

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ČUJEČNOST KOT POMOČ PRI SPOPRIJEMANJU S  
KRONIČNIMI BOLEZNIMI

ZAKLJUČNA NALOGA

TERČELJ

TADEJA TERČELJ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Čuječnost kot pomoč pri spoprijemanju s kroničnimi boleznimi**

(Mindfulness as a help to cope with cronical illnesses)

Ime in priimek: Tadeja Terčelj

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2014

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Tadeja TERČELJ

Naslov zaključne naloge: Čuječnost kot pomoč pri spoprijemanju s kroničnimi boleznimi

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 43

Število referenc: 61

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: čuječnost, rak, MBSR, psihoterapija

Izvleček: Čuječen posameznik ima uvid v svoje notranje doživljanje, misli, čustva in občutke, ki jih nepresojajoče sprejema in nanje ne skuša vplivati. Zaznanega namreč ne skuša prekiniti ali potlačiti kljub stresni vsebini. V današnjem času se srečujemo z mnogimi situacijami, ki so za določene posameznike lahko stresne. To so izguba službe, težave v medosebnih odnosih, ločitev, upokožitev, šolanje itd. in navsezadnje zdravstvene težave, na katere se v zaključni nalogi osredotočam. V nadaljevanju obravnavam paciente z malignim obolenjem in ugotavljam, kako jim čuječnost lahko pomaga. Rak skoraj vsakomur drastično spremeni kvaliteto življenja. Prakticiranje čuječnosti je pacientom lahko v pomoč pri spoprijemanju z boleznijo in ohranjanju kvalitete življenja kljub diagnozi. Pacienti lahko izbirajo med različnimi programi, ki temeljijo na čuječnosti. V zahodni medicini se je kot prvi uveljavil na čuječnosti temelječ program za spoprijemanje s stresom. Sledili so še drugi programi, ki so jih ustvarjalci prilagajali potrebam skupin, da bi bili čim bolj učinkoviti. Za skupine rakavih bolnikov sta Speca in Carlson razvila na čuječnosti temelječ program za okrevanje po raku. Pri udeležencih so se pokazali številni pozitivni učinki. Zmanjšali so se simptomi depresije in anksioznosti, jeza, fiziološki simptomi stresa in stranski učinki zdravljenja, kot so bolečina in izčrpanost. Bolnikom bi torej morali poleg telesnega zdravljenja v večji meri ponuditi tudi psihološko podporo, saj se um in telo v svojem delovanju med seboj povezujeta.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Tadeja TERČELJ

Title of the final project paper: Mindfulness as a help to cope with cronical illnesses

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 43

Number of references: 61

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: mindfulness, cancer, MBSR, psychotherapy

Abstract: Mindful individual has insight into his inner experiences, thoughts, emotions and feelings. He accepts them without assessment and not seeking to influence them. What individual perceives he isn't trying to interrupt or suppress despite the stressful content. Nowadays we are faced with many situations that are stressful for certain individuals. These includes losing a job, interpersonal problems, divorce, retirement, educational problems, etc. and ultimately also health problems on which I am focusing in this work. In chapters that follow I am focusing on patients with cancer and I am gathering findings on how mindfulness can help them. Cancer drastically changes the quality of life to almost everyone. Practicing mindfulness can be helpful in coping with disease and maintaining quality of life despite the diagnosis. The patients can choose between different programs, which are based on mindfulness. As the first established in the western medicine, was Mindfulness based stress reduction (MBSR) program to help patients deal with stress. It was followed by other programs which were adapted to the needs of group to be efficient as possible. For groups of patients with cancer Speca and Carlson developed mindfulness-based program for cancer recovery. Participants have showed a number of positive effects. Symptoms of depression, anxiety, anger, physiological stress symptoms and side effect of treatment, such as pain and fatigue were reduced. Alongside physical therapy patients should also be offered psychological support, since there is connection between mind and body.

## **Zahvala**

Lepo se zavaljujem svojemu mentorju g. Žvelcu, ki mi je s svojimi strokovnimi nasveti pomagal pri pripravi zaključne naloge.

## Kazalo vsebine

1 UVOD .....	1
2 ČUJEČNOST .....	3
2.1 Mehanizmi čuječnosti .....	5
2.1.1 Sprejemanje .....	5
2.1.2 Decentrirana perspektiva .....	7
2.1.3 Samoregulacija .....	7
2.1.4 Pozitivna distrakcija .....	7
3 UČINKI ČUJEČNOSTI .....	8
4 ČUJEČNOST V PSIHOTERAPIJI .....	11
5 PROGRAMI, KI TEMELJIJO NA ČUJEČNOSTI .....	13
5.1 Ciljne skupine izvajanja programov čuječnosti .....	14
5.2 Opis na čuječnosti temelječega programa za zmanjševanje stresa (MBSR) .....	15
5.3 Opis na čuječnosti temelječe kognitivne terapije (MBCT) .....	17
5.4 Druge terapevtske usmeritve, ki temeljijo na čuječnosti .....	19
6 RAK IN ČUJEČNOST .....	20
6.1 Opis na čuječnosti temelječega programa za okrevanje po raku (MBCR) .....	20
6.2 Stres in rak .....	21
6.3 Odzivi na stres in posledice .....	22
6.4 Učinki čuječnosti pri rakavih bolnikih .....	22
7 UKREPI IN LASTNOSTI, KI POVEČAJO UČINKOVITOST NA ČUJEČNOSTI TEMELJEČIH PROGRAMOV .....	26
8 SKLEPI .....	28
9 VIRI IN LITERATURA .....	30

## **Seznam kratic**

MBAT mindfulness based art therapy oz. čuječnostna umetnostna terapija

MBCT mindfulness based cognitive therapy oz. na čuječnosti temelječa kognitivna terapija

MBCR mindfulness based cancer recovery oz. na čuječnosti temelječe okrevanje po raku

MBRT mindfulness based reality therapy oz. čuječnostna realitetna terapija

MBSR mindfulness based stress reduction oz. na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa

DBT dialectical behaviour therapy oz. dialektična vedenjska terapija

ACT acceptance and commitment therapy oz. terapija sprejemanja in zavezanosti

## 1 UVOD

Med vodilne vzroke smrti po svetu spadajo med drugimi tudi različne vrste malignih obolenj, ki sodijo med kronične bolezni. Posameznike seznanitev z diagnozo korenito spremeni. V njihovo življenje se naselita strah in negotovost glede prihodnosti ali pa postanejo dovzetnejši za duhoven razvoj. V obeh primerih potrebujejo pomoč, da lahko začnejo razvijati zavedanje svojih notranjih vsebin in so tako bolj v stiku s sabo. Ko se teh vsebin, misli, občutkov in čustev zavedo, morajo spremeniti še odnos do njih, do česar jim lahko pomaga čuječnost. S prakticiranjem čuječnosti razvijajo sprejemajoče in nepresojajoče osredotočanje v sedanjem trenutku in tako izboljšajo kvaliteto svojega življenja.

V prvem delu naloge najprej predstavim koncept čuječnosti. Le-ta izvira iz starodavnih duhovnih tradicij na Vzhodu približno 2500 let nazaj. Najpogosteje je prisotna v Budizmu, preko katerega se je razširila v Ameriko med leti 1950 in 1960 preko Zen budizma in knjižnih del, kot so *Zen in the art of archery* (Herrigel, 1953), *The world of Zen: An East-west Anthology* (Ross, 1960) in *The method of Zen* (Herrigel, Hull in Tausend, 1960). To je spodbudilo nastanek zanimanja za tehnike meditacije, povečano pozornost ter razširitev zavesti. Šele po letu 1970 pa se je začelo raziskovanje čuječnosti v povezavi s psihološkim zdravjem (Keng, 2011). Zasluga za vpeljavo čuječnosti na klinično področje zahodne medicine pripada pionirju na čuječnosti temelječega programa za zmanjševanje stresa, Jonu Kabat-Zinnu. Mehanizmi, preko katerih dosežemo stanje čuječnosti: sprejemanje, decentrirana perspektiva, samoregulacija in pozitivna distrakcija, pomagajo udeležencem na čuječnosti temelječih programov izboljšati njihovo počutje in razviti zdrav odnos do življenja. Učinkovitost programov je odvisna od različnih zunanjih in notranjih dejavnikov. Med posamezniki so namreč velike in pomembne razlike v osebnotnih lastnostih, saj imamo vsi kapaciteto za razvoj čuječnosti, ne razvijamo pa je vsi v enaki meri (Ireland, 2013). Zaradi razlik v učinkovitosti pri tarčnih skupinah pacientov so začetniki programov na čuječnosti temelječe kognitivne terapije (v nadaljevanju MBCT) in na čuječnosti temelječega okrevanje po raku (v nadaljevanju MBCR) spreminjali zasnove novih programov glede na začetnega, to je na čuječnosti temelječega program za zmanjševanje stresa (v nadaljevanju MBSR), da bi se bolj prilagodili širokemu naboru skupin pacientov. Ti so zajemali osebe s psihološkimi motnjami in boleznimi, zgolj fizičnimi boleznimi ter osebe, ki so imele težave v vsakdanjem delovanju, npr. v službi, medosebnih odnosih itd.



Ker se um in telo v svojem delovanju povezujeta, menim, da je poleg zdravljenja telesne simptomatike zelo pomembno pacientom ponuditi tudi psihološko podporo. V našem primeru pacientom z diagnozo raka boleznimi ne moremo pomagati pozdraviti, lahko pa jim s prakso čuječnosti pomagamo odpraviti neprijetne psihološke simptome motenj, kot so depresija, anksioznost itd. ter jim s tem pomagamo pri spoprijemanju z boleznijo. Učinkovitost čuječnostnega programa za okrevanje po raku (oz. MCBR) sta raziskala Linda Carlson ter Michael Speca. MCBR sta uvedla med pacienti, ker jim nudi pomembno oporo pri spoprijemanju s simptomi boleznimi ter stranskimi učinki zahtevnega zdravljenja. Pozitivni učinki so se pokazali pri zmanjšanju simptomov depresije in anksioznosti, jeze, stranskih učinkov zdravljenja, zmanjšanju stresa in tako potrdili koristnost uporabe čuječnosti pri pacientih (Tamagawa in drugi, 2013). Eden izmed ciljev naloge je seznanitev z obstoječimi programi, temelječimi na čuječnosti in ugotavljanje razlik med njimi. Med seboj se programi razlikujejo v tehnikah, ki se prilagajajo skupinam pacientov. Lahko gre za osebe, ki si želijo zmanjšati količino stresa v življenju, kronično telesno bolne ali osebe s psihiatričnimi motnjami itd., zato so razlike med programi relevantne, ker se ciljne skupine in njihove težave razlikujejo. Pomembno pa je tudi razumevanje principov oz. mehanizmov, preko katerih čuječnost deluje, da bi lahko razumeli koristi, ki jih koncept čuječnosti prinaša. Namen naloge je ugotoviti, ali so čuječnostne tehnike in programi, ki temeljijo na čuječnosti lahko koristni za posameznike s kroničnimi boleznimi. Učinkovitost tehnik in programov bom predstavila na primeru pacientov z rakavimi obolenji.

## 2 ČUJEČNOST

Doseganje harmonije med telesom in umom ter iskanje poti do sreče in miru je v središču življenja vsakega izmed nas. Dejstvo pa je, da pri večini, vsakič, ko naj bi srečo našli, npr. rodi se nam prvi otrok, navadno sledijo nove težave. Naše stanovanje je kar naenkrat premajhno in nimamo finančnih sredstev, da bi si lahko privoščili večjega. Znova ne vidimo sreče, ki smo je deležni in že si postavimo nov mejnik, npr. nakup novega stanovanja, ki nam bo zares prinesel srečo in mir. Takšen vzorec razmišljanja se lahko ponavlja, dokler ne pridemo do konca naše življenjske poti in ugotovimo, da smo srečo ves čas imeli pred seboj, a je nismo uspeli izkusiti, ker smo ves čas zrl v prihodnost in smo vsak sedanjji trenutek spustili mimo sebe. Čuječnost nam omogoča življenje v sedanjosti, da takšni trenutki ne zbežijo mimo nas (Henepola Gunaratana, 2002).

V budizmu, iz katerega izhaja, najdemo izraz "dukkha", kar v prevodu pomeni nezadovoljstvo oz. trpljenje. V praksi pa se nanaša na nekaj, kar težko prenašamo, torej za nas predstavlja frustracijo. Pojavijo se nezaželena čustva, kot so jeza, anksioznost, frustracija, ljubosumje, lahko celo depresija, ki so posledica realnega stanja, v katerem smo se znašli in ni v skladu z našimi pričakovanji. Neskladje, ki je nastalo, je nato lahko nekje v ozadju zavesti vodilo naših nadaljnjih dejanj. Vzroka dejanj se morda sploh ne zavedamo in čuječnost v takšnem primeru odigra pomembno vlogo pri pridobitvi uvida. Ko se naenkrat začnemo zavedati svojih notranjih zaznav, je dobro sprejeti načelo, ki velja v budizmu, in sicer da se vse spreminja. Delovanje po takšnem principu ljudi spodbudi, da se svojih zaznav, občutij, pričakovanj, mnenj, ritualov, samopodobe ali modelov realnosti ne oprimejo, ampak se s spremembo sprijaznijo, ker se ji ni mogoče izogniti in posledično ne pride do "dukkhe" (Mikulas, 2007). Takšen proces imenujemo sprejemanje, ko nepresojajoče ocenjujemo sedanjji trenutek in je eden izmed mehanizmov čuječnosti (Keng in drugi, 2011). Čuječnost Černetič (2005) opredeli kot psihološki koncept. Kabat-Zinn (1990) jo opisuje kot nepresojajoče zavedanje dogajanja v sedanjem trenutku. Predmet zaznave je lahko notranje dogajanje, to so misli, čustva ... ali dogajanje v okolici, npr. zvok.

Za lažje nadaljnje razumevanje bi opredelila pojma zavest in zavedanje, ki opredeljujeta pomemben del čuječnosti, kot sta definirani v članku Browna in Ryana (2003). Zavest zajema zavedanje in pozornost. Zavedanje je nekako v ozadju zavesti in zaznava zunanje in notranje

okolje, npr. dražljaja se lahko zavedamo, ampak ni v središču naše pozornosti. Pozornost pa je proces usmerjanja zavestne pozornosti, s tem omejimo nivo dražljajev, ki jih zaznamo. Zavedanje in pozornost sta nujno potrebni za normalno funkcioniranje posameznika, medtem ko se čuječnost osredotoča na zavedanje in osredotočanje pozornosti na sedanji trenutek in omogoči bolj jasen uvid v trenutno doživljanje (Westen, 1999, po Brown in Ryan, 2003).

Beseda čuječnost opisuje psihološko značilnost, kjer s čuječnostno meditacijo razvijemo čuječnost oz. stanje zavesti (Germer, Siegel in Fulton, 2005, po Keng in drugi, 2011). Za posameznika, ki se v danem trenutku zaveda svojega doživljanja in nepresojajoče ter sprejemajoče doživlja svoje misli, čustva in razpoloženja, pravimo, da je v čuječem stanju. Zaveda se tudi dogajanja v okolici ter lastnih telesnih občutkov, takšnih kakršnih so, ter nanje ne vpliva ali se jim izogiba. V središču pojava sta zavedanje ter sprejemanje lastnega doživljanja. Brez slednjega je lahko samo zavedanje povezano celo s psihopatologijo in nase usmerjeno povečano pozornostjo (Černetič, 2011).

Namen čuječnosti je ustvariti nereaktivno in stabilno zavedanje sedanjega trenutka, za kar je potrebna vsakodnevna samodisciplina. Če čuječnost postane način delovanja, ima lahko pri osebi večji učinek, kot pa če jo uporablja zgolj kot tehniko (Brantley, 2003). Kabat-Zinn (1990) poudarja sedem elementov notranje usmerjenosti:

- Nepresojanje – ljudje smo nagnjeni k sojenju opazovanega, zato se učimo stvari videti ne dobre, ne slabe, ampak takšne, kot so.
- Potrpljenje – toka misli ne moremo grobo ustaviti, lahko le pustimo, da misli tečejo in jih opazujemo, saj ima vsaka stvar svoj potek.
- "Začetniški um" – zaznavamo brez vnaprejšnjih pričakovanj, kot bi prvič doživel zaznano, radovednost nas osvobodi pričakovanj.
- Zaupanje – sami se najbolj poznamo, zato moramo imeti zaupanje vase in svojo intuicijo. Če čutimo, da nekaj ni prav, moramo občutek raziskati in tako osebno zrastemo, ker sledimo intuiciji.

- Neprizadevanje – namen čuječnosti ni delovanje, ampak preprosta prisotnost, le brez prizadevanj lahko dosežemo svoj cilj, ker se posvetimo zavedanju sebe.
- Sprejemanje – ko opustimo boj po kontroli, lahko vidimo stvari takšne kot so, kar je začetek procesa spreminjanja.
- Nenavezanost – izkušnje se nenehno spreminjajo, če se ne oprimemo dela izkušenj, lahko živimo v harmoniji s spremembami.

Naštete lastnosti lahko razvijamo v vsakdanjem življenju v medosebnih odnosih, kar nam pomaga okrepiti in poglobiti formalno in neformalno prakso meditacije (Kabat-Zinn, 1990).

## **2.1 Mehanizmi čuječnosti**

Vsak izmed nas ima kapaciteto, da razvije zavedanje svojega doživljanja, razlikujemo pa se v želji po ohranjanju le-tega v nekem trenutku ter po kapaciteti čuječnosti (Brown in Ryan, 2003). Zbiranje informacij o vedenju in subjektivnih izkušnjah naj bi bil prvi korak k zdravim spremembam vedenja (Safran in Segal, 1990). Kvaliteta zavesti je namreč pomemben del ohranjanja in izvora dobrega počutja ter samoregulacije zaradi samoopazovanja ter odprtega zavedanja in pozornosti (Brazier, 1995, po Brown in Ryan, 2003). Naslednji mehanizmi, po katerih deluje čuječnost, naj bi bili glavni vzroki za koristi, ki jih prakticiranje čuječnosti prinese. Med njimi so sprejemanje, decentrirana perspektiva in samoregulacija. V nadaljevanju je vsak izmed mehanizmov podrobneje predstavljen.

### **2.1.1 Sprejemanje**

Glavni namen je, da namesto, da bi se doživljanju skušali izogniti, ga sprejmemo, saj lahko izogibanje pripelje celo do povečane intenzitete teh čustev (Hayes, 1994, po Hayes in drugi, 2003). Marcks in Woods (2005) sta v raziskavi dokazala, da supresija poveča frekvenco misli, ki smo se jim skušali izogniti ter vodi v še večjo emocionalno stisko. Medtem se je emocionalna stiska v skupini, ki je prakticirala sprejemanje, zmanjšala, sama frekvenca intruzivnih misli pa v

istem vzorcu ni upadla. Hayes in Feldman (2004) poročata, da so pristopi izpostavitve in sprejemanja težavnih čustev pokazali dolgoročne pozitivne učinke. Ramel, Goldin, Carmon in McQuaid so leta 2004 (po Baer, 2003) objavili raziskavo, ki je pokazala vpliv principa sprejemanja na afektivne simptome (depresija, anksioznost), disfunkcionalna prepričanja in tuhtajoče mišljenje (ruminacijo), ki so se zmanjšali.

Če oseba sprejme zanjo težko psihološko vsebino, s tem spremeni tudi njeno funkcijo. Ne trudi se več spremeniti ali se doživljanju izogniti in se na koncu s svojo odprtostjo ter opazovalnostjo globoko spremeni. Aktivno sprejemanje pride do izraza predvsem pri kroničnih težavah ter na terapije neodzivnih problemih (Hayes, 2001, po Baer 2003).

Če oseba misli doživlja le kot misli in se z njimi ne poistoveti, zanjo ne predstavljajo usmeritve za nadaljnje vedenje (Marlatt in Kristeller, 1999, po Baer 2003). Teasdale in sodelavci (Teasdale in drugi, 2000) menijo, da lahko izogibanje čustvom ter destruktivne misli zmanjšamo ravno s spremenjeno perspektivo do notranjega doživljanja.

Glede na dva načina procesiranja informacij, to sta metakognitivni ter objektni, Wells (2002) pravi, da je čuječnost učinkovita ravno zaradi metakognitivnega načina. Slednji mislim, ki se nam porajajo, pripisuje možnost neresničnosti, medtem ko objektni obravnava misli kot sliko realnosti. Oseba lahko pri generalizirani anksiozni motnji uporabi objektno strategijo procesiranja informacij. Pri slednjih je preveč pozornosti namenjene dražljajem, povezanim z grožnjo in zaradi tega prevladuje občutek ogroženosti. Glavna vsebina miselnega toka je ogroženost, ki jo ustvari situacija. Posameznik v isti situaciji lahko izvede tudi metakognitivni način procesiranja informacij. Ta zajema oceno misli skozi perspektivo zunanjega opazovalca in načrtovanje vedenja, s katerim bi situacijo obvladal. Pri tem je zaradi preusmeritve pozornosti na ocenjevanje realnosti porajajočih misli v dani situaciji osebi omogočena kognitivna samokontrola. Zaradi kontrole svojega uma lahko svoja dotedanja prepričanja spremeni in poišče alternativna.

### **2.1.2 Decentrirana perspektiva**

Opisuje nepristranskega opazovalca oz. osebo v vlogi neke tretje osebe, ki opazuje lastno doživljanje. To vodi v decentrirano perspektivo posameznika, ki tako lažje identificira disfunkcionalne misli in dobi uvid v svoje notranje vsebine (Teasdale, Segal in Williams, 1995). Wells (2002) razlikuje objektivni način ter metakognitivni način informacijskega procesiranja, povezanega z emocionalnimi motnjami. Pri objektivnem oseba svoje misli obravnava kot realne in mora glede njih ukrepati. Pri drugem metakognitivnem načinu, ki je prisoten v čuječnosti, pa misli zaznava kot mentalne dogodke, ki niso nujno resnični. S tehnikami želimo spremeniti odnos do neprijetnega oz. težavnega doživljanja, češ misli niso dejstva.

### **2.1.3 Samoregulacija**

Zajema regulacijo notranjega in zunanjega vedenja. Za to je potrebna pozornost ali zavedanje oz. čuječnost, ki nam pomagajo vedenje kontrolirati in spreminjati. Pri samoregulaciji je oseba pozorna na posledice svojega vedenja in sama sebe popravlja, če je to potrebno. Mehanizem bi lahko bil najpomembnejši, da pride do sprememb ob obiskovanju programa, ki temelji na čuječnosti (Shapiro in Schwartz, 2000). Pacienti lahko uvedejo pozitivne spremembe na področju svojega fizičnega in psihičnega zdravja, ker so se sposobni soočiti s stresom, bolečino in boleznijo (Reibel, Greeson, Brainard in Rosenzweig, 2001).

### **2.1.4 Pozitivna distrakcija**

Čuječen posameznik razširi obseg zaznanih dražljajev in tako je manj mogoče, da se neprijetni doživljaji, npr. misli, čustva ali telesni občutki, ki nimajo neposrednega dražljaja, predolgo zadržijo v zavesti (Žvelc, Černetič in Košak, 2011). Fredricksonova (2000, po Žvelc, 2011) trdi, da ob hkratni usmeritvi pozornosti na negativne ter pozitivne dražljaje, pozitivne emocije lahko zavrejo negativne.

### 3 UČINKI ČUJEČNOSTI

Njena aplikacija za klinične namene se je začela z delom Kabat-Zinna, ki je uvedel na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa ali Mindfulness based stress reduction (MBSR), ki je bil sprva namenjen pacientom s kronično bolečino. Nadaljnje izvajanje in širjenje programa še na druge skupine klientov, je temeljilo na podatkih iz raziskav o MBSR-programu. Pokazale so, da se čuječnost kot lastnost osebe povezuje z večjim zadovoljstvom v življenju (Brown in Ryan, 2003, po Keng, Smoski in Robins, 2011), všečnostjo (Thompson in Waltz, 2007, po Keng in drugi, 2011), vestnostjo (Giluk, 2009, po Keng in drugi, 2011), empatijo (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen in Dewulf, 2008, po Keng in drugi, 2011), vitalnostjo, samozavestjo, občutkom avtonomije, optimizmom in prijetnim afektom (Brown in Ryan, 2003, po Keng in drugi, 2011).

Negativna pa je bila korelacija udeležbe v MBSR-programu z depresijo (Brown in Ryan, 2003, po Keng in drugi, 2011), nevroticizmom (Dekeyser in drugi, 2008, po Keng in drugi, 2011), disociacijo (Baer in drugi, 2006, po Keng in drugi, 2011), ruminacijo (Raes in Williams, 2010, po Keng in drugi, 2011), kognitivno odzivnostjo, katera se nanaša na točko, ko že blažja disforija ponovno aktivira negativne vzorce mišljenja, ki vodijo v ponovitev depresivne epizode (Raes, Dewful, Van Heeringen in Williams, 2009, po Keng in drugi, 2011). Nadalje je bila negativna tudi povezava s socialno anksioznostjo (Brown in Ryan, 2003, po Keng in drugi, 2011), težavno regulacijo negativnih čustev (Baer in drugi, 2006, po Keng in drugi, 2011), izogibanjem izkušnjam, alekstimijo (Baer in drugi, 2004, po Keng in drugi, 2011), intenziteto iluzij pri psihozah (Chadwick in drugi, 2008, po Keng in drugi, 2011) in splošnimi psihološkimi simptomi (Baer in drugi, 2006, po Keng in drugi, 2011).

Nevrološke preiskave (Creswell, Way, Eisenberger in Lieberman, 2007) so podprle poročila udeležencev, ki so opisovali svoje emocionalne odzive na ogrožujoče vidne dražljaje. Odzivi na grožnjo se namreč povezujejo z aktivnostjo amigdale ter prefrontalne skorje, preko katerih ljudje ocenimo dražljaj. Osebe, ki so se ocenile kot bolj čuječe, so imele manj aktivno amigdalo in bolj dejavno prefrontalno skorjo, glede na tiste manj čuječe. Povezava med manj aktivno amigdalo in aktivnejšo prefrontalno skorjo, je pokazala boljše obvladovanje afektov zaradi povečane inhibicije odzivov amigdale preko prefrontalne skorje. Isti avtorji (Way in drugi, 2010) so poročali, da se neaktivna amigdala ter osrednja prefrontalna in temenska možganska skorja, ki

uravnavajo predelovanje posameznikovih notranjih vsebin (čustev, občutij, misli itd.) pozitivno povezujejo s čuječnostjo. Ob pogostejši uporabi čuječnosti, amigdala in osrednji ter temenski del skorje postajata manj aktivna. Negativno pa naj bi se isti mirujoči deli možganov povezovali s pojavom depresivnih simptomov. Bolj kot so omenjena območja možganov aktivna, večja je verjetnost pojavljanja depresivnih simptomov. Frewen in drugi (2008, po Keng, 2011) trdijo, da so omenjeni rezultati meritev skladni s povezanostjo čuječnosti in samoporočanjem o opuščanju negativnih misli o sebi.

Lykins in Baer (2009) so raziskali povezavo med čuječnostno meditacijo ter psihološkim blagostanjem, kjer so primerjali osebe, ki so redno meditirale s tistimi, ki tega niso prakticirale. Pri meditatorjih se je izkazala višja čuječnost, sočutje ter občutek dobrega počutja in zelo malo psiholoških simptomov ruminacije, supresije misli, strahu pred čustvi in njihove regulacije.

Udejstvovanje v MBSR-programih se je izkazalo koristno tako za klinične kot tudi neklinične skupine. Pri osebah so se zmanjšale razpoloženske motnje, kot so anksioznost (Anderson in drugi, 2007; Shapiro in drugi, 1998, po Keng in drugi, 2011) in depresija (Anderson in drugi, 2007; Grossman in drugi, 2010, Speca in drugi, 2000, po Keng in drugi, 2011). Udeleženci so bolj obvladovali jezo (Anderson in drugi, 2007, po Keng in drugi, 2011) in manj se je pojavljala ruminacija (Anderson in drugi, 2007, po Keng in drugi, 2011). Pomembno so se zmanjšali splošen psihološki distress (Bränström in drugi, 2010; Nyklíček in Kuipers, 2008; Oman in drugi, 2008; Shapiro in drugi, 2005; Speca in drugi, 2000; Williams in drugi, 2001, po Keng in drugi, 2011), neorganizirana kognicija (Speca in drugi, 2000, po Keng in drugi, 2011), simptomi posttravmatskega izogibanja (Bränström in drugi, 2010, po Keng in drugi, 2011) in razni medicinski simptomi pri kliničnih skupinah (Williams in drugi, 2001, po Keng in drugi, 2011). Posamezniki so občutili povezanost (Weissbecker in drugi, 2002, po Keng in drugi, 2011), se duhovno poglobili (Astin, 1997; Shapiro in drugi, 1998, po Keng in drugi, 2011) in bili zmožni odpuščati (Oman in drugi, 2008, po Keng in drugi, 2011). Z osvojitvijo stanja čuječnosti (Anderson in drugi, 2007; Shapiro in drugi, 2008; Nyklíček in Kuipers, 2008, po Keng in drugi, 2011) so bili zmožni globlje empatije (Shapiro in drugi, 1998, po Keng in drugi, 2011) ter sočustvovanja (Shapiro in drugi, 2005, po Keng in drugi, 2011). Izboljšal se je pozitiven afekt (Anderson in drugi, 2007; Bränström in drugi, 2010; Nyklíček in Kuipers, 2008, po Keng in drugi, 2011), zadovoljstvo z življenjem in sama kvaliteta življenja (Grossman in drugi, 2010;



Koszycki in drugi, 2007; Nyklíček in Kuijpers, 2008; Shapiro in drugi, 2005, po Keng in drugi, 2011).

## 4 ČUJEČNOST V PSIHOTERAPIJI

V današnjem času je pogosto prisotno vključevanje čuječnosti v razne psihoterapevtske pristope. Še posebej do izraza pride v kognitivno-vedenjski terapiji, kjer sintezo imenujejo kar tretji val v razvoju vedenjske terapije. Hayes (2002) pravi, da je prvi val zajemal uporabo teorije in principov učenja pri razvoju specifičnih vedenjskih intervenc za čustvene motnje, drugi je zajel še kognitivne vidike psihopatologije, torej pozornost, spomin in mentalne reprezentacije. Zadnji, tretji, je kombinacija prvih dveh ter elementov čuječnosti.

Imamo več načinov, kako jo lahko v proces terapije vključimo. Lahko postane središče bolezenskega razvoja oz. zdravljenja, kjer se poudarja pomen klientovega zavedanja in sprejemanja doživljanja. Obstajajo tudi specifični čuječnostni programi oz. terapevtski pristopi, kjer najdemo čuječnost kot glavni sestavni del. V uporabi so posamezne vaje ali tehnike, ki jih izvajamo med seansami ali izven njih, npr. domača naloga, ko doma vadimo čuječnost v raznih situacijah. In nazadnje je lahko koristna kot psihoterapevtov način dela (Černetič, 2011).

Po mnenju Martina (1997) je vsem psihoterapevtskim pristopom skupna ravno čuječnost. O njej govori kot o svežem pogledu na stvari, nepristranem ter raziskovalnem procesu opazovanja, ki nam omogoči opustitev nefunkcionalnih misli, emocij in vedenja. To imenuje psihološka svoboda. Svobodni smo namreč po njegovem zato, ker nismo pod vplivom pogledov drugih, to so naši sorodniki, prijatelji, znanci, kultura itd. ali celo svojega pogleda nase in na svet. Tako smo sposobni sprejeti nove, sveže informacije o naših psiholoških shemah ter shemah drugih. Primer, ki ponazarja takšno zavedanje, lahko vzamemo v geštalt psihologiji, to so dvosmiselne slike. Kot primer, Rubinova vaza, ko lahko v isti sliki vidimo dva obraza ali pa vazo. Pri procesu zaznavanja samo določene dele organiziramo v neki lik in tako dobimo eno od podob (Černetič, 2011).

Pri čuječnosti poteka podoben proces, ko zaznano razstavimo in si tako dele vsebine ogledamo posebej, npr. čustva ločimo od misli, ki se nam porajajo. Tako z zbranimi mislimi zaznamo nastalo čustvo ter misel, ki se nam je porodila. Ponudi se nam nabor alternativnih percepcij iste vsebine. Ko se s pomočjo čuječnosti začnemo zavedati obstoja obeh alternativ, lahko spremenimo našo obstoječo identifikacijo z ustrežnejšo (Černetič, 2011).

Na področju kognitivno-vedenjske terapije se je do zdaj razvilo največ na področju čuječnosti in sprejemanju temeljčih programov oz. terapevtskih pristopov. Problem se lahko pojavi, kadar se tehnike uporabljajo izven psihoterapevtske prakse, v katero je čuječnost vključena, saj so lahko neučinkovite. Oseba mora čuječnost ponotranjiti, pri čemer ji pomagajo usposobljeni učitelji, da bi bile tehnike učinkovite. Anksioznemu posamezniku, ki se bo znašel v situaciji, ki mu vzbuja fobijo, morda ne bo uspelo izvesti naučene vaje in doseči povečanega stanja čuječnosti, da bi se anksioznost zmanjšala, v primeru da bo vajo obravnaval zgolj kot sredstvo, ki naj bi mu pomagalo. Klient se po drugi strani lahko z anksioznostjo sprijazni in jo sprejme kot del trenutnega doživljanja, kar postopoma povzroči zmanjšanje doživljanja tesnobnih občutkov. Odsvetuje se torej njena uporaba zgolj kot tehnika (Černetič, 2011).

Eden izmed ključnih pokazateljev terapevtskega izzida naj bi bil odnos med psihoterapevtom in klientom (Siegel, 2010). Učinkovitost terapij so raziskovali tudi Bachler in sodelavci (2007), ki so ugotovili boljše izide pri klientih, katerih terapevti so izvajali čuječnostno meditacijo. Že Freud je govoril o pomenu psihoanalitike pozornosti na uspešnost terapije. Poimenoval jo je prostolebdeča pozornost, pri kateri se terapevt ne trudi biti posebej pozoren na nobeno posamezno vsebino v pripovedi klienta, temveč vsakemu delu nameni enako količino pozornosti (Černetič, 2011).

Boljši izidi so bili posledica uspešnega funkcioniranja terapevtov. Lažje so namreč zaznavali pomembne vsebine in trenutke med terapijo, vzpostavili in ohranjali terapevtski odnos, uspešneje obravnavali kontratransfer, zmanjšali izgorelost, strokovno in osebno dozoreli in se soočili z lastnimi šibkimi točkami (Černetič, 2011).

## 5 PROGRAMI, KI TEMELJIJO NA ČUJEČNOSTI

Med programi, ki temeljijo na čuječnosti, je najbolj poznan MBSR ali na čuječnosti osnovano zmanjševanje stresa, ki ga je uvedel Kabat-Zinn leta 1979. MBCT ali na čuječnosti temelječa kognitivna terapija, ki so jo uvedli Segal, Williams in Teasdale po letu 1990 (po Černetič, 2011) je drug najpogostejši program. Izvajata se tudi terapija sprejemanja in zavezanosti ali ACT, katere pionirji so Hayes, Strosahl in Wilson (po Černetič, 2011), dialektična vedenjska terapija oz. DBT avtorice Linehana (po Černetič, 2011), čuječnostna realitetna terapija ali MBRT, ki jo je uvedel Pierce (po Černetič, 2011) ter čuječnostna umetnostna terapija ali MBAT avtorjev Monti in Peterson (po Černetič, 2011).

Za specifično problematiko so oblikovali integracijo čuječnosti ter kognitivno-vedenjskih pristopov za generalizirane anksiozne motnje (Roemer in Orsillo, 2005), obsesivno-kompulzivne motnje (Roemer in Orsillo, 2005), zasvojenosti (Witkiewitz, Marlatt in Walker, 2005), partnerske odnose (Baer, 2006), rakava obolenja (Carlson, Speca, Patel in Goodey, 2003) itd. V Sloveniji pa sta nastali integraciji čuječnosti in transakcijske analize (Žvelc, Černetič in Košak, 2011) ter intervencna čuječno procesiranje (Žvelc, 2012).

Kljub dolgoletnemu obstoju čuječnosti v budizmu ter drugih duhovnih tradicijah se je njena uporaba na Zahodu razširila šele okoli leta 1970. Aplicirana je bila na področju psihološkega zdravja (Keng in drugi, 2011). Zaslugo za to imajo številne znanstvene raziskave, ki dokazujejo pozitivne učinke na počutje posameznikov ter razvoj vprašalnikov, s katerimi so koncept znanstveno utemeljili. Avtorja Brown in Ryan (2003) nas v svojem članku seznanita s petimi instrumenti, s katerimi lahko čuječnost znanstveno merimo. Med njimi so Freiburški vprašalnik čuječnosti (Buchheld, Grossman in Walach, 2001, po Černetič, 2005), Lestvica čuječne pozornosti in zavedanja (Brown in Ryan, 2003, po Černetič, 2005), Torontska lestvica čuječnosti (Bishop in sodelavci, 2004, po Černetič, 2005), Kentuckyjski vprašalnik čuječnostnih spretnosti (Baer, Smith in Allen, 2004, po Černetič, 2005) ter Kognitivno-afektivna lestvica čuječnosti (Hayes in Feldman, 2004).

## 5.1 Ciljne skupine izvajanja programov čuječnosti

Številne raziskave, ki so proučevale programe temelječe na čuječnosti, so ugotovile pozitivne učinke za širok nabor pacientov, na katerih lahko simptomatika ugodno deluje in izboljšuje kvaliteto njihovega življenja. Med pacienti so osebe po presaditvi organov (Gross, Kreitzer, Russas, Treasa, Frazier in Hertz, 2004, po Černetič, 2005), rakavi bolniki (Carlson, 2013), osebe po travmatski poškodbi možganov (Bedard in drugi, 2003, po Černetič, 2005), pacienti z luskavico (Kabat-Zinn, 2003, po Černetič, 2005) in multiplo sklerozo (Mills in Allen, 2000, po Černetič, 2005).

Pomaga tudi študentom medicine (Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard in Hojat, 2003; Shapiro, Schwartz in Bonner, 1998, po Černetič, 2005), športnikom (Keeva, 2004, po Černetič, 2005) ter v izboljšanju medosebnih odnosih; v partnerstvu (Carson, Gil in Baucom, 2004, po Černetič, 2005), starševstvu (Ott, 2002, po Černetič, 2005) ali pri zaposlitvi, kjer ugodno vpliva na izboljšanje odnosov s sodelavci in na boljše delovanje na delovnem mestu (Napoli, 2004, po Černetič, 2005).

Taconova (2003) je prišla do spoznanja, da čuječnost pri bolnikih z rakom poveča občutek kontrole, kar pozitivno vpliva na potek bolezni. Zmanjšata se tudi zanikanje in potlačevanje negativnih čustev, ki ravno tako vplivajo na bolezen. S sodelovanjem s Caldero in Ronaghanom je Taconova (2004) pri pacientih odkrila boljšo psihično prilagoditev na bolezen in zmanjšan stres. Bonus in dr. (2003) so opazili učinek tudi pri izboljšanju splošnega imunskega sistema.

## 5.2 Opis na čuječnosti temelječega programa za zmanjševanje stresa (MBSR)

MBSR se prakticira na pacientih s kronično bolečino ali stanjih povezanih s stresom. Poteka v osmih tedenskih skupinskih srečanjih, ki trajajo po dve uri in pol, ter enega celodnevnega srečanja. Program je sestavljen iz vodenih čuječnostnih meditacij, medsebojne izmenjave izkustev v skupini, psihoedukacije o stresu in emocijah, domačih nalog in materiala za domačo prakso (CD z meditacijami in delovni zvezek), ki traja približno 45 minut na dan. Skupine lahko sestavlja do 30 udeležencev z različnimi problemi (Kabat-Zinn, 1982).

Udeležence spodbujajo k osredotočanju pozornosti neposredno na dejavnost, npr. dihanje, hoja, prehranjevanje. Pri nekaterih vajah v primeru izgube koncentracije in preusmeritve fokusa na misli, spomine ali fantazije, se potrudijo pozornost nežno vrniti nazaj na prvotno situacijo, ki so jo opazovali. Čustva in telesne zaznave, ki se jim porajajo, morajo pozorno opazovati, zaznati, kako se počutijo, kje v telesu čutijo in kako se s časom to spreminja. Osredotočajo se tudi na dražljaje iz okolice, razne zvoke, vonje ali prizore. Zaznav ne smejo kritizirati ali jih skušati spremeniti, temveč skušajo biti do njih odprti, prijazni, jih dojemati z zanimanjem in sprejemanjem. Čuječna meditacija se od ostalih meditacij, pri katerih se osredotočajo na določen dražljaj, loči po tem, da se na specifičen dražljaj osredotočamo samo na začetku, npr. na dihanje, nato pa nadaljujemo samo z opazovanjem tega, kar se nam v zavesti pojavi (Baer, 2006). Nevrološke raziskave, kjer so sodelovali dolgoletni meditatorji, so pri njih potrdile povečanje vzdrževane pozornosti zaradi prakticiranja meditacije. Izmerili so odebeljen desni prefrontalni korteks in desno anteriorno inzulo, ki sta še posebej odgovorni za zavedanje notranjih telesnih stanj (Lazar, Fischl, Kerr in Wasserman, 2005).

Navadno se program prične tako, da vodja pojasni metode in logiko srečanj ter spodbudi udeležence k postavljanju vprašanj in navajanju razlogov za njihovo udeležbo. Pojasni tudi vaje iz meditacije, ki jih morajo delati doma in jih spodbudi, da obljubijo udeležbo na vseh srečanjih ter da bodo izpolnjevali domače naloge (vsaj 45 minut na dan). Vključena so tudi predavanja o fiziologiji stresa, odzivanju na stres in vpliv ocene na zaznan stres. Po končanem programu sledijo individualni intervjuji, kjer predelajo izkušnjo in nadaljnje cilje, ki so si jih zastavili (Baer, 2006).

Po uvodnem srečanju sledijo praktične vaje:

- Čuječe hranjenje z rozino, kjer v izkušnji prevladuje začetniški um.
- Pregled telesa je prva formalna meditacija, ki jo udeleženci izvajajo. Fokus pozornosti razširimo še na posamezne dele telesa, ne samo na dihanje. Oseba spozna, da vsa občutja ob meditaciji izvirajo iz fizičnih sprememb v telesu. Na telo velikokrat pozabimo, ker moramo v današnjih časih razmišljati predvsem z glavo in telo postavimo na stranski tir. Vsako stanje uma odseva v stanju telesa. Z vajo postanemo spet pozorni na telo, začutimo tudi sproščanje celega telesa.
- Pri sedeči meditaciji usmerjajo pozornost na dihanje, občutke, zaznave in misli.
- Čuječnost lahko vnesemo tudi v gibanje. Joga je najpogostejša vrsta aktivnosti, ki se izvaja v programih, saj z njo oseba doseže občutek povezanosti telesa in uma. Preko telesne vadbe izboljša ravnotežje, prilagodljivost, vzdržljivost, potrpljenje, um, ki je osnova za duhovni razvoj, se disciplinira.
- Preko meditiranja med hojo čuječnost prenesemo na zunanju svet in ostale aktivnosti.
- Čuječnost se izvaja vsakodnevno v situacijah, s katerimi se nenehno srečujemo. To vodi k večjemu samozavedanju in zmožnosti tvorjenja prilagoditvenih odločitev, s katerimi obvladamo težke situacije ter povečamo uživanje v trenutku.
- Diskusija o vajah ustvarja varno okolje, kjer udeleženci o tem lahko govorijo. Zaradi pogovora jih prevzame tudi radovednost in želja po raziskovanju, ker vidijo zanimaje drugih.
- Celodnevna meditacija ali dan tišine je sestavljen iz šest ur dolge meditacije in joge v tišini. Če jo izvajajo v tišini, s tem prihranijo energijo, ki jo lahko usmerijo v čuječnost, namesto da bi jo usmerjali v trud za ohranjanje koncentracije, ki nam jo govor odjema. Jezik je namreč simbolna predstava naših misli, ki jih tako lažje utišamo. Meditacijam, ki smo jih že spoznali, se pridruži še meditacija ljubeznivosti in prijaznosti. Njen osrednji namen je želja, da dosežemo srečo, da dosežejo srečo naši bližnji, ljudje, ki jih ne poznamo, cello sovražniki in na koncu vsa živa bitja. S tem dosežejo občutek povezanosti, ki spremeni tudi pogled na bolezen, ki jo sedaj vidijo le kot eno izmed stanj, ki se lahko pojavijo.
- Branje poezije nam vzbudi predstave o pomembnih elementih čuječnosti.

### 5.3 Opis na čuječnosti temelječe kognitivne terapije (MBCT)

Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija izvira iz čuječnostnega programa za zmanjševanje stresa. Razlikujeta se v tem, da se MBCT bolj osredotoča na depresijo kot pa na stres in je namenjena osebam, ki želijo preprečiti ponovno depresivno epizodo. Zajema osem tednov srečanj, ki trajajo po dve uri in se jih udeleži do 12 oseb na skupino (Baer, 2006). Program so razvili Segal, Williams in Teasdale, ki so združili trening čuječnosti ter elemente iz kognitivne terapije (Segal, Williams in Teasdale, 2002). Udeležencem pomaga dojeti misli le kot mentalne dogodke in ne kot dejstva, prepoznati negativne samodejne misli, ki imajo vlogo pri depresivnih simptomih in preprečiti psihološki vpliv negativnih misli (Barnhofer, Crane in Didonna, 2009, po Kage in drugi, 2011). Za razliko od tradicionalne kognitivne terapije pa tukaj ni poudarek na spreminjanju veljavnosti vsebine misli in razvoju alternativnih misli, ampak skušajo spremeniti zavedanje ter odnos do misli in čustev (Teasdale in drugi, 2000). V primeru, da se negativne misli, ki so prisotne pri depresiji, začnejo povezovati z depresivnimi stanji in če število epizod naraste, postanejo tudi samodejne negativne misli hitreje aktivirane zaradi občutkov disforije. Negativne misli lahko povečajo depresivno razpoloženje in druge simptome, kar poveča tveganje za ponovitev epizode. Preko sprejemanja MBCT pomaga pacientom spremeniti vzročno-posledično povezavo med negativnimi mislimi in disforijo (Teasdale in drugi, 1995).

MBCT-program se je izkazal kot uspešen pri pacientih z rakom. Izboljšalo se je njihovo stanje depresije in anksioznosti, stiska, v kateri so se znašli in sama kvaliteta življenja v primerjavi s kontrolno skupino (Foley, Baillie, Huxter, Price in Sinclair, 2010).

V MBSR- in MBCT-programih najdemo iste vaje, kot so: čuječe hranjenje z rozinami, vaja, kjer se skozi meditacijo osredotočamo na posamezne dele telesa, meditacija v sedečem položaju, Hatha joga, meditacija med hojo, uporaba čuječnost pri vsakodnevnih opravilih. Obema programoma je skupna diskusija o rezultatih in občutkih pri posamezni vaji, izvajanje celodnevne meditacije in branje poezije. Programa se razlikujeta v vajah, ki jih najdemo v MBCT:

- Tri minute oddiha za dihanje, ki osebo nauči razlikovati med samodejno reakcijo ter kontroliranim, naučenim odzivom, kar ji omogoči, da jasno vidi alternative, med katerimi lahko izbira.



- Ozaveščanje problematičnih vsebin med sedečo meditacijo. Med vajo so udeleženci pozorni na to, v katerem delu telesa se pojavijo zaznave, ki so povezane s težavo. Z ohranjanjem koncentracije se naučijo, kako se ne izogibati bolečim občutkom in da se lahko z njimi soočijo.
- Cilj vaj kognicije je oblikovanje decentriranega vidika notranjih izkušenj. Med vajami najdemo naslednje:
  - Vaja s poudarkom na mislih in občutjih THOUGHTS AND FEELINGS EXERCISE vodi do spoznanja koncepta, da misli niso dejstva. Neko situacijo si vsaka oseba drugače interpretira. Na podlagi interpretacije se v osebi začnejo porajati občutki in čustva. Vedeti moramo, da drugačne misli o situaciji lahko pripeljejo do drugačnih čustev, zato moramo biti pozorni na misli, ki se jih včasih sploh ne zavedamo, a kljub temu vplivajo na nas.
  - Diskusija o samodejnih mislih, ki se navezujejo na depresijo. Udeleženci spoznavajo, kakšne misli so simptomi depresije in kako pomembno je te misli dojemati kot tvorbe uma in ne kot resnično stanje.
  - Razpoloženja, misli in alternativni pogledi so vaje, kjer dojamejo, kako močno na naše misli vpliva naše razpoloženje, da se misli spreminjajo glede na okoliščine in jih zato ne moremo vzeti kot dejstvo.
- Aktivnosti obvladovanja in užitka dajo osebi motivacijo za aktivnost, ko je ta zaradi nizkega razpoloženja znižana. To prepreči ponovitev depresivne epizode. Med njimi najdemo klepet s prijatelji, nakupovanje, ogled filma ali pa občutek zadovoljstva, ker je oseba nekaj dosegla, npr. plačala račune ali opravila neko delo itd.
- Seznam dejavnosti iz zgornje vaje, ki udeleženca spodbudi, da postane aktivnejši, mu pomaga pri vaji Načrtovanje aktivnosti za preprečevanje epizod. Vanjo vključijo naučene sposobnosti, ki jih uporabijo, ko zaznajo, da se pojavljajo znaki za začetek epizode. To so lahko razdražljivost, zmanjšana motivacija, upad socialnosti, spremembe prehranjevanja in spanja. Najprej si vzamejo 3 minute za vajo oddiha, da se povežejo s sedanjim trenutkom. Nato izberejo eno od čuječnostnih aktivnosti, ki so se jo naučili. Nazadnje si izberejo aktivnost s seznama, ki jo izvedejo tudi, če niso motivirani (Baer, 2006).

## **5.4 Druge terapevtske usmeritve, ki temeljijo na čuječnosti**

Obstajata še dve terapevtski usmeritvi, ki ju v zaključni nalogi ne bom obravnavala, ker se posvečata udeležencem z motnjami in boleznimi, ki niso predmet moje zaključne naloge. To sta dialektična vedenjska terapija (oz. DBT), ki je bila razvita za osebe z mejnimi osebnostnimi motnjami ter terapija sprejemanja in zavezanosti (oz. ACT), ki učinkuje na širok nabor motenj in problemov. Deluje na spremembo vedenja in čuječnost ter proces sprejetja. Od MBSR in MBCT se razlikujeta po dolžini meditacije, ki je pri ACT in DBT krajša in manj formalna. ACT je v osnovi individualna, terapiji MBSR in MBCT sta skupinski, DBT pa je oboje. Terapija z ACT lahko traja nekaj tednov, z DBT pa tudi eno leto (Bach in Hayes, 2002, po Baer, 2006). Pomembna razlika je še poudarek strategij sprejemanja pri MBSR in MBCT, pri DBT in ACT pa strategij spreminjanja vedenja. Kljub razlikam pa imajo relevantno skupno točko in to je sedanja izkušnja, ki ima velik pomen za zmanjšanje simptomov ter izboljšanje dobrega počutja (Baer, 2006).

## 6 RAK IN ČUJEČNOST

Rak je definiran kot spekter bolezni, za katere je značilna nekontrolirana in nenormalna delitev celic v telesu. V razvitem svetu je na drugem mestu vodilnih vzrokov smrti, povzroči 8,2 milijona smrti po svetu (World Health Organization, 2014). Poleg operacij, obsevanj in kemoterapij, ki so prevladujoča oblika zdravljenja, so v uporabi tudi specifične tarčne terapije in biološke oblike zdravljenj z boljšo učinkovitostjo, ki imajo manj stranskih učinkov (Baselga in Hammond, 2002).

### 6.1 Opis na čuječnosti temelječega programa za okrevanje po raku (MBCR)

Začetnika MBCR programa sta Linda Carlson in Michael Speca. Razvila sta ga leta 1995 (Baer, 2006). Na čuječnosti osnovan program za okrevanje po raku je pomembna dopolnitev oskrbe, ki se izvaja na Zahodu (operacije, zdravila, kemoterapije in obsevanja). Pacienti se najprej naučijo razlikovati med avtomatskimi odzivi ter odzivi, ki se jih zavedajo (Ostafin in Kassman, 2012). Popolnoma naravno si posameznik lahko pomaga samo s pozornostjo, ki jo mora preusmeriti na sedanji trenutek, da se ne fokusira na ruminativne, katastrofalne misli. Učinkovitost MBCR se navezuje na posvečanje osebi kot celoti in ne samo diagnozi raka. Pacientom ponuja oporo za spoprijemanje s simptomi, stranskimi učinki in s tem izboljšuje kvaliteto njihovega življenja. Izboljšuje njihovo spoprijemanje z boleznijo, žal pa ni zdravilo za raka (Baer, 2006).

S programom MBSR sovpadajo naslednje vaje čuječnosti: hranjenje z rozino, pregled telesa (rakavi bolniki pogosto čutijo, da jih je telo izdalo in sedaj se jim ponudi priložnost, da spet vzpostavijo prijateljski odnos s svojim telesom), sedeča meditacija, Hatha joga, meditiranje med hojo ter celodnevna meditacija. Program pa je sestavljen še iz naslednjih vaj:

- Dihanje s trebušno prepono pacientom omogoči optimalnejše funkcioniranje, saj iz telesa odvede ogljikov dioksid in nas napolni s kisikom.
- S predstavo o življenju, kakršega si predstavljajo v svoji prihodnosti, ponudijo udeležencem motivacijo za doseg cilja, ki si ga želijo doseči.
- Z uporabo slik iz narave med meditacijo, npr. gorovja, jezera in dreves, se poistovetimo s kvalitetnimi lastnostmi naših predstav (mogočnost gora nam da občutek, da smo zmožni premagati vse, kar nas doleti).

- Vaja "Kdo sem" predstavi tradicionalne stvari, ki so jih oboleli imeli pomembne za definiranje svojega obstoja (npr. lasje, ki jih večina igubi zaradi kemoterapij) kot minljive in nestabilne ter pokaže, da obstajajo dolgotrajnejše dimenzije obstoja (Baer, 2006).

## 6.2 Stres in rak

Ob seznanitvi z diagnozo se vsak bolnik nenadoma znajde pred novimi življenjskimi izzivi. Vsakodnevno rutino, ko je razmišljal, kaj bo jedel za zajtrk ali pa oblekel za v službo, sedaj zamenjajo vprašanja, ki se tičejo njegovega obstoja. Naenkrat mu vprašanja postavljajo zdravniki, ki jim mora odgovoriti, kako se bo spopadel z boleznijo, ki je sedaj osrednja misel v njegovem dnevu. Odločiti se mora, kakšen način zdravljenja bo izbral glede na statistične podatke, ki pa lahko, da zanj ne držijo. Znajde se v stiski, ker se smrt naenkrat zdi veliko bližje, čeprav se je že prej zavedal neizogibnosti dogodka. Sledijo naporna in tvegana testiranja, nato pa še zdravljenje, za katerega ni zagotovila, da bo učinkovalo. Oba dejavnika lahko privedeta do anksioznosti in depresije (Foley in drugi, 2010).

Zdravljenja, ki zajema operacije, kemoterapije in obsevanja, imajo veliko stranskih učinkov. Pacienti so omejeni glede gibanja po operacijah, kemoterapije jim povzročajo ponavljajočo slabost, nespečnost, izčrpanost, izpadanje las, upad samozavesti in samoidentitete. Nekateri izgubijo okus in vonj, lahko tudi apetit. Obsevanja lahko povzročijo povečano občutljivost in ožganost kože blizu območij obsevanj, velikokrat bolniki občutijo tudi izčrpanost. Poleg telesnih posledic jih doletijo še spremembe v socialnem življenju. Medosebni odnosi se začnejo spreminjati, ravno tako rutinske stvari, kot so služba, šolanje itd. Cilji glede prihodnosti propadejo, saj morajo ponovno premisliti o usmeritvi svoje življenjske poti. Pojavijo se morebitne finančne težave in ob vsem tem kaosu se zdi pot nazaj v normalno življenje nemogoča. Po koncu terapij navadno pacienti potrebujejo še vsaj leto dni, da si opomorejo od izčrpanosti. To lahko pri svojcih ali pa pacientih povzroči razočaranje, naveličanost, frustracijo ter zaskrbljenost, da se bo zaradi dolgotrajnosti zdravljenja bolezen ponovila. Zaznavanje smrti kot nekaj kar ni zelo oddaljeno, jih lahko onespособi ali pa jih motivira za globoko spremembo k osebni rasti in samospoznavanju. Pozornosti tako ne namenjajo več toliko obžalovanju ter žalosti iz preteklosti

ali pa skrbem in strahu glede prihodnosti, temveč je prisotna v trenutku, ki ga želijo polno izkusiti (Carlson in Speca, 2010).

### **6.3 Odzivi na stres in posledice**

Skozi evolucijo je človek razvil učinkovite reakcije na stresne situacije, ki so mu pomagale preživeti, ko je zaznal, da je ogrožen. Carlson in Speca (2010) opisujeta primer odziva na stres, ki ima lahko nasproten, celo škodljiv učinek za človeka. Torej kadar se na stres odzovemo, ko mimo nas pridrvi avto, ki nas lahko povozi, je to zaželeno reakcija. Problem pa se pojavi takrat, ko jo začnemo aplicirati v vsakdanjem življenju za dogodke, ki nam ne bi smeli povzročati skrbi. V današnjih časih sem spadajo finančne težave, službeni pritiski, promet, strah pred kriminalom in v našem primeru strah pred bolečino in negotovost glede prihodnosti pri rakavih bolnikih. Čeprav ne gre za življenjsko ogrožujoče dogodke, je odziv enak kot pri teh, saj je edini, ki ga naše telo pozna, ko nam skuša pomagati. Če na vsakem koraku zaznavamo potencialne stresne situacije, hormoni, ki jih izločamo, pripeljejo do izčrpanosti. Če se zavedamo, da stres pride iz nas, ko se odločimo, ali je ali ni nekaj problem, ga lahko lažje kontroliramo. Ljudje različno interpretirajo pomen dogodkov, ki se jim pripetijo. Nekateri razvijejo uspešne tehnike za spoprijemanje in zaupajo vase, da se lahko spopadejo s kakršnokoli situacijo. Najprej se mora oseba naučiti prepoznati svoje stresne reakcije in vzrok zanje, nato pa še razumeti, da lahko izbira, kako se bo odzvala za življenjske dogodke, da lahko spremeni stresne reakcije. K temu vsekakor pripomore trening čuječnosti (Carlson in Speca, 2010).

### **6.4 Učinki čuječnosti pri rakavih bolnikih**

Za prakticiranje MBSR-programa se večinoma odločijo posamezniki, ki menijo, da je stres glavni vzrok za njihovo bolezen, vendar tega raziskave niso zanesljivo potrdile (Fox, 1995). Čuječnost jim pomaga raziskati vedenje, misli, občutja in telesne odzive, kar jih lahko usmeri proti vzroku bolezni. S tem spoznavajo tudi cikel stresa. Kljub temu, da namen čuječnosti ni k nekemu cliju usmerjeno vedenje, ampak le preprosta prisotnost, pacientom pomaga uravnati nivo

vzburjenosti ter s tem simptome in stranske učinke bolezni, npr. bolečino in izčrpanost (Mundy, DuHamel in Montgomery, 2003).

Zmožnost osredotočanja na sedanji trenutek je zelo pomembna za rakave paciente, saj največkrat občutijo stres ravno zaradi razmišljanja o preteklosti, ko spoznajo, kaj vse obžalujejo, ter o prihodnosti, ki jim povzroča strah pred bolečino in trpljenjem ter izgubo življenja. Z osredotočenostjo na trenutek takšne misli in čustva zaznajo, razumejo in jih povežejo (Baer, 2006). Relaksacija, ki je produkt čuječnosti, dokazano zmanjšuje intenziteto stranskih učinkov (Sloman, 1995, po Carlson in Speca, 2010). Nevrološka raziskava, ki jo opiše Siegel (2007, po Žvelc, Černetič in Košak 2011), dokazuje učinke čuječnosti na samokontrolo emocij in strahu. Dolgotrajna praksa čuječnosti je namreč imela učinek na povečanje debeline srednjega prefrontalnega režnja, ki je odgovoren za kontrolo reakcij, uravnavanje emocij, razvoj empatije, nadzor strahu, razvoj uvida in fleksibilnega odzivanja.

Pri raziskovanju pojavnosti formalnih psihiatričnih motenj na vzorcu 215-ih rakavih pacientov so raziskovalci Derogatis, Morrow in Fetting (1983) dokazali, da je 47 % udeležencev imelo formalno psihiatrično motnjo. Od tega jih je približno 68 % imelo prilagoditveno motnjo, 13 % pa hujše afektivne motnje. Ocenili so tudi okoli 85 % pacientov z depresijo ali anksioznostjo.

Palmer, Kagee, Coyne in DeMichele (2004) so na drugem vzorcu pacientov z rakom na dojkah, ki so jih testirali kar v enem izmed centrov za zdravljenje raka, odkrili, da se redko pojavijo intenziven strah, občutki nemoči in groze, ki mejijo na postravmatsko stresno motnjo. Po koncu zdravljenja se velikokrat pojavijo težave glede telesne samopodobe, strah pred ponovitvijo in seksualne težave (Kornblith in Ligibel, 2003, po Baer, 2006). Odnosi s partnerjem, svojci in prijatelji so takrat stresnejši, spremeni se tudi dnevna rutina (Pitceathly in Maguire, 2003, po Baer, 2006).

Ustanovitelji programa MBCR so izvedli raziskavo, ki je pri udeležencih z rakom pokazala za 65 % manj razpoloženskih motenj: anksioznosti, depresije in jeze (Speca, Carlson, Goodey in Angen, 2000). Počutili so se vitalnejše in manj zmedene ter izčrpane. Za 35 % so se zmanjšali tudi simptomi stresa, mišična napetost, prebavne težave, vzbujenost živčnega sistema, razdražljivost, težave s spanjem, pretirano pitje in hranjenje (Carlson, 2013).

Da bi izboljšali razumevanje pozitivnega delovanja čuječnostnih programov, so potekale raziskave, ki so razložile biološke zakonitosti mehanizmov čuječnosti. V eni od raziskav so v skupini pacientov z rakom tri mesece po obisku MBSR-programa merili njihove biološke vzorce imunosti, endokrinih in avtonomnih funkcij (Carlson, Speca, Patel in Goodey, 2003; 2004). Meritve so pokazale boljšo kvaliteto življenja, izboljšanje simptomov stresa ter kvalitete spanja. Čeprav neke opazne spremembe glede imunosti ni bilo, pa se je povečalo število interleukinov IL-4, ki naj bi imeli antirakavo delovanje pri raku dojke. Po končanem programu so izmerili tudi zmanjšan nivo kortizola proti večeru ter normaliziran vsakodnevni profil izločanja kortizola. Nenormalen profil izločanja kortizola, ki pomeni povečan nivo stresnega odziva, so Sephton, Sapolsky, Kraemer in Spiegel (2000) v svoji študiji povezali s krajšim časom preživetja pri rakavih bolnikih. Uravnavanje primerne izločanja hormona se torej povezuje z dolgoživostjo pacientov.

Čuječnostna meditacija učinkuje na povišanje nivoja melatonina v telesu oseb, ki jo prakticirajo. Melatonin je za dobro počutje pomemben, saj sodeluje pri bioloških funkcijah, ki zdravje ohranjajo in preprečujejo bolezni, med drugim tudi raka dojke in prostate, kot so ugotovili Massion, Teas, Hebert, Wertheimer in Kabat-Zinn (1995). Raziskave na področju nevrologije so kot posledico izvajanja različnih tehnik meditacij pokazale avtonomne in hormonske spremembe, npr. na področju sistema endogenih opiatov, GABA, norepinefrina in serotoninkega sistema. Kar dokazuje uporabnost meditacije za omejevanje stresa ter izboljšanje fizičnih in umskih motenj preko razumevanja njenih bioloških mehanizmov delovanja (Newberg in Iversen, 2003).

Zahtevno in izčrpavajoče zdravljenje raka ter negotovost glede prihodnosti sproži pri bolnikih občutek, da nimajo nikakršne kontrole nad svojim življenjem. Občutek nemoči občutno korelira s psihološkim distresom in zmanjšanim prilagajanjem na bolezen (Lev, Paul in Owen, 1999; Lowery, Jacobson in DuCette, 1994, po Baer, 2006). Na čuječnosti temelječ program osebo nauči sprejemanja. To poteka tako, da izkušnjo ohranja v zavesti, medtem pa opušča poistovetenje s potrebo po odzivu. Pacient si tako lahko oddahne od poskusov kontroliranja reakcij.

Zavedanje glede umrljivosti se pri osebah, ki jim postavijo diagnozo, bistveno poveča. Posledice so lahko negativne ali pozitivne. Pogosta sprememba je povečana skrb za osebno rast (Cordova in Andrykowski, 2003, po Baer, 2006). Pri nekaterih pride do izboljšanja njihovih medosebnih

odnosov, poveča se njihova trdoživost in bolj cenijo življenje (Katz, Flasher, Cacciapaglia in Nelson, 2001, po Baer, 2006). Nekaterim se življenje nikoli več ne vrne v normalno stanje, kot so ga živeli pred diagnozo. S pomočjo čuječnosti pa občutijo hvaležnost, da je sprememba v njihovem življenju prisotna na več področjih. Čeprav izgubijo zdravje, so hkrati deležni spremembe na področju samoaktualizacije in samospoznavanja, ki jim lahko tudi v takšnem stanju obogatita življenje. S tem lažje sprejmejo tudi nezaželene spremembe (Baer, 2006).



## **7 UKREPI IN LASTNOSTI, KI POVEČAJO UČINKOVITOST NA ČUJEČNOSTI TEMELJEČIH PROGRAMOV**

Najprimernejši čas za udeležbo na čuječnosti temelječem programu za okrevanje po raku je obdobje po prenehanju zdravljenja, ker se takrat pacienti postavljajo na noge in niso tako izčrpani, vzamejo si lahko tudi bolniški dopust, da so prosti drugih obveznosti (Kabat-Zinn, Massion, Hebert in Rosenbaum, 1998, po Baer, 2006). Udeležencem se lahko v skupini pridružijo tudi njihovi bližnji, če pokažejo motivacijo in željo, da bodo obiskovali vsa srečanja (Baer, 2006).

Nekatere osebnostne značilnosti pomagajo pri uporabi meditacije za zmanjšanje stresa in uravnavanje razpoloženja (Bishop, 2002). Učinkovitost celotnega programa MBSR je deloma odvisna od mnenja udeležencev, kako uporabne so posamezne tehnike. Na končni uspeh vplivajo še osebnost, potrebe in ozadje posameznikov. Osebe z anksiozno motnjo so na primer bile deležne pozitivnih učinkov v večji količini pri tistih vrstah meditacije, ki so vsebovale kognitivno ali somatsko orientirane tehnike, kot so ugotovili Kabat-Zinn, Chapman in Salmon (1997, po Baer, 2006). Glede na to, da določene komponente programov pomagajo določenim skupinam pacientov, je obstoječe programe mogoče optimizirati glede na odzive sodelujočih (Baer, 2006).

Vsak udeleženec se programu pridruži z nekim razlogom. Njegov namen postane njegov vir motivacije (Shapiro, Carlson, Astin in Freedman, 2006). Mackenzie, Carlson, Munoz in Specca (2007) so udeležence, ki so preživeli raka, spraševali, kaj je bil njihov razlog za udeležbo. Večinoma so navajali želje po omilitvi simptomov, kot sta napetost in stres, nato pa so se osredotočili na duhovno in osebno rast. Razumeti je potrebno, da je namen bolje dojemati kot neko usmeritev, ne pa kot končno destinacijo.

Roberts, Cox, Shannon in Wells (1994, po Baer, 2006) so poročali o vplivu medosebnih odnosov med udeleženci, ki so jih razvili med udeležbo na programu ter v privatnem življenju, izven srečanj. Novi odnosi, ki so jih med seboj ustvarili, so bili zanje vir pomoči za predelavo izzivov iz okolja ter nadzora afektivnih odzivov in so pomembno vplivali na zmanjšanje dojetja določenih zaznav kot stresorjev. Pacienti so namreč soočeni z eksistencialnimi vprašanji in bližino smrti. Navadno njihovi bližnji o tem ne želijo govoriti in tako se počutijo osamljeni. Udeleženci so si med seboj v oporo in preko ustvarjaja občutka povezanosti (Fobair, 1997, po Baer, 2006) iščejo rešitve za dileme, ki so jim skupne in odkrivajo nove tehnike spoprijemanja

(Spiegel in drugi, 1981, po Baer, 2006). Najučinkovitejša tehnika je sprejetje diagnoze malignega obolenja in direktno soočenje s problemi, ki so povezani z boleznijo (Spira, 1998, po Baer, 2006).

Meditacija izboljša dobro počutje in zdravljenje udeležencev (Bonadonna, 2003, po Baer, 2006). Nudi jim tolažbo, smisel in jih usmerja v obdobju stresa in negotovosti (Kabat-Zinn in drugi, 1998, po Baer, 2006). Sprejetje notranjega doživljanja, misli, čustev, impulzov, bolečine in drugih kognitivnih pojavov, brez da bi jih skušali spremeniti ali se jim izogniti, je temelj čuječnosti. Čuječnost tudi olajša sprejetje negativnih emocij in pripelje do spremembe vzorcev mišljenja oz. samega odnosa do misli. Zaradi zavednega samoopazovanja lahko oseba prepozna začetek problemov in ima na podlagi uvida možnost izboljšanja samokontrole. In kar je najpomembnejše, ponudi nam globoko relaksacijo, ki nas zaščiti pred škodljivim stresom (Baer 2003). Kot pravi Thich Nhat Hanh (Just dharma quotes, 2014) v enem izmed pregovorov, življenje je dostopno samo v sedanjem trenutku. Zaradi tega moramo vso energijo usmerjati v sedanost, namesto da jo porablamo za nekaj, kar je že bilo ali pa nekaj, kar se sploh še ni zgodilo.

## 8 SKLEPI

Seznaitve z raziskavami s področja čuječnosti in izboljšanja počutja so pokazale, da je njeno prakticiranje za rakave paciente koristno. Izboljšajo se namreč stranski učinki zdravljenja ter simptomi bolezni. Pri treningih čuječnosti je pozornost sprva šibka, pozneje pa z vajo postane kontinuirana. Takšna enakomerna pozornost, usmerjena na sedanost, preprečuje samodejnim konceptom, emocijam ter mislim iz preteklosti ali glede prihodnosti, da bi za osebo postali dejstva (Smith in Novak, 2004). Za naš um je značilno, da s potovanjem proč od sedanosti skuša zaščititi, ohraniti ter okrepiti naš jaz, ko želimo doseči neki cilj, do katerega imamo otežen dostop (Sheldon, 2005, po Brown in Ryan, 2007). Dejstvo pa je, da živimo samo v sedanosti in v nobenem drugem trenutku, zato sedanosti ni dobro zanemarjati.

Poleg usmerjene pozornosti na aktualno dogajanje oseba preko čuječnosti svoje notranje vsebine sprejema in nanje ne skuša vplivati. Samo opazuje jih iz perspektive zunanjega opazovalca. Kronično bolni rakavi pacienti se slabšanja svojega stanja zavedajo, vendar hkrati, s pomočjo čuječnosti, ohranjajo optimističen pogled na sedanost in prihodnost. Pozitivne iluzije se dokazano povezujejo z zmanjšanjem psihopatologije (Hankin in drugi, 2004, po Brown in drugi, 2007), boljšim psihičnim zdravjem (Lerner in drugi, 2003, po Brown in drugi, 2007) in večjo motivacijo in vztrajnostjo (Brown in Taylor, 1988, po Brown in drugi, 2007). Kombinacija čuječnosti ter pozitivne iluzije močno pripomore k izboljšanju stanja.

Ker je področje raziskovanja relativno mlado, so prisotne mnoge metodološke omejitve. Instrumenti za merjenje konstrukta se še preverjajo, zaradi majhnih vzorcev je splošitev spoznanj glede učinkov še neutemeljena (Ledesma, 2009). Študije v laboratorijih, kjer je kontrola večja, bi utegnile dati bolj zanesljive podatke. Pogosta tehnika za merjenje je samoporočanje, kjer oseba lahko poroča o izkušnjah, ki zadevajo čuječnost ali pa kar verjame, da je doživela in je lahko zavajajoče, ker je podatek za raziskovalca relevanten. Prvi pogoj za kvalitetnejše vprašalnike je torej poštenje definicije čuječnosti. Sledile bi lahko longitudinalne študije (Branstrom, 2012), kjer bi preverjali pozitivne učinke čuječnosti na večjih vzorcih rakavih pacientov. V študijah bi zajeli več morebitnih dejavnikov, povezanih z globino čuječnosti (osebnostne lastnosti, informacije o medosebnih odnosih, starost, travmatične izkušnje v življenju, bolezni, npr. motnja pozornosti). Pri vplivih na rakave bolnike bi dodali med

spremenljivke tudi karakteristiko bolezni, vrsto raka, fazo, v kateri je pacient, ponovitev epizod, vrsto zdravljenja in vzroke za udeležbo v programu, saj ima motivacija velik pomen pri uspešnem izboljšanju počutja in odpravljanju stranskih učinkov bolezni. Nove potrditve pozitivnih učinkov čuječnosti, ki bi se pokazale pri nadaljnjih, izboljšanih raziskavah, bi zagotovo prepričale večje število pacientov, da bi se odločili za udeležbo v programih. Tako bi lahko pomagali večjemu številu posameznikov pri spoprijemanju z boleznijo in preko njih vplivali tudi na njihove bližnje, ki največkrat trpijo skupaj z njimi.

Skozi zaključno nalogo sem predstavila pozitivne vplive čuječnosti na izboljšanje bolezenskih simptomov pri kroničnih boleznih. Pozitivne vplive čuječnosti na simptome bolezni ter stranske učinke zdravljenja, sem podrobneje predstavila na primeru rakavih pacientov. Čuječnost lahko najdemo v programih, ki so sestavljeni iz osem tedenskih skupinskih srečanj, kjer potekajo delavnice ter izvajanje različnih čuječih vaj. Glede na ciljne skupine udeležencev obstaja več izpeljank prvotnega čuječnostnega programa, ki temeljijo na zmanjševanju stresa (MBSR). Poleg drugega najpogostejšega programa na čuječnosti temelječe kognitivne terapije (MBCT) se je za rakave paciente kot zelo učinkovit izkazal na čuječnosti temelječ program za okrevanje po raku (MBCR). Zanimanje za uporabo koncepta čuječnosti v medicinske namene vztrajno narašča, kar dokazuje vedno večje število raziskav, ki poročajo o pozitivnih učinkih. Poleg kliničnih skupin pa menim, da bi bila vpeljava čuječnosti v vsakdanje življenje vsakega izmed nas več kot dobrodošla. Z omejevanjem negativnih posledic stresa, izboljševanjem razpoloženja in jeze, povečanjem samokontrole, okrepitevijo imunosti, spreminjanjem osebnosti in uvidom v notranje doživljanje bi uvedba čuječnosti vplivala na izboljšanje kvalitete življenja. Kvaliteta življenja bi se izboljšala na področju psihološkega in telesnega zdravja, kot tudi duhovnega razvoja in samoaktualizacije.

## 9 VIRI IN LITERATURA

Bachler, E., Grepmaier, L., Loew, T., Mitterlehner, F., Nickel, M. in Rother, W. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(6), 332–338.

Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. USA, Elsevier inc.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention; A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.

Baselga, J. in Hammond, L. A. (2002). HER-targeted tyrosine-kinase inhibitors. *Oncology*, 63(1), 6–16.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71–83.

Branstrom, R., Kvillemo, J. in Moskowitz, J. T. (2012). A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(4), 535–542.

Brantley, J. (2003). *Calming your anxious mind – How mindfulness and compassion can free you from anxiety, fear and panic*. Oakland, CA: New Harbinger publications.

Brown, K. W. in Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Brown, K. W., Ryan, R. M. in Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211–237.

Carlson, L. E. (2013). Mindfulness-based cancer recovery. The development of an evidence-based psychosocial oncology intervention. *Oncology exchange*, 12(2), 21–25.

Carlson, L. E. in Speca M. (2010). *Mindfulness-based cancer recovery, A step-by-step approach to help you cope with treatment and reclaim your life*. Oakland, New Harbinger Publications inc.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(), 571–581.

Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., in Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560–565.

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*, 5(3–4), 37–48.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. in Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570.

Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M. in Carnicke, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The journal of the American medical association*, 249(6), 751–757.

Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. in Sinclair, E. (2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 72–79.

Fox, B. H. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology*, 9(3), 245–253.

Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness and science. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 101–106.

Hayes S. C., Fisher, J. E. in O'Donohue, W. T. (2003). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York: Wiley.

Hayes, A. M. in Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 255–262.

Henelopa Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain english*. Canada, Wisdom publications.

Lazar, S. W., Fischl, B., Kerr, C. in Wasserman, R. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893–1897.

Ireland, M. J. (2013). Meditative insight: conceptual and measurement development. *Mental health, religion and culture*, 16(1), 79–99.

Just dharma quotes. Pridobljeno julija 2014 na  
<http://quotes.justdharma.com/category/thich-nhat-hanh/page/13/>

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, Bantam Dell.

Keng, S. L., Smoski, M. J. in Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31 1041–1056.

Ledesma, D. in Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, 18(6), 571–579.

Lykins, E. in Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly*, 23(3), 226–241.

Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Munoz, M. in Speca, M. (2007). A qualitative study of self-perceived effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and health*, 23(1), 59–69.

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.

Martin, J. P. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy integration*, 7(4), 291–312.

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

Mikulas, W. L. (2007). Buddhism and Western psychology: Fundamentals of integration. *Journal of consciousness studies*, 14(4), 4–49.

Mundy, E. A., DuHamel, K. N. in Montgomery, G. H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 8(4), 253–275.

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.

Ostafin, B. D. in Kassman, K. T. (2012). Stepping out of history: Mindfulness improves insight problem solving. *Consciousness and Cognition* 21 (2) 1031–1036.

Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C. in DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic medicine*, 66(2), 258–264.

Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. in Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*, 23(4), 183–192.

Roemer, L. in Orsillo, S. M. (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualizations and treatment*. New York: Springer.

Safran, J. D. in Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic books.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. in Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The guilford press.

Sephton, S. E., Sapolsky, R. M., Kraemer, H. C. in Spiegel, D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the national cancer institute*, 92(12), 944–1000.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. in Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386.

Shapiro, S. L. in Schwartz, G. E. (2000). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in mind.body medicine*, 16(2), 128–134.

Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist; a clinician's guide to mindfulness and neural integration*. New York; W. W. Norton & company.

Smith, H. in Novak, P. (2004). *Buddhism: A concise introduction*. New York: Harper San Francisco.

Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. in Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613–622.

Tacon, A. M. (2003). Meditation as a complementary therapy in cancer. *Family and community health*, 26(1), 64–73.

Tacon, A. M., Caldera, Y. M. in Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, systems and health*, 22(2), 193–203.

Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Specia, M., Doll, R., Stephen, J. in Carlson, L. E. (2013). Trait Mindfulness, Repression, Suppression, and Self-Reported Mood and Stress Symptoms Among Women With Breast Cancer. *Journal of clinical psychology*, 69(3), 264–277.

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? *Behaviour research and therapy*, 33(1), 25–39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. in Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.

Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I. in Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential



neural activity during rest. *Emotion*, 10, 12–24.

Wells, A. (2002). GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *American psychological association*, 9(1), 95–100.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. in Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211–228.

World health organization. Pridobljeno julija 2014 na  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

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., Černetič, M. in Košak, M. (2011). Mindfulness-Based Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 41(2), 241–254.