt s teorijami čuječnosti (Brach, 2013; Kornfield, 2008). Temu sledi še končni element – akcija, ki se nanaša na vedenje ob neprijetnih doživetjih in služi kot soočanje z njimi. Ena vrsta akcije je iskanje supervizije/posveta/intervizije, ki pomaga predvsem tistim terapevtom, ki svoje težave raje rešujejo verbalno, torej da z nekom o tem govorijo. Druga vrsta akcije pa se nanaša na

skrb zase, ki poudarja »ponovno polnjenje« (angl. recharging) in samoobnavljanje kot bistvena dejavnika upravljanja kontratransferja. Skrb zase je čedalje pomembnejša tema na kliničnem področju, kot opozarja že Norcross (2000). Pri tem naj bodo terapevti odprti in uporabijo meditacijske tehnike, postavljajo naj si ustrezne urnike dela, zagotovijo naj si dovolj počitka in naj sproti rešujejo kontratransferje – vse to pomeni pridobitev tako za terapevte kot njihove kliente (Wise idr., 2012; Norcross, 2000; Irving idr., 2009). Priporoča se tudi lastna terapija (Norcross, 2000).

V študiji s terapevti, ki delajo z otroki z vedenjskimi težavami (Guest in Carlson, 2019), so poudarili dihanje kot pomemben del čuječnosti za soočanje s kontratransfernimi vsebinami ob intenzivnem vedenju otrok na terapiji. Čuječe dihanje pomirja nevrobiološki sistem v telesu, ki nato dovoli jasnejše in bolj objektivno razmišljanje. Povišana pozornost in zavedanje dajeta možnost primernejšega odziva na stres in znižujeta tako impulzivne odzive kot tudi občutek čustvenega prevzemanja. Prav tako prispevata k boljši čustveni samoregulaciji, kar omogoča ozaveščanje vsega psihofizičnega. Na ta način lahko terapevt ponudi bolj odprt, objektiven in sprejemajoč prostor za klienta (Bishop idr., 2004), v katerem lahko tvorita kakovostnejši odnos in posledično boljši izid terapije.

Že omenjena Kholoocі (2019) v svoji disertaciji izpostavlja podobne pomembne vidike soočanja s kontratransferjem, npr. da bi morali terapevti dobro prepoznavati razlike med *reakcijo* in *odzivom* na klientove vsebine. Pri tem bi se terapevti s prilagojenim odzivom izognili nekonstruktivnemu vedenju, ki je posledica kontratransferja na kliente. Medtem ko so *reakcije* "avtomatske", je odziv posledica premisleka in kapacitete terapevta, da ustrezno sprocesira svoj kontratransfer. Že Gabbard in Wilkinson (1994) omenjata, da je pri soočanju s kontratransferjem pomemben "metabolizem" (delovanje) terapevta in to, da zmore razmišljati o sebi in zajemati svojo lastno pozicijo v kontaktu s klientom (in ne identifikacije z njegovo). Na podlagi tega se je porajalo vprašanje, kako lahko terapevt loči svoje misli in čustva od misli in čustev klientov ter kako se izuči v veščinah *reagiranja* in bolje – *odzivanja*. Kholoocі (2019) pri tem našteva sledeče pomembne veščine: osredotočenost in zavedanje svojih misli, občutkov in čustev; razlikovanje med čustvi; toleranca do neprijetnosti in sprejemanje notranjih in zunanjih izkušenj. To so tudi značilnosti čuječnosti, ki jih lahko poglabljamo skozi vadbo čuječnosti oziroma meditacijo. Finn in Rubin (2000) sta predlagala, da "trening čuječnosti prispeva mladim psihoterapevtom pri oblikovanju večje osredotočenosti k njihovim kontratransfernim odzivom kot tudi pri povečanju dovzetnosti za klientovo verbalno in neverbalno vedenje" (str. 336). Čuječnost prispeva tudi k razvijanju sposobnosti osvobajanja od notranjih

izkušenj (Segal idr., 2002) in opazovanja mentalnega in čustvenega delovanja brez obsojanja (Marlatt in Kristeller, 1999). Kholoοci (2019) še enkrat poudari, da se na tak čuječ način terapevti učijo več možnih variant *odzivov* na intenzivnejša čustva kot pa *reakcij* (Kabat-Zinn, 1990; Segal idr., 2002). Skozi vadbo čuječnosti se lahko terapevti učijo, točno kaj narediti ob kontratransferju in točno kako se z njim soočiti – da opazujejo in se zavedajo notranjih in zunanjih izkušenj brez obsojanja ter prilagajajo svoje odzive. Vadba čuječnosti lahko povečuje verjetnost, da se bodo lahko terapevti lažje "uprli" skušnjavi hitrega reagiranja na lastne kontratransferje. Že Kabat-Zinn (2003) opozarja, kako lahko "ne treniran um" škoduje terapiji na način, da ustvarja stres in zamere med terapijo, ker terapevti ne prepoznajo svojih kontratransferjev in se z njimi ne soočijo ustrezno.

Normalno je, da so terapevti med seansami povezani s svojimi klienti in na račun tega dovolijo, da se jih izkušnje klientov dotaknejo – tako pozitivno kot negativno. Oba učinka povezanosti lahko negativno vplivata na terapevtski odnos (Hayes idr., 2015). Hayes idr. so (2015) raziskovali kontratransferne odzive starejših psihoterapevtov, ki so poročali, da so svoje odzive na kontratransfer pripisovali premočni ali prešibki povezanosti s klienti. Če so ob klientih doživljali bolj prijetna čustva, so se lažje močneje povezali, medtem ko so se s klienti, ob katerih so čutili več neprijetnih čustev, težje povezali oziroma je bila ta povezanost šibkejša. V študiji so ugotovili, da je že zavedanje svojih čustvenih reakcij, ki so jih terapevti ločili od svojega vedenjskega odzivanja, pripomoglo k boljšemu terapevtskemu izzidu. Samozavedanje in čustvena regulacija povišujeta uspešnejše psihoterapevtske izzide (Baylock, 2019). Slednji pa sta pomembni komponenti čuječnosti in iz tega lahko sklepamo, da lahko čuječnost pomaga pri soočanju s kontratransfernimi odzivi.

7. Soočanje s kontratransferjem in čuječno procesiranje

V zadnjem poglavju kot relativno novo metodo omenjam čuječno procesiranje, ki sta ga utemeljila Žvelc in Žvelc (2008, 2021). Nanaša se na procesiranje in predelavo čustvenih in telesnih izkušenj s pomočjo čuječnega zavedanja. Avtorja omenjata, da je namenjeno predelavi neprijetnih in bolečih čustvenih izkušenj ter da se ga lahko vključi in integrira v različne psihoterapevtske pristope. Poleg tega je zelo pomembno za ohranjanje psihofizičnega zdravja na splošno (predvsem z vidika samozavedanja in samoregulacije), lahko pa je tudi ključna metoda za predelavo kontratransfernih vsebin v superviziji psihoterapije.

Čuječno procesiranje vključuje zavedanje in sprejemanje notranjih izkušenj posameznika. Terapevt klientu pomaga vzpostaviti zavedanje, ki vključuje opazovanje notranje izkušnje. Terapevt s svojo čuječno prisotnostjo pomaga

klientu, da to prisotnost doseže sam. Metoda čuječnega procesiranja vsebuje sedem faz, in sicer pripravo, aktivacijo shem/spomina, cikel čuječnega procesiranja, čuječno procesiranje kontrastnih izkušenj, meta-terapevtsko procesiranje, integracijo in preverjanje (Žvelc in Žvelc, 2021).

V čuječnem procesiranju se zgodita dva pomembna procesa – notranji in zunanji stik. Pomemben cilj oziroma rezultat teh procesov je, da si pri notranjem stiku klient sam ponudi sočutje, razumevanje, prijaznost in sprejemanje. Pri zunanjem stiku pa je bistven opis izkušnje, ki jo klient deli s terapevtom, čeprav je ta lahko zelo moteča in boleča. Pri čuječnem procesiranju je pomemben vsak trenutek. Siegel (2007) opisuje radoveden, odprt, sprejemajoč in ljubeč zorni kot, s katerega izhaja osredotočenost na izkušnjo.

Tudi zelo izkušeni terapevti so pod vplivom klientovih čustev (Rothschild in Rand, 2006), zaradi česar lahko čuječno procesiranje odzivov preprečuje izgorevanje in zmanjšuje empatično stisko, povezano s terapevtovim delom. Hkrati omogoča povečano prisotnost terapevta v terapevtskem procesu in posledično bolj kakovostno delo (Klimecki in Singer, 2012).

8. Razprava in zaključek

Uporaba čuječnosti postaja stvar vsakdanjika. Najprej se je pojavila v ospredju kot tehnika za kliente v terapiji, vedno pogosteje pa se priporoča tudi za psihoterapevte. Ti lahko z njeno uporabo poskrbijo zase in s tem preventivno delajo na izboljšanju in ohranjanju psihičnega zdravja ter preprečujejo razvoj prizadetega ali škodljivega funkcioniranja v delovnem in osebnem okolju. Za lažje ohranjanje ravnovesja med osebnim in poklicnim življenjem moramo znati poskrbeti zase, na kar opozarja več študij (povzemanje literature po Myers, 2019).

Danes poznamo veliko programov in intervencij usmerjenih v čuječnost, ki niso namenjeni le klientom, temveč tudi psihoterapevtom, in dobro delujejo kot preventivna dejavnost pred izgorevanjem ter čustveno izčrpanostjo. Čuječnost je nedvomno že precej raziskan pojem. Še vedno pa obstajajo odprta vprašanja pri tem, kako se lahko psihoterapevti bolje oskrbijo s podporo in novimi načini predelave kontratrasfernih odzivov, ki igrajo pomembno vlogo tako v psihoterapevtskem procesu kot v samem življenju psihoterapevta. Ko govorimo o psihoterapevtskem procesu, je pomembno poudariti, da so psihoterapevti zelo aktivni in celostno vključeni v sam proces in doživljajski svet klienta. Ker je nemogoče prekiniti tok empatije, s katerim se navadno vživimo in udeležimo doživljajskega sveta druge osebe, je nemogoče preprečiti klientov vpliv na terapevta ne glede na njegovo izkušenost. Empatija je navsezadnje ključna za povezovanje in razumevanje drugih ljudi, njihovih čustev, misli in vedenj ter

je nujen predpogoj za dober in zaupljiv terapevtski odnos. Hkrati lahko nepredelane terapevtove vsebine vplivajo na to, kdaj bo empatija prerasla v čustveno stisko (Klimecki, 2019).

Obstaja raznovrstna literatura, ki govori o težavah psihoterapevtov, povezanih z nepredelanimi in nereguliranimi čustvi po terapevtskih srečanjih. Najpogostejše težave so negativni vplivi nepredelanih kontratransfernih odzivov (Rothschild in Rand, 2006; Klimecki in Singer, 2012) in posledično pogosta čustvena izčrpanost (Di Benedetto in Swadling, 2014; Rupert in Kent, 2007; Rupert in Morgan, 2005).

Ker je lahko odnos med terapevtom in klientom čustveno zelo zahteven, je procesiranje kontratransfernih odzivov nujno, saj pomembno vpliva na njun odnos, proces terapije in terapevtovo kakovost življenja. Čeprav se je dojemanje kontratransferja skozi zgodovino spreminjalo, pa je kljub temu odvisno od terapevta, kako bo vsebino kontratransferja opredelil, jo razumel in z njo upravljal (Gelso in Hayes, 2007; Hayes idr., 1991). Najpogosteje ravno nepredelan kontratransfer negativno vpliva na potek terapije in njen izid (Gelso in Hayes, 2001, 2007; Hayes in Gelso, 1993; Hayes idr., 1998; Hayes idr., 1997; Ligiero in Gelso, 2002, Pope in Tabachnick, 1993; Rosenberg in Hayes, 2002a; Van Wagoner idr., 1991, v Hayes idr., 2011). V prispevku so raziskani različni načini soočanja s kontratransferjem, večinoma pa gre za ozaveščanje, pojasnjevanje, sprejemanje in soočanje z neprijetnimi občutki, ki so njegova posledica. Kot zelo učinkovita se je izkazala čuječnost, ki jo terapevti že tako vnašajo v psihoterapevtsko delo, vedno bolj pa je pomembna tudi pri terapevtovi skrbi zase. Čuječnost kot tehnika je zelo učinkovita pri predelavi in soočanju z neprijetnimi čustvenimi vsebinami. Z njeno uporabo večamo samozavedanje in prisotnost v sedanjem trenutku, ki ponuja bolj odprt in sprejemajoč prostor za klientove občutke, kot tudi za terapevtove, kadar jo uporabi sam. Doživljanje kontratransferja je v primerjavi z njegovim teoretičnim ozadjem, razumevanjem in vsebino relativno manj raziskano, kar poudarita že Millon in Halewood (2015). V prihodnje bo potrebnih več študij, ki se bodo posvetile raziskovanju doživljanja kontratransferja in hkrati vključevale čuječnost kot eno izmed učinkovitih metod pri sprejemanju in predelavi kontratransfernih vsebin. Pregled študij in raziskav v prispevku povezuje najnovejša dognanja s tega področja, kjer so rezultati razmeroma usklajeni in prikazujejo pozitivne učinke uporabe čuječnosti v terapevtskem procesu.

Poleg že uveljavljenih metod čuječnosti ima lahko na tem področju uporabno vrednost tudi metoda čuječnega procesiranja (Žvelc in Žvelc, 2021). Glede na predpostavko, da smo v procesu čuječnega procesiranja lahko bolj čuječni in se bolj zavedamo, lahko to metodo usmerimo tudi na procesiranje kontratransfernih

odzivov. Pri tem nam lahko pomaga supervizor, če npr. metodo uporabimo v superviziji.

Pri delu s klienti so lahko čustvene stiske pogostejše (Klimecki in Singer, 2012), če ne poskrbimo pravočasno zase in če ne reguliramo redno lastnih odzivov na kliente. To lahko vodi tudi do izgorelosti, ki se navadno pojavi kot posledica nepredelanih in nereguliranih kontratransfernih odzivov. Na podlagi teh ugotovitev bi bilo zelo smiselno vnašanje novih metod v supervizijo, saj bi podkrepile ozaveščanje in predelovanje tovrstnih vsebin. V slovenskem prostoru bi bilo nujno potrebno vnesti trening čuječnosti v osnovni trening vseh terapevtov različnih terapevtskih pristopov, kajti nepredelani kontratransferni odzivi ne izbirajo terapevtov kot tudi ne terapevtske modalitete oziroma smeri in načina dela terapevtske usmeritve. Kot relativno novost na tem področju pa lahko vnašamo trening čuječnosti tudi v supervizijo, kjer se terapevti, preko izvajanja metode s strani supervizorja, učijo novega načina skrbi zase in preventivnega ukrepanja pred razvojem izgorelosti.

Viri

Baehr, A. (2004). *Wounded healers and relational experts: A grounded theory of experienced therapist's manageent and use of countertransference* (Neobljavljena doktorska disertacija, Penn State University).

https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/321

Barrett, M. S. in Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 597-603.

Baylock, E. L. (2019). *Identity Development of Counseling Students: Empathy, Mindfulness, and Compassion as Predictors of Countertransference, Secondary Traumatic Stress, and Client-Related Burnout*. (Doktorska disertacija, Trevecca Nazarene University. ProQuest. https://www.proquest.com/docview/2396717232?parentSessionId=9llWl%2Fo08ysJffEUUuiILE30tReEk4gpf7cgYsASxr0%3D&pq-origsite=summon&accountid=16468).

Bach, P. in Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospotalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consultin and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.

Berzoff, J. in Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*, *38*(3), 341–349.

Birnbaum, L. (2008). The use of mindfulness training to create an 'Accompanying Place' for social work students. *Social Work Education, 27*, 837-852.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, K., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. in Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230-241.

Brach, T. (2013). Bringing RAIN to difficulty. *Yoga Journal, 254*(72).

Cahn, B. R. in Polich, J. (2006). Meditation states and traits: Eeg, er pand neuroimaging studies. *Psychological Bulletin, 132*, 180-211.

Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. m. in Baucom, D. h. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy, 35*, 471-494.

Chambers, R., Lo, B. C. Y. in Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and effect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322.

Christopher, J. C. in Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training., *Counselling and Psychotherapy Research, 10*(2), 114-125.

Cohen, J. S. in Miller, L. (2009). Interpersonal minduflness training for well-being: A pilot study with psychology graduate students. *Teachers College Record, 111*, 2760-2774.

Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Routledge.

Curtis Breslin, F., Zack, M. in McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 275-299.

Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. *Psihološka obzorja*, *14*(2), 73-92.

Černetič, M. (2011). Kjer je bil id, tam naj bo... čuječnost- Nepresojajoče zavedanje in psihoterapija. *KAIROS - Slovenian Journal of Psychotherapy*, *5*, 25-36.

Davidson, R. J., Jackson, D. C. in Kali, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin, 126*, 890-909.

Di Benedetto, M. in Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health and Medicine*, *19*(6), 705–715.

Ditrich, T. (2015). Predstavitve sati v zgodnjem budizmu. Čuječnost v psihoterapiji. Čuječnost: Tradicija in sodobni pristopi, *Poligrafi*, *77/78*, (20), 14-34.

Dreifuss, A. (1990). A phenomenological inquiry of six psychotherapist who practice Buddhist meditation. *Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering, 51*(5-B), 2617.

Ellis, T. E., Schwartz, J. A. in Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/mindfulness perspective on "Countertransference". *International Journal of Cognitive Therapy*, *11*(1), 80-99.

Epstein, R. M. (2003a). Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. *Families, Systems and Health, 21*, 1-9.

Epstein, R. M. (2003b). Mindful practice in action (II): Cultivating habits of mind. *Families, Systems and Health, 21*, 11-17.

Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D. in Segal, Z.V. (2010). Minding one's emotionas: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion, 10*, 25-33.

Fatter, D. M. in Hayes, J. A. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, *23*(5), 502-513.

Finkelstein-Fox, L., Park, C. L. in Riley, K. E. (2018). Mindfulness and emotion regulation: promoting well-being during the transition to college. *Anxiety, Stress and Coping*, *31*(6), 639-653.

Finn, M. in Rubin, J. B. (2000). *Psychotherapy with Buddhists*. V P. S. Richards in A. E. Bergin, Handbook of psychotherapy and religius diveristy. APA.

Fulton, P. (2005). Mindfulness as clinical training. V C. Germer, R. D. Siegel, P. R. Fulton (ur.). *Mindfulness and psychotherapy*, 55-72. Guilford.

Fulton, C. L. in Cashwell, C. S. (2009). "Mindfulness- based Awareness and Compassion Predictors of Counselor Empathy and Anxiety". *Counselor Education and Supervision 54*, 122-133.

Gabbard, G. O. in Wilkinson, S. M (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Jason Aronson.

Gelso, C. J. in Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of counseling psychology, 41*(3), 296.

Gelso, C. J. in Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world od the psychoterapist: Perils and possibilities*. Erlbaum.

Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J. in Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of clinical psychology*, *58*(7), 861-867.

Gorkin, M. (1987). *The uses of Countertransference*. Aronson.

Greason, P. B in Cashwell, C. S. (2009). "Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy". *Counselor Education and Supervision, 9*, 2-19.

Guest, J. D. in Carlson, R. G. (2019). Utilizing mindfulness strategies to manage negative countertransference and feelings of dislike while working with children exhibiting externalized behaviors. *Journal of Psychotherapy Integration*, *29*(4), 426.

Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International journal of group psychotherapy*, *45*(4), 521-535.

Hayes, J. A., Gelso, C. J. in Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, *48*(1), 88.

Hayes, J. A., Nelson, D. B. in Fauth, J (2015), Countertransference in successful and unsuccesseful cases of psychotherapy. *Psychotherapy, 52*(1), 127-133.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. in Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioural change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. in Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(6), 1152.

Henretty, J. R. in Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 63-77.

Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykierek, P., Richter, H., Berner, M. in Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuorscience, 253*, 177-184.

Hill, C. E. in Knox, S. (2002). Self-disclosure. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy relationships that work,* 255-256.

Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S. in Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(4), 434.

Irving, J. A., Dobkin, P. L. in Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: *A review Clinical Practice, 15*(2), 61-66.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastroph living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* Delta.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 144-156.

Kavanagh, D. J., Andrade, J. in May, J. (2004). Beating the urge: Implications of reasearch into substance-related desires. *Addictive Behaviors, 28*, 1359-1372.

Kholooci, H. (2008). *An examination of the relationship between countertransference and mindfulness and its potential role in limiting therapist abuse*. (Doktorska disertacija, Alliant International University. ProQuest. https://www-proquest-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/304702201?pq-origsite=summon).

Kielo, J. B. (1991). Art therapists' countertransference and post-session therapy imagery. *Art therapy*, *8*(2), 14-19.

Klimecki, O. M. (2019). The role of empathy and compassion in conflict resolution. *Emotion Review*, *11*(4), 310-325.

Klimecki, O. in Singer, T. (2012). *Empathic Distress Fatigue Rather Than Compassion Fatigue? Integrating Findings from Empathy Research in Psychology and Social Neuroscience*. Pathological Altruism, 368–383.

Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology.* Bantam.

Kutz, I., Borysenko, J. Z. in Benson, H. (1985). Meditation and psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and mindfulness meditation. *The American Journal of Psychiatry, 142*/1, 1-8.

Latts, M. G. (1996). *A revision and validation of the Countertransference Factors Inventory*. (Neobjavljena doktorska disertacija, University of Maryland).

Lesh, T. V. (1970). Zen meditation adn the develompent of empathy in counselors. *The Journal of Humanistik Psychology, 10*, 39-74.

Leppma, M. in Young, M. E. (2016)." Loving- kindness Meditation and Empathy: A Wellness Group Intervention for Counselling Students". *Journal of Counselling and Development 94*, 297- 305.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*.

Guilford Press.

Ma, S. H. in Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Jurnal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.

Marcks, B. A. in Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour research and therapy*, *43*(4), 433-445.

Marlatt, G. A. in Kristeller, J. L. (1999). *Mindfulness and meditation*. V W. R. Miller (ur.), Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners, 67-84. APA.

Maroda, K. J. (2004). A Relational Perspective on Women and Power. *Psychoanalytic Psychology*, *21*(3), 428.

Maroda, K. J. (2013). *The power of countertransference: Innovations in analytic technique*. Routledge.

Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, 291-312.

Massion, A. O., Teas, J., Hebert, J. R., Wertheimer, M. D. in Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, melatonin and breast/prostate cancer: hypothesis and preliminary data. *Medical Hypotheses*, *44*(1), 39-46.

McBee, L. (2003). Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers – Chaning the practicioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 19*, 257-264.

Miller, J. J., Fletcher, K. in Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.

Millon, G. in Halewood, A. (2015). Mindfulness meditation and countertransference in the therapeutic relationship: A small- scale exploration of therapists' experiences using grounded theory methods. *Counselling and Psychotherapy Research*, *15*(3), 188-196.

Mills, N. in Allen, J. (2000). Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis – A pilot study. *General Hospital Psychiatry, 22*, 425-431.

Moore, A. in Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18*, 176-186.

Myers, D. in Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and CT disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy*, *43*, 173-185.

Myers, H. C. (2019). *Self-Care Practices and Therapist Beliefs Among Home-Based Mental Health Professionals in Relation to Burnout.* (Doktorska disertacija, Walden dissertations and doctoral studies. ProQuest. https://www-proquest-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/2290955535?pq-origsite=summon).

Napoli, M. (2004). MIndfulness training for teachers: A pilot program. *Complementary Health Practice Review*, *9*, 31-42.

Newberg, A. B. in Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical hypotheses*, *61*(2), 282-291.

Newsome, S., Christopher, J. C., Dahlen, P. in Christopher, S. (2006). Teaching counselors self-care thorugh mindfulness practise. *Teachers College Record, 108*, 1881-1900.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: practitiones-tested, research-informed strategies. *Processional Psychology Research Nnil Practice, 31*(6), 710-713.

Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, *48*(1), 98.

Ogden, P. in Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, *6*(3), 149-173.

Ogden, P., Minton, K. in Pain, C. (2006). *Trauma and the body: Examining a neglected perspective.* A sensorimotor approach to psychotherapy. Norton.

Ott, M. J. (2002). Mindfulness meditation in pediatric clinical practice. *Pediatric Nursing, 28,* 487-490.

Peabody, S. A. in Gelso, C. J. (1982). Countertransference and enpathy: The complex relationship between two divergent concepts in counselling. *Journal of Counseling Psychology*, *29*, 240-245.

Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M. in Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, *154*(3), 189-197.

Praper, P. (1999). Transfer in kontratransfer v razvojni analitični psihoterapiji. *Psihološka obzorja, 1*(8), 67-76.

Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. in McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive therapy and research*, *28*(4), 433-455.

Robbins, A. (1987). An object relations approach to art therapy. V J. A. Rubin (ur.), *Approaches in art therapy, 63*-74.

Robbins, S. B. in Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology, 34(3),* 276.

Roomer, L. in Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 54-68.

Rosenberger, E. W. in Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of counseling and development*, *80*(3), 264-270.

Rothschild, B. in Rand, M. (2006). *Help for the Helper: Self-Care Strategies for Managing Burnout and Stress*. Norton.

Rupert, P. in Kent, J. S. (2007). Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 88–96.

Rupert, P. A. in Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 544–550.

Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M. in Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, *22*(3), 289-297.

Schure, M. B., Christopher, J. in Christopher, S. (2008). Mind-body medicine and the ar tof self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation adn qigong. *Journal of Counseling and Develompent, 86*, 47-56.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. in Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford.

Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain. Reflection and Attunement in the Cultivation of well-being*. Norton.

Shapiro, S. L. in Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness. Integrating mindfulness into psychology and the helping professions.* APA.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. in Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, *21*, 581-599.

Shin, T. (2010). "The Qualitative Study of Mindfulness Group Toward the Self- care and Counselling Practice of Counselor Interns". *Bulletin of Educational Psychology*, *42* (1), 163- 184.

Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., LEvinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K. in Stevens, M. (1998). Focus on woman: Use of dialectical behaviour therapyin a partial hospital program for women with borderline personality disorders: *Psychiatric Services, 49,* 669-673.

Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D. in Myers, R. E. (2003). Soles of the Feet: A mindfulness-based self-control intervention for agression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities, 24,* 158-169.

Suigiura, Y. (2004). Detached mindfulness and worry: A meta-cignitive analysis. *Personality and Individual Differences, 37,* 169-179.

Teasdale, J. D. (1999a). Emotional processing, there modes of mind and the prevetion of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy,* 37, 53-78.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V. in Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy,* 33, 25-39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J. in Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurene in ajor depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. in Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70*(2), 275.

Telch, C. F., Agras, W. S. in Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1061-1065.

Yeh, Y. J. in Hayes, J. A. (2011). How does disclosing countertransference affect perceptions of the therapist and the session?. *Psychotherapy*, *48*(4), 322.

Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A. in Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 28*(3), 411.

Walrond-Skinner, S. (1987). Feminist therapy and family therapy: the limits to the association. *Ethical issues in family therapy,* 71-86. Routledge and Kegan Paul.

Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E. in Hoffman, M. (1997). Experiences of novice therapist in prepracticum: Traines's, client's and supervisors's perception of therapist's personal reactions and management strategies. *Journal of Counselling Psychology,* 44, 380-399.

Wise, E. H., Hersh, M. A. in Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-acre and well-being for psychologist: reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice, 43,* 487-494.

Wolf, R. (1985). Image induction in the countertransference: A revision of the totalistic view. *Art therapy*, *2*, 129-133.

Zanetich, K. M. (2012). *Mindfulness and countertransference management in therapist trainees* (Doktorska disertacija, Fordham University. ProQuest. https://www-proquest-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/922281503?pq-origsite=summon).

Žvelc, G. (2012). Mindful Processing in Psychotherapy-Facilitating Natural Healing Process within Attuned Therapeutic Relationship. *International journal of integrative psychotherapy*, *3*(1), 42–58.

Žvelc, G. in Žvelc, M. (2008). *The Power of Present Moment. Mindful Processing in Psychotherapy and Counseling*. Workshop Presented at 4th European Conference on Positive Psychology, Book of Abstracts.

Žvelc, G. in Žvelc. M. (2021). *Integrative Psychotherapy: A Mindfulness and Compassion-Oriented Approach*. Routledge.