

Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu internaliziranih problema u ponašanju

Matorić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:355223>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-05**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u
tretmanu internaliziranih problema u ponašanju

Ana Matorić

Zagreb, rujan, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u
tretmanu internaliziranih problema u ponašanju

Ana Matorić

mentorica: doc.dr.sc. Josipa Mihić

Zagreb, rujan, 2017.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „*Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu internaliziranih problema u ponašanju*“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ana Matorić

Zagreb, rujan 2017. godine

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Terminološko određenje usredotočene svjesnosti.....	3
3. Povijesni razvoj tehnika usredotočene svjesnosti	5
4. Internalizirani problemi u ponašanju	8
4.1 Terminološko određenje i klasifikacija internaliziranih problema u ponašanju.....	8
4.2 Epidemiološki podaci o rasprostranjenosti internaliziranih problema u ponašanju u svijetu	9
4.3 Epidemiološki podaci o rasprostranjenosti internaliziranih problema u Hrvatskoj...	12
4.4 Depresivni poremećaj (klinička depresija)	14
4.5 Bipolarni poremećaj	15
4.6 Anksiozni poremećaji	16
4.6.1 Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)	17
4.6.2 Panični poremećaj	17
4.6.3 Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija)	18
4.6.4 Agorafobija.....	18
4.6.5 Specifične fobije.....	19
4.7 Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP).....	19
4.8 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	20
4.9 Poremećaji hranjenja	22
4.9.1 Anoreksija	22
4.9.2 Bulimija.....	22
4.9.3 Kompulzivno jedenje	23
4.10 Poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji.....	24
4.10.1 Somatizacijski poremećaj.....	24
4.10.2 Hipohondrija.....	24
5. Teorijski model programa temeljenih na usredotočenoj svjesnosti i njegov doprinos razumjevanju etiologije internaliziranih problema u ponašanju	26
6. Sedam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti.....	30
7. Praksa usredotočene svjesnosti	32
7.1 Formalna praksa usredotočene svjesnosti.....	32
7.2 Neformalna praksa usredotočene svjesnosti	34
8. Intervencije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti	37

8.1	Zajednička obilježja MBSR i MBKT	37
8.1.1	Teorijsko utemeljenje	37
8.1.2	Ciljevi i implikacije intervencija	38
8.1.3	Forma i trajanje intervencija.....	39
8.1.4	Uloga i karakteristike voditelja	40
8.2	Specifičnosti MBSR-a	41
8.3	Specifičnosti MBKT	42
8.4	MB EAT	43
8.5	Intervencije usredotočene svjesnosti druge generacije i vezane intervencije trećeg vala psihoterapijskih pristupa	45
9.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu anksioznih poremećaja i depresije	47
10.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu bipolarnog poremećaja	52
11.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu opsesivno kompulzivnog poremećaja	56
12.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu poremećaja sa somatskim simptomima.....	60
13.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu PTSP-a.....	64
14.	Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu poremećaja hranjenja	68
15.	Mogućnosti primjene tehnika usredotočene svjesnosti u socijalnopedagoškom radu ..	73
16.	Zaključak	79
	Popis literature.....	81

Sažetak

Naziv rada: *Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu internaliziranih problema u ponašanju*

Mentorica: doc.dr.sc. Josipa Mihić

Studentica: Ana Matorić

Modul: Socijalna pedagogija, odrasli

Cilj ovog rada jest potaknuti daljnja istraživanja tehnika usredotočene svjesnosti te eventualnu implementaciju istih u redovnu, socijalnopedagošku praksu.

Tehnike usredotočene svjesnosti su u proteklih nekoliko godina doživjele izuzetan porast u popularnosti, kako u inozemstvu, tako i u našoj zemlji. Ovaj pregledni rad pruža znanja o obilježjima istih i daje uvid u znanstvene studije koje su se bavile njihovom tretmanskom učinkovitošću.

Internalizirani problemi u ponašanju izazivaju ozbiljnu razinu osobne patnje te se dovode u vezu s brojnim posljedicama na pojedinca, njegovu okolinu te društvo u cjelini. Ovaj rad pruža informacije o prevalenciji internaliziranih problema u ponašanju. Najprevalentniji problemi se i opisuju. Radi razumjevanja racionalne primjene intervencija usredotočene svjesnosti u tretmanu internaliziranih problema, objašnjavaju se ključne sastavnice modela na kojem iste intervencije počivaju te njegov doprinos objašnjavanju etiologije internaliziranih problema u ponašanju.

Intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti su grupne, strukturirane 8-tjedne intervencije koje imaju znanstvene dokaze svoje učinkovitosti u tretmanu problema ove prirode. Osim toga, smatra se kako iste leže na univerzalno pozitivnim stavovima pa se, osim u tretmanu, mogu i više nego uspješno koristiti u pogledu očuvanja mentalnog zdravlja te u prevenciji različitih problema mentalnog zdravlja.

Na kraju rada se razmatraju benefiti, kao i potencijalne prepreke primjene tehnika i intervencija usredotočene svjesnosti u socijalnopedagoškom radu.

Ključne riječi: *usredotočena svjesnost, intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti, internalizirani problemi u ponašanju, tretman, učinkovitost tehnika usredotočene svjesnosti*

Summary

The main goal of this final thesis is to encourage further research of Mindfulness Based Techniques and their implementation in Social Pedagogic Practice.

Over the last few years, Mindfulness Based Techniques have significantly grown in popularity in Croatia and abroad. This paper provides knowledge of their features and an insight in the main scientific studies that measured their effectiveness.

Internalizing Disorders are causing major personal suffering and have negative aftermath on the ill individual, his surroundings and society at large. This paper gives information about the prevalence of the Internalized Disorders and defines the most common of them. This paper also provides information on the underlying model of the MB Interventions and its contribution to understanding of the etiology of this kind of disorders.

MB Interventions are group, structured and 8-weeks lasting interventions that have scientific evidence of their effectiveness in the treatment of Internalized Disorders. Furthermore, because of the fact that Mindfulness Practice lies in universal positive attitudes and it is considered that MB Interventions can also be successfully used to preserve Mental Health and as a possible prevention of various Mental Health Problems.

Benefits and possible implementation difficulties of MB Techniques in the Social Pedagogic Practice are considered in the last part of this paper.

Key words: *Mindfulness, Mindfulness Based Programs, Internalized Disorders, Treatment, Effectiveness of Mindfulness Based Techniques*

1. Uvod

Mnoštvo informacija, velik broj obaveza, užurban način života i neprestana jurnjava, visoka očekivanja, brojni izazovi na poslu i kod kuće, a samim time i mnogo potencijalnih stresora, čimbenici su koji u velikoj mjeri obilježavaju našu svakodnevicu. Živimo u vremenu brzih i turbulentnih promjena, koje od nas zahtjeva nevjerojatnu razinu fleksibilnosti radi rapidne prilagodbe na novonastale uvjete. Razvoju socijalnih i emocionalnih vještina te vještina rješavanja problema još uvijek se ne poklanja dostatna pažnja, što nas u nekoj mjeri ostavlja prepuštenima samima sebi, a našu prilagodbu čini još težom. Sve navedeno povećava razinu stresa te, ukoliko pojedinac nema razvijene adaptivne alate odgovora na isti, i vjerojatnost javljanja s njim povezanih različitih problema mentalnog zdravlja. Navedeno se odražava na somatsko zdravlje i kvalitetu života uopće. Mentalno i fizičko zdravlje samo su dvije strane jednoga novčića, oni čine zdravlje u cjelini. Loše funkcioniranje jednog aspekta, uglavnom se manifestira poteškoćama na drugom aspektu. Tako je život onih kojima se teško prilagoditi, najčešće obilježen visokom razinom osobne patnje.

Danas znamo da naš mozak karakterizira neuroplastičnost, koja se ogleda u mogućnosti moždanih stanica da se stvaraju, mijenjaju i oblikuju cijeloga života. Čudesna smo bića, s nevjerojatnim potencijalom za transformaciju i rast. Svojom aktivnošću, možemo izgraditi nove veze među moždanim stanicama te tako uzeti snagu ranije usvojenim, postojećim obrascima razmišljanja i ponašanja. Iako su ranija iskustva i naša prošlost nešto što nas je do datog trenutka determiniralo, danas znamo da se, usprkos svemu, može drugačije. Mi smo ti koji imamo mogućnost promjene i eliminacije disfunkcionalnog, odnosno onog što nas ne služi, kao i kultivacije onog što će nam pomoći da živimo kvalitetnije i sretnije. Naša svjesnost o navedenom moćan je alat promjene. S tim u vezi, Viktor Frankl je rekao: „Između svakog stimulansa i odgovora na isti, postoji prostor. U tom se prostoru nalazi naša snaga, koja se manifestira mogućnošću da odaberemo kakav će taj odgovor biti. U tom odgovoru leže naša sloboda i naš rast.“ Navedeno oslikava ključnu premisu na kojima leže intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti. Nije važno što se događa, važno je kako mi reagiramo na ono što se događa. Mi smo ti koji imamo mogućnost odabrati bolje za sebe, neovisno o uvjetima u kojima smo se nalazili ili se nalazimo.

Praksa usredotočene svjesnosti, nudi mnoge benefite. Redovitom vježbom, mi činimo tako potreban odmak i razvijemo kvalitete koje su nam važne za uravnoteženiji i sretniji život. Ove tehnike navode nas da napravimo stanku. Odvojimo vrijeme za sebe, odnosno vrijeme za motrenje i dublje razumijevanje vlastitih procesa, umjesto stalnog jurcanja i nesvjesnog funkcioniranja po principu automatizma. Praksa usredotočene svjesnosti razvija pogled na svijet koji predstavlja alternativu užurbanosti i neprestanom stremljenju, uz konstantno pomicanje ljestvice uspjeha na više. Ista nas vraća našoj iskonskoj prirodi te nam pomaže da se sjetimo da smo puno više od uloga koje igramo, posla kojeg obavljamo i svakodnevnog života kojeg živimo.

Možemo biti robovi ili gospodari svoga uma. Odabir je naš. Ako odlučimo postati gospodarima, vjerojatno ćemo postići unutarnji mir, koji producira stanje ravnoteže te se manifestira dobrim mentalnim i fizičkim zdravljem. Jedino takvi, smireni, zdravi i cjeloviti, možemo participirati kao potpuni, sretni i aktivni sudionici društva.

U ovom radu, dati će se informacije o rasprostranjenosti problema internaliziranog spektra, uz opisivanje ključnih obilježja najprevalentnijih. Usredotočena svjesnost terminološki će se odrediti, a dati će se informacije i o njezinom povijesnom razvoju. Predstaviti će se sedam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti, koji predstavljaju osnovu za praksu iste te će se opisati ključne tehnike koje se koriste u obliku postojećih intervencija. Radi boljeg razumjevanja racionalne primjene i implikacija intervencija usredotočene svjesnosti u tretmanu problema u ponašanju, razmotrit će se teorijski model na kojem iste počivaju. Predstaviti će se temeljna obilježja intervencija baziranih usredotočenoj svjesnosti. Dati će se pregled znanstvene literature koja se bavila uspješnošću ovih tehnika u tretmanu opisanih problema internaliziranog spektra. Osim toga, razmotrit će se potencijali, kao i detektirane prepreke korištenja navedenih tehnika u socijalnopedagoškom radu.

Cilj rada jest povećanjem znanja o usredotočenoj svjesnosti i nuđenjem podataka o njezinoj tretmanskoj uspješnosti potaknuti daljnja istraživanja na temu te eventualnu implementaciju navedenih tehnika u redovnu (socijalnopedagošku) praksu.

2. Terminološko određenje usredotočene svjesnosti

Pojam usredotočena svjesnost (poznat i pod nazivima puna svjesnost ili pomnost) dolazi od engleske riječi *mindfulness*, što znači svjesnost o nečemu. Engleska riječ prijevod je riječi *sati*, koja imenuje ovaj pojam na paliju, jeziku najranijih budističkih zapisa, koji datiraju 2500 godina u prošlost. Korijene usredotočene svjesnosti nalazimo upravo u tim zapisima, obzirom da se ista javlja kao jedna od njihovih središnjih tema i budističke tradicije uopće. Pojam *sati* konotira svjesnost, pažnju i prisjećanje (Germer, Siegel i Fulton, 2005). Kako bismo razumjeli usredotočenu svjesnost, važno je razjasniti te krovne pojmove koji je definiraju. Brown i Ryan (2003) navode kako je svjesnost nadređeni pojam, koji uključuje pažnju i dosjećanje. U tom kontekstu, pažnja je radar koji koristimo u okviru svjesnosti, a koji nam omogućava nadgledanje unutarnjih i vanjskih procesa. Osoba može biti svjesna nekog stimulansa, bez da mu pokloni svoju pažnju. Pažnja se odnosi na davanje svjesne pozornosti, koja osigurava pojačanu osjetljivost na ograničeni raspon iskustava. U stvarnosti se svjesnost i pažnja isprepliću, na način da pažnjom kontinuirano „izvlačimo“ stvari koje postoje u okviru naše svjesnosti, zadržavajući svoj fokus na njima neki određeni vremenski period (Brown i Ryan, 2003). Prisjećanje se odnosi na zadržavanje ovih ideja na umu, odnosno na redovito podsjećanje samog sebe na premještanje pažnje i usmjeravanje vlastite svjesnosti na sadašnji trenutak, čineći to na neosuđujući način (Germer i sur., 2005).

Premda usredotočena svjesnost čini središnju meditativnu praksu u tradicijama Theravada, Mahayana i Vajrayana (Kabat Zinn, 2003), a smatrana je i srcem budističke meditacije (Thera, 1962; prema Kabat Zinn, 2003), Kabat Zinn (2003) navodi kako u usredotočenoj svjesnosti nema ništa osobitno budistički, obzirom da smo svi, od trenutka do trenutka, na nekoj razini usredotočeni i svjesni. Usredotočenu svjesnost možemo promatrati kao teorijski konstrukt, praksu s ciljem kultiviranja usredotočene svjesnosti (koja uključuje primjenu različitih vježbi i meditaciju), ali i stanje svijesti u kojem smo pomni i usredotočeni (Germer, 2004). Brojni su autori dali svoj doprinos ovom području, nudeći različite definicije usredotočene svjesnosti. Najšira definicija zasigurno jest ona koja usredotočenu svjesnost definira kao svjesnost o stalno prolazećem trenutku (Germer, 2004). Teasdale, Segal i Williams (1995) o usredotočenoj svjesnosti govore kao o kontroli vlastite pozornosti, a Marlatt i Kristeller (1999) navode kako usredotočena svjesnost podrazumijeva držanje potpune pažnje na iskustvima koja se stalno izmjenjuju. Profesorica psihologije, Ellen Langer

(1989) nudi nešto drugačiju definiciju usredotočene svjesnosti. Tako autorica navodi kako je usredotočena svjesnost kognitivni proces koji uključuje kreiranje novih kategorija u umu, kao i otvorenost prema novim informacijama i svijest o postojanju više od jedne perspektive. Konstanski i Hased (2008) o usredotočenoj svjesnosti pišu kao o načinu procesuiranja informacija, a Siegel (2007) o njoj govori i kao o karakternoj osobini. Kabat-Zinn (2003) usredotočenu svjesnost definira kao svijest koja se razvija namjernim obraćanjem pozornosti na sadašnji trenutak, sa stavom neprosuđivanja, a u službi je boljeg razumjevanja sebe. Stahl i Goldstein (2010) u tom kontekstu navode kako se datom trenutku pristupa otvorenog uma, iz uloge promatrača, odnosno, bez tendencije da se sudi o bilo čemu što se u okviru njega opaža i doživljava. Trenutak kojemu neka osoba svjedoči, osim događaja koji se nalazi u njegovom središtu, čine misli, emocije i tjelesne senzacije, koje ta osoba ima, a koje ga prate. S tim u vezi, sastavni dio prakse usredotočene svjesnosti jest, osim usmjeravanja pažnje na okolinu, poklanjanje fokusa unutarnjim procesima, odnosno svemu onome što ta osoba u datom trenutku misli, osjeća i doživljava (Bishop, Lau, Shapiro i sur., 2004). Boričević Maršanić, Paradžik, Zečević i Karapetrić- Bolfan (2015), koristeći ove definicije u svom radu, nadovezuju se navodeći kako su u njima vidljiva tri glavna aspekta usredotočene svjesnosti: namjera, pozornost i otvoren, neprosuđivački, prihvaćajući stav prema uočenom. Germer i sur. (2005) navode kako je usredotočena svjesnost vještina koja nam omogućava da budemo manje reaktivni u odnosu na ono što se događa u trenutku, a tiče se našeg neprosuđujućeg i nevezujućeg odnosa prema nekom iskustvu, bilo ono pozitivno, negativno ili neutralno. Biti usredotočen znači probuditi se i biti svjestan onoga što se događa u sadašnjem trenutku, a to nam pomaže da nadiđemo patnju i povećamo vlastitu dobrobit. Kada smo u stanju usredotočene svjesnosti, naša pažnja nije usmjerena na neke prošle ili buduće događaje, već na sadašnjost i na ono što se u njoj događa, bez tendencije da sudimo i nastojimo odbaciti ili potisnuti ono što nas u njoj ne zadovoljava. Takav pristup generira energiju, bistri um i izaziva radost (Germer i sur., 2005). Hrvatsko udruženje za kognitivno-bihevioralne terapije (HUBIKOT) navodi kako je usredotočena svjesnost u stvari svjesnost o trenutnom iskustvu- o tome gdje se nalazimo, o čemu razmišljamo, kako se osjećamo i što činimo (<http://cabct.hr/tečaj-mindfulnessa-za-gradane>, 10. lipanj 2017). Prema budističkim učenjima, usredotočena svjesnost je i mnogo više od toga. Ona je način postojanja i razumjevanja svijeta (Boričević Maršanić i sur., 2015). Gunaratana (2011) djelomično zatvara ovu raspravu naglašavajući kako je usredotočena svjesnost nešto što je teško objasniti riječima, obzirom da se radi o suptilnom, neverbalnom iskustvu.

3. Povijesni razvoj tehnika usredotočene svjesnosti

Usredotočena svjesnost popularizirana je na istoku, gdje se prakticira već tisućama godina. Premda svoje korijene vuče iz tradicionalnih budističkih, meditativnih disciplina, bivanje u sadašnjem trenutku i pomnost, koncepti su koji su važni iz perspektive mnogih istočnih i zapadnih religija, kao što su hinduizam, taoizam, islam, židovstvo i kršćanstvo (Stahl i Goldstein, 2010). Kabat Zinn (2003) u tom kontekstu navodi kako se srž usredotočene svjesnosti nalazi u mnogim antičkim i suvremenim disciplinama. Osim religija i duhovnih škola, interes za usredotočenu svjesnost pokazuju i oni koji se bave jogom. Između usredotočene svjesnosti i joga postoje mnoga preklapanja, osobito kada se osvrnemo na ciljeve i dobrobiti koje ove vještine postižu, odnosno razvijaju. Usredotočena svjesnost je sastavni dio nekih oblika joga, a kasnije ćemo vidjeti i da su neke joga asane inkorporirane u pojedine preventivne i tretmanske programe utemeljene na usredotočenoj svjesnosti. Boccio (2004) ide i korak dalje, navodeći kako je joga u stvari usredotočena svjesnost u pokretu. Gaiswinkler i Unterrainer (2016) našli su kako redoviti vježbači joga imaju veću razinu usredotočene svjesnosti, od onih koji jogu vježbaju povremeno ili se njome uopće ne bave, a pokazalo se i kako je povećanje interesa za jogu pozitivno povezano s povećanjem interesa za usredotočenu svjesnost.

Intervencije i terapije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti u zapadnim se zemljama javljaju tek krajem 1970-ih godina (Boričević Maršanić i sur., 2015), a za upoznavanje zapadnog svijeta s konceptom usredotočene svjesnosti, zasigurno je najzaslužniji Jon Kabat Zinn. Ovaj molekularni biolog i umirovljeni profesor na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Massachusettsu, izučavao je jogu i budizam i imao prilike učiti od utjecajnih budističkih učitelja, od kojih je zasigurno najpoznatiji Thich Nhat Hanh. Kabat Zinn želio je usredotočenu svjesnost učiniti empirijski valjanim konstruktom (Wilson, 2014). On je prvi integrirao usredotočenu svjesnost u svoj program rada s osobama koje pate od kronične boli i našao kako odnos bolesnika prema boli može promijeniti njegovo iskustvo doživljavanja boli (Kabat Zinn, Lipworth i Burney, 1985). Osim toga, Kabat Zinn 1979. godine otvara *Kliniku za reduciranje stresa* (eng. *Stress Reduction Clinic*), u sklopu koje započinje s provođenjem *Mindfulness Based Stress Reduction* programa (u daljnjem tekstu koristit će se općeprihvaćena kratica MBSR), čiji je začetnik. Ovaj će program, zbog svog značaja, nešto kasnije biti detaljnije predstavljen u ovom radu. U svojoj prvoj knjizi „*Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*“,

objavljenoj 1990. godine, Kabat Zinn upoznaje javnost s MBSR programom i daje upute za njegovo provođenje (Williams, 2014). Njegov je rad u medijima predstavljen 1993. godine, a 1994. izlazi i njegova druga knjiga „*Wherever You Go, There You Are*“, koja je proglašena najprodavanijom knjigom godine. Otprilike 20-ak godina od osnutka klinike, Kabat Zinn na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Massachusettsu osniva *Centar za usredotočenu svjesnost u medicini, zdravstvenoj skrbi i društvu* (engl. *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society*). Obje institucije, od tada, pa sve do danas, uspješno provode MBSR program i promoviraju njegovu integraciju u klinike diljem svijeta.

Osim Kabat Zinna, za populariziranje usredotočene svjesnosti u zapadnim zemljama važni su Jack Kornfield, Sharon Salzberg i Joseph Goldstein, koji se 1975. godine javljaju kao osnivači *Društva za meditaciju uvida* (engl. *Insight Meditation Society*). Dakako, ovo je društvo samo jedna od mnogih organizacija koje su pomogle popularizaciji ovog područja (<https://positivepsychologyprogram.com/history-of-mindfulness/>, 14. lipanj 2017). U ovom je kontekstu važan i interes Američke psihijatrijske asocijacije (APA) za ovu tematiku, koji se javlja 1977. godine, kada navedena asocijacija traži ispitivanje učinkovitosti meditacije na smanjenje simptoma različitih mentalnih bolesti. Iako su se u to vrijeme najviše ispitivali učinci transcedentalne meditacije, a posljednjih deset godina studije se uglavnom bave meditacijom usredotočene svjesnosti (Smith, 2004; prema Germer, 2004). Popularizacijom ovog pristupa, u drugoj polovici 1990-ih, diljem SAD-a se počinju otvarati se mnoge MBSR klinike, koje djeluju kao samostalne institucije ili u sklopu klinika koje pružaju usluge holističkog liječenja (Wilson, 2014). MBSR program postaje sve je poznatiji, a danas se preko 250 sličnih programa provodi diljem svijeta (<http://mbsrprogram.org/>, 15. lipanj 2017).

Ipak, usredotočena svjesnost, na čelu s MBSR programima, najveći je skok u popularnosti, kako u Sjedinjenim Američkim državama, tako i u zemljama sjeverne i zapadne Europe, doživjela proteklog desetljeća (Didonna, 2009; prema Davis i Hayes, 2011). Publikacija koju je 2000. godine objavio Teasdale, a u kojoj izvještava o uspješnosti tretmana utemeljenog na usredotočenoj svjesnosti u tretmanu depresije, dodatno je povećala interes stručnjaka koji se bave prevencijom i tretmanom internaliziranih problema u ponašanju za ovo područje. Potencijali ovog pristupa tada se počinju koristiti u sklopu kognitivno-bihevioralnih tretmana različitih, dobro poznatih, internaliziranih problema (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma i Guerrero, 2004; prema Germer, 2004). Tako usredotočena svjesnost prestaje biti nejasnim budističkim konceptom i postaje djelom suvremenih psihoterapijskih pristupa (Didonna, 2009; prema Davis i Hayes, 2011).

Usredotočena svjesnost postaje sve poznatija u Hrvatskoj. Sukladno tome, na Edukacijsko- rehabilitacijskom fakultetu, koji djeluje u sklopu Sveučilišta u Zagrebu, se provodi istraživanje učinkovitosti primjene tehnika usredotočene svjesnosti na smanjenje stresa kod djelatnika obrazovnog sustava. Navedeni fakultet uveo je i kolegij „*Mindfulness-usredotočena svjesnost u socijalnopedagoškom radu*“. Osim toga, proteklih nekoliko godina diljem Hrvatske održavaju se konferencije na ovu temu, a javljaju se i znanstvena istraživanja te članci koji se njome bave (Boričević Maršanić i sur., 2015; Barbarić i Markanović, 2015; Lazanski, 2015). HUBIKOT nudi i opći tečaj usredotočene svjesnosti za građane, a na popularizaciji ovog pristupa rade i brojne udruge i neki joga centri.

Moglo bi se reći kako je upravo sinergija istočnjačkih mudrosti i znanstvenog pristupa, popularizirala usredotočenu svjesnost, otvorila joj vrata zapadnih zemalja i učinila ju zanimljivom širokom spektru stručnjaka različitih područja (Horstman, 2010). Iako su za navedeno područje prvotno uglavnom bili zainteresirani liječnici, psiholozi, psihoterapeuti i drugi stručnjaci koji se bave prevencijom i tretmanom različitih bolesti, ona svoj utjecaj širi i na neuroznanost, obrazovanje i područje poslovanja. Bez obzira na njezino porijeklo i interes koji su za nju pokazale različite duhovne discipline, postaje jasno kako se radi o univerzalnoj praksi koju može prakticirati bilo tko, i od nje višestruko profitirati (Stahl i Goldstein, 2010). S navedenim se slaže i Germer (2004), koji usredotočenu svjesnost smatra vještinom koju može kultivirati svatko.

U skladu s temom, svrhom i ciljevima rada, na sljedećim će se stranicama terminološki odrediti internalizirani problemi u ponašanju. Dati će se uvid u njihovu rasprostranjenost, a najprevalentniji internalizirani problemi, kojima se bave intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti, će se i opisati.

4. Internalizirani problemi u ponašanju

4.1 Terminološko određenje i klasifikacija internaliziranih problema u ponašanju

Jednu od najučestalije korištenih podjela problema u ponašanju u socijalnoj pedagogiji, onu na internalizirane i eksternalizirane probleme, prvi je uveo Achenbach, 1966. godine (prema Novak i Bašić, 2008). Navedenu podjelu autor detaljnije razrađuje u Skali procjene ponašanja djece u dobi od 6-18 godina. U tom kontekstu, eksternalizirane probleme čine subskale *delinkventnog ponašanja* i *agresivnosti*, dok se na internalizirane probleme odnose subskale *povlačenja*, *somatskih poteškoća* i *anksioznosti*, odnosno *depresije*. Ključno je naglasiti da se, iako teorijski podijeljeni, eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju međusobno ne isključuju te kako osobe u riziku nerijetko manifestiraju probleme i jednog i drugog spektra (Novak i Bašić, 2008).

O internaliziranim problemima u ponašanju Achenbach i Edelbrock (1978; prema Novak i Bašić, 2008) govore kao o problemima *pretjerano kontroliranog ponašanja*, a Lebedina Manzoni (2007) navodi kako se radi o skupini problema koji, za razliku od eksternaliziranih koji su usmjereni prema drugim ljudima, najveći problem ipak predstavljaju osobama koje ih manifestiraju. Zbog svojih obilježja, internalizirani problemi u ponašanju nazivaju se još i *pasivnima*. Najšire rečeno, u skupinu internaliziranih problema u ponašanju spadaju različiti strahovi, depresivni i anksiozni simptomi, povlačenje, problemi hranjenja te različite psihosomatske poteškoće (Novak i Bašić, 2008). Kako bismo jasnije odredili probleme internaliziranog spektra, čini se nužnim osvrnuti se na *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM- V)*, u kojima su isti navedeni. U navedenom priručniku (DSM- V, 2013), internalizirani problemi obuhvaćaju sljedeće skupine i njima pripadajuće podskupine:

- Bipolarni i vezani poremećaji (*bipolarni poremećaj tip 1, bipolarni poremećaj tip 2, ciklotimični poremećaj*);
- Depresivni poremećaji (*poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, perzistirajući depresivni poremećaj, premenstrualni disforični poremećaj*);

- Anksiozni poremećaji (*separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj*);
- Opsesivno kompulzivni i vezani poremećaji (*opsesivno kompulzivni poremećaj, tjelesno dismorfni poremećaj, poremećaj gomilanja stvari, trihotilomanija, i dermatilomanija*);
- Poremećaji vezani uz traumu i stresor (*reaktivni poremećaj privrženosti, poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj i poremećaj prilagodbe*);
- Poremećaji sa somatskim simptomima i vezani poremećaji (*somatizacijski poremećaj, hipohondrija, konverzijski poremećaj, bolni poremećaj i umišljeni poremećaj*) i
- Poremećaji hranjenja (*pika poremećaj, ruminacijski poremećaj, anoreksija, bulimija i kompulzivno jedenje*).

Svaka navedena skupina obuhvaća specificirane i nespecificirane poremećaje, kao i poremećaje uzrokovane uzimanjem lijekova, droga i drugim medicinskim stanjima koji izlaze iz, za ovaj diplomski rad, relevantnog područja (DSM- V, 2013).

Radi dobivanja jasnijeg uvida u ozbiljnost problema ovog spektra, dati će se prikaz nekih epidemioloških podataka o njihovoj rasprostranjenosti u svijetu, ali i u našoj zemlji.

4.2 Epidemiološki podaci o rasprostranjenosti internaliziranih problema u ponašanju u svijetu

Mentalni poremećaji su u porastu u cijelom svijetu te će jedna od četiri osobe koja živi na području Europe za života iskusiti neki problem mentalnog zdravlja. Najprevalentniji su depresivni i anksiozni poremećaji (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, 5. srpanj 2017).

Anksiozni poremećaji smatraju se jednim od najčešćih psiholoških, odnosno zdravstvenih problema (Vulić Prtorić, 2006). Njih će, prema podacima Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, za života iskusiti 28.8% odraslih osoba, dok je 18.1% probleme takve

prirode iskusilo u posljednjih 12 mjeseci. Pritom postoji 60% veća vjerojatnost da će ih za života iskusiti osobe ženskog spola. U posljednjih je godinu dana pomoć zatražilo 36% oboljelih, ali je samo 12.7% primilo adekvatan tretman. Od svih anksioznih poremećaja, najčešće se javljaju specifične fobije koje za života iskusi 12.5% ljudi, a slijedi ih socijalna fobija, sa prevalencijom od 12.1%. Na trećem mjestu nalazi se posttraumatski stresni poremećaj, koji razvije 6.8% ljudi za svog životnog vijeka. Životna prevalencija za generalizirani anksiozni poremećaj iznosi 5.7%, dok su panični napadaji nešto rijedi pa probleme takvog tipa iskusi 4.7% ljudi. S opsesivno kompulzivnim poremećajem probleme za života ima 1.6% osoba, a agorafobija se javlja kod 1.4% osoba. Sve češće se javljaju tzv. miješani poremećaji depresivni- anksioznog spektra (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>, 6. srpanj 2017).

Nadalje, usprkos tome što se 60-80% slučajeva depresije može uspješno tretirati psihoterapijskim tretmanom i antidepresivima, otprilike 350 milijuna pripadnika svjetske populacije živi s nekim oblikom depresije, a manje od 25% oboljelih prima adekvatan tretman (WFMH, 2012). Prema podacima Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, životna prevalencija poremećaja raspoloženja iznosi 20.8%, dok je godišnja 9.5%. Pritom je duplo veća vjerojatnost da će ih iskusiti žene (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>, 6. srpanj 2017). U Francuskoj, Nizozemskoj, SAD-u te Indiji životna stopa javljanja depresije iznosi i više od 30%. Pokazalo se i kako zemlje s visokim nacionalnim bruto dohotkom imaju veće stope javljanja depresije od zemalja s nižim dohotkom (<https://old.biomedcentral.com/presscenter/pressreleases/20110722>, 7. srpanj, 2017). Zabrinjavajućim se čini podatak da je u nekim zemljama svijeta postotak onih koji primaju stručnu pomoć manji od 10% (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, 9. srpanj, 2017). Judd (1997; prema Segal, Williams i Teasdale, 2002) navodi kako je unipolarna depresija kronična bolest, obzirom da je rizik za ponovno javljanje simptoma veći od 80% te da osoba koja s istom ima problema prosječno iskusi 4 velike depresivne epizode od kojih svaka traje po 20 tjedana. Keller (1983; prema Segal i sur., 2002) piše kako postoji velika razlika u prognozi onih koji ranije nisu imali ni jednu depresivnu epizodu i onih koji su imali tri ili više. Vjerojatnost da će doći do relapsa za prvu skupinu tako iznosi 27%, dok je za drugu 67%. Čak 20% osoba iz druge skupine razvije kronični oblik depresije. U skladu s navedenim, unipolarna depresija smatra se ozbiljnim problemom koji predstavlja treći vodeći uzrok lošeg zdravstvenog stanja i

dugotrajne radne nesposobnosti. Prema procjenama, do 2030. godine na istoj će ljestvici ovaj problem mentalnog zdravlja zauzeti prvo mjesto (WFMH, 2012). U kategoriji mentalnih bolesti, unipolarna depresija smatrana je vodećim razlogom onesposobljenosti za normalan život, a slijede ju anksiozni poremećaji (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, 9. srpanj 2017). U istom je kontekstu važno problematizirati i bipolarni poremećaj, obzirom da je 30% oboljelih od ovog problema onesposobljeno za rad (DSM- V, 2013). Što se tiče prevalencije bipolarnog poremećaja, njega za života iskusi 3.9% ljudi, dok s distimičnim probleme ima njih 2.5%. (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>, 9. srpanj 2017).

Rijetkost nisu ni poremećaji sa somatskim simptomima. Osobe oboljele od problema ovakvog tipa uglavnom se nalaze u sustavu opće medicine te je rasprostranjenost poremećaja sa somatskim simptomima nešto teže utvrditi. Prevalencija hipohondrije u općoj populaciji varira od 1.3% do 10%, a problem se jednako učestalo javlja i kod žena i kod muškaraca (DSM- V, 2013). Što se tiče somatizacijskog poremećaja, procjenjuje se kako je prevalencija istog od 5-7% u općoj populaciji, a češće se javlja kod žena (DSM- V, 2013).

U okvirima poremećaja hranjenja, najprevalentnije je kompulzivno jedenje, koje se javlja u 2.8% slučajeva, a slijede ga anoreksija i bulimija, sa životnom prevalencijom od 0.6% osoba (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>, 9. srpanj 2017). Bulimija i anoreksija najčešće pogađaju mlade žene, i to u omjeru od 10:1. Prevalencija problema među pripadnicima muške populacije manje je poznata (DSM-V, 2013).

Posljedice raširenosti navedenih problema su višestruke. Kod 8.1 milijun odraslih Amerikanaca (njih 3.3%) javlja se komorbiditet između problema mentalnog zdravlja i zlouporabe sredstava ovisnosti. U ovoj kategoriji osoba uočeno je nešto rjeđe traženje i korištenje stručne pomoći (SAMSHA, 2016). U prilog navedenom idu i europski podaci koje navodi agencija EMCDDA (2016), a koji govore kako je kod 7% odraslih koji zadovoljavaju kriterije za anksiozni poremećaj uočen komorbiditet sa zlouporabom sredstava ovisnosti (Leray i sur., 2011; prema EMCDDA, 2016). Osim toga, neliječena depresija može voditi suicidu, drugom najčešćem razlogu smrti mladih u dobi od 15-29 godina, koji godišnje počini otprilike 800 000 ljudi diljem svijeta (WHO, 2014). Suicidu su osobito sklone i osobe oboljele od poremećaja sa somatskim simptomima (DSM-V, 2013). Ozbiljno treba pristupiti i poremećajima hranjenja, koji se često javljaju u komorbiditetu s drugim mentalnim bolestima te mogu rezultirati izuzetnim posljedicama po fizičko zdravlje pojedinca, ali i njegovom

smrću (DSM-V, 2013). Nadalje, zbog toga što tendiraju učestalom relapsu te sudjeluju kao vodeći problemi kada je u pitanju dugotrajna radna onesposobljenost, depresija i anksiozni poremećaji globalnu ekonomiju koštaju više od milijardu američkih dolara svake godine (<https://www.hzjz.hr/novosti/depresija/>, 10 srpanj, 2017). Osim toga, pokazalo se kako su troškovi zdravstvene skrbi somatskih bolesti oboljelih od depresije znatno veći od troškova tretmana somatskih bolesti osoba koje nemaju problema takvog tipa (Welch, Czerwinski, Ghimire i Bertsimas, 2009). Navedeni podaci mogu ukazivati na određenu razinu povezanosti između mentalnih i somatskih oboljenja. U prilog tom zaključku idu i podaci da se kod mnogih osoba oboljelih od depresije u komorbiditetu javlja neka kronična bolest, poput astme, dijabetesa, epilepsije ili bolesti srca. (Welch i sur., 2009).

4.3 Epidemiološki podaci o rasprostranjenosti internaliziranih problema u Hrvatskoj

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima na području Republike Hrvatske (HZJZ, 2011), koje datiraju iz 2002. godine, mentalni i neurološki poremećaji nalaze se na drugom mjestu po učestalosti svih bolesti u našoj zemlji te kod muškaraca njihov udio iznosi 20.7%, dok je kod žena 25.6%. Najznačajniji je unipolarni depresivni poremećaj koji s udjelom od 7.5% zauzima treće mjesto u skupini svih bolesti, odnosno prvo kada su u pitanju mentalne bolesti.

Problemi mentalnog zdravlja sa 6-7% sudjeluju u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najčešće se (u 12.4% slučajeva) hospitaliziraju osobe u dobi od 20-59 godina, što probleme mentalnog zdravlja čini vodećom vrstom bolesti u skupini osoba radno aktivne dobi. U 2013. godini registrirane su 40 422 hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja, a 70.6% hospitaliziranih bilo je u istom dobnom rasponu. Nakon shizofrenije i problema zlouporabe psihoaktivnih tvari, treći vodeći uzrok hospitalizacija kod oba spola su depresivni poremećaji s udjelom od 13.2%, a slijede ih reakcije na teški stres (uključujući PTSP) s 10.2%. Ovdje se uočavaju razlike po spolu pa su tako osobe ženskog spola najčešće hospitalizirane zbog depresivnih poremećaja, dok kod muškaraca glavni razlozi hospitalizacije leže u problemima povezanim sa zlouporabom alkohola. Problemi

internalizirane prirode kod pripadnika muškog spola, u kojima prednjače reakcije na stres, uključujući PTSP, nalaze se na visokom trećem mjestu. Muškarci svih dobi češće su hospitalizirani od žena. Nadalje, stopa hospitalizacije pripadnika oba spola zbog problema depresivnog spektra raste iz godine u godinu pa je, primjerice, 1995. godine iznosila 54.6, a 2010. godine 122.4. Ipak, povećan broj hospitalizacija ne znači nužno i povećanje oboljelih od ovih problema. Što se tiče poremećaja vezanih u stres, stopa hospitalizacije od 2008. godine pada, što ne iznenađuje, uzmemo li u obzir protok vremena od ratnog razdoblja.

Na razini primarne zdravstvene zaštite, problemi mentalnog zdravlja u skupini svih dijagnoza sudjeluju s udjelom koji iznosi 4-5%. Godine 2010. ova skupina problema se nalazila na 8. mjestu, participirajući s 5.2%. Najviše registriranih dijagnoza je iz skupine anksioznih poremećaja, poremećaja vezanih uz stres i traumu te somatoformnih poremećaja. Zanimljiv je podatak da su upravo ti problemi mentalnog zdravlja dijagnosticirani u 50% slučajeva mentalno oboljelih osoba u dobi od 20-64 godine života. Najčešći uzroci invaliditeta i onesposobljenosti nalaze se u istim skupinama bolesti, s ukupnim udjelom od 30% (HZJZ, 2011).

Pomalo nejasan ostaje podatak o raširenosti problema poremećaja hranjenja na području naše zemlje, obzirom da manjka podataka o traženju pomoći i stopi hospitalizacije oboljelih. Ipak, procjenjuje se kako od ovih bolesti u Hrvatskoj boluje približno 35 000- 45 000 osoba (Centar za poremećaje hranjenja Bea, 2014).

Navedeni podaci nisu sveobuhvatni pa zasigurno otvaraju pitanje *tamne brojke*, odnosno stvarne raširenosti problema ove prirode na našem području. Za dobivanje kvalitetnijeg uvida u problematiku nedostaju studije koje bi obuhvaćale samoiskaz, kao i neki brojčani pokazatelji nevladinih organizacija i stručnjaka koji pružaju usluge individualnog i/ili grupnog tretmana problema ovog spektra. Prema tome, podaci isključuju one koji se zbog nekog od problema ovog spektra nisu obratili liječniku primarne zdravstvene zaštite ili psihijatru, nego psihoterapeutu, kao i one koji nikakav oblik pomoći (još uvijek) nisu zatražili. Osim toga, postavlja se pitanje i dovoljne educiranosti pripadnika šire populacije da prepoznaju simptome, njihove spremnosti da potraže pomoć, kao i znanja o tome gdje adekvatnu pomoć mogu zatražiti, tj. dobiti. Uzmemo li u obzir i činjenicu da određena razina stigme i dalje prati oboljele od mentalnih bolesti, kao i to da je traženje pomoći zbog istih problema na ovom području i dalje u nekoj mjeri *tabu* tema, do prikupljanja sveobuhvatnijih podataka nam preostaje samo napamet zaključivati o pravoj raširenosti problema.

Na sljedećim će se stranicama opisati evidentno najrasprostranjeniji problemi internaliziranog spektra: depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, anksiozni poremećaji, opsesivno kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji sa somatskim simptomima i poremećaji hranjenja.

4.4 Depresivni poremećaj (klinička depresija)

Tuga je sastavni dio našeg života kojeg, uz pozitivne događaje i doživljaje, karakteriziraju i brojne promjene, stresni događaji i gubitci. Ipak, ukoliko tuga postane emocionalno stanje koje traje duže od nekoliko tjedana i u većoj ili manjoj mjeri interferira sa svakodnevnim funkcioniranjem osobe te joj postane preprekom za ostvarivanje punog potencijala, najvjerojatnije je došlo do razvoja kliničke depresije. Jedan od najznačajnijih simptoma depresije jest perzistirajući osjećaj tuge (DSM- V, 2013). Osim tužnog, javlja se i anksiozno raspoloženje, kao i osjećaji bezvoljnosti, bezizlaznosti, bezvrijednosti i bespomoćnosti. Osoba može biti preplavljena crnim slutnjama te osjećajima krivnje. Još neki simptomi uključuju: pesimizam, iritabilnost, gubitak interesa za hobije i aktivnosti koje su osobu ranije veselile, manjak energije i umor, poteškoće sa spavanjem, promjene u apetitu, poteškoće s koncentracijom i donošenjem odluka, misli o smrti, lošu sliku o sebi te razne bolove, bez jasnog biološkog uzroka (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>, 12. srpanj 2017). Osobe koje pate od depresije nerijetko se povlače u sebe, a njihovo mišljenje postaje teže i usporeno. Kod nekih oblika depresije dolazi do smanjenja psihofizioloških aktivnosti, dok kod drugih prevladavaju razdražljivost i psihomotorni nemir.

Po uzročnosti, depresiju dijelimo na endogenu i egzogenu. Endogena depresija javlja se bez nekog očitog okidača, dok se egzogena javlja kao reakcija na neki teški događaj (Vidović, 2016). Depresivna epizoda može se javiti bilo kada, premda adolescencija i rana odrasla dob predstavljaju razdoblje povećanog rizika za javljanje depresivnih simptoma (Hankin i Abramson, 2001; prema Dobson i Dozois, 2008). Razlozi javljanja depresije različiti su i višeslojni, počevši od onih bioloških i genetskih pa do psiholoških, duhovnih i okolinskih (Vidović, 2016). Od bioloških faktora spominju se nasljeđe, različiti oblici

disfunkcije mozga te kemijska neuravnoteženost (Dobson i Dozois, 2008). Od psiholoških faktora, značajnu ulogu igraju: razina neuroticizma osobe (DSM- V, 2013), postojanje disfunkcionalnih uvjerenja, način procesuiranja informacija, razina optimizma, odnosno pesimizma kod osobe, njezine socijalne vještine i sposobnosti rješavanja problema. Svakako valja spomenuti pomanjkanje životne svrhe i osjećaja smisla kao nešto što može povećati vjerojatnost javljanja problema. Od socijalnih faktora, kao najznačajniji se vide: rana privrženost primarnom skrbniku te izloženost traumi, gubitku i stresnim događajima. (Dobson i Dozois, 2008).

4.5 Bipolarni poremećaj

Bipolarni poremećaj, poznat i kao manična depresija ili afektivna psihoza, manifestira se kroz intenzivne i upadljive promjene raspoloženja, koje ne prate promjene u životnim okolnostima, a osobu nemogućavaju u njezinom uobičajenom funkcioniranju. Javljaju se promjene u mišljenju, raspoloženju i motorici, ponašanje oboljele osobe nerijetko je okarakterizirano kao neobično, a njezina mogućnost ispunjavanja svakodnevnih zadataka je promjenjiva. Raspoloženje je epizodično, izmjenjuju se ciklusi sniženog raspoloženja (depresije) i povišenog raspoloženja (hipomanije i manije), koje prate promjene u razini energije, aktivnosti i potrebi za snom. Broj i pravilo izmjenjivanja ciklusa variraju te se kod svake osobe manifestiraju na drugačiji način. Problem najčešće počinje depresivnom epizodom, koja je dugotrajnija od faze (hipo)manije. Za vrijeme depresivnih epizoda javljaju se ranije opisani simptomi karakteristični za kliničku depresiju. Što se tiče maničnih epizoda, raspoloženje osobe koja se nalazi u takvoj epizodi je povišeno, sve do ushićenosti i eufrije. Osoba ima mnogo energije, često ne osjeća umor ni potrebu za spavanjem te je prekomjerno (fizički) aktivna. Zrači vedrinom, optimizmom i visokim samopouzdanjem. Njezin tijek misli je ubrzan, baš kao i govor pa često skače s teme na temu. Zbog velikog broja ideja, koncentracija može biti slaba, a pažnja raspršena. Simptomi uključuju i ideje grandioznosti, sklonost postavljanju izuzetno visokih ciljeva, pojačanu iritabilnost, povećanu seksualnu želju te prejedanje. Osobe nerijetko rade mnogo stvari u isto vrijeme, a sklone su i upuštati se u različita nepromišljena, nesvrhovita, ekscesivna i/ili rizična ponašanja.

Jedan od značajnih rizičnih faktora za javljanje ovog problema predstavlja nasljeđe, (DSM- V, 2013). Osim toga, u literaturi se navode i prisutnost drugih problema mentalnog zdravlja te gubitak roditelja u ranoj dobi (Mortenson, Pedersen, Melbye, Mors i Ewald, 2003).

4.6 Anksiozni poremećaji

Iako je anksioznost definirana kao neugodna emocija straha i strepnje (DSM- V, 2013), radi se o normalnoj reakciji na opasne i zabrinjavajuće situacije. Problem nastaje kada se anksioznost počne javljati u situacijama u kojima stvarna opasnost ne postoji ili kada takvo stanje traje dugo nakon što je stresna situacija završila (<http://www.klinicka-psihologija.hr/1.html>, 12. srpnja 2017). Tada takvo stanje počinje interferirati sa normalnim, svakodnevnim funkcioniranjem osobe te govorimo o pojavi anksioznog poremećaja. Simptomi anksioznosti manifestiraju se na 4 glavna područja: tjelesno, emocionalno, kognitivno i bihevioralno. Anksioznost aktivira djelovanje autonomnog živčanog sustava koji priprema tijelo za suočavanje s percipiranim problemskom situacijom te ga ubrzava radi osiguravanja efikasne reakcije. Na tjelesnom planu to dovodi do promjena u funkcioniranju kardiovaskularnog, respiratornog i gastrointestinalnog sustava (Vulić Prtorić, 2006). Javljaju se različite fiziološke reakcije, kao što su: plitko i ubrzano disanje, ubrzani i/ili nepravilni otkucaji srca, pojačano znojenje, napetost mišića, drhtanje, bolovi u želucu, proljev, glavobolje, poteškoće sa spavanjem, itd (DSM V, 2013). Te fiziološke reakcije prate subjektivni doživljaji osobe na emocionalnom planu: osjećaji neugode, slabosti, nesigurnosti, zabrinutosti i straha, sve do panike. Na kognitivnom planu anksioznost prate zbunjenost, zabrinutost i anticipacija nesreće, a sve navedeno najčešće rezultira manje adaptiranim oblicima ponašanja kao što su izbjegavanje, stereotipija i slaba kordinacija, koji su različito zastupljeni u različitim oblicima anksioznih poremećaja (Vulić Prtorić, 2006). Opisano je karakteristično za sve anksiozne poremećaje.

Velik broj anksioznih poremećaja prvi put se javlja u djetinjstvu. Na pojavu anksioznosti utječu vanjski čimbenici (stresne, teške, traumatske situacije, velik broj životnih izazova i obveza) i individualne reakcije osobe na navedeno. Reakcije su determinirane sposobnošću osobe da se nosi s problemima, ali i njezinim osobinama ličnosti

(<http://www.klinicka-psihologija.hr/1.html>, 14. srpanj 2017), od kojih se kao važna naglašava razina neuroticizma osobe. Ulogu u javljanju anksioznih poremećaja može igrati i nasljeđe, obzirom da su isti češći u nekim obiteljima (DSM- V, 2013). Kao najznačajniji rizični kognitivni faktor javljanja i održavanja različitih anksioznih poremećaja navodi se anksiozna osjetljivost, koja je manifestirana strahom od anksioznosti, a leži u uvjerenju kako su simptomi anksioznosti štetni i opasni te kako isti mogu dovesti do značajnih tjelesnih, psiholoških i socijalnih posljedica (Vulić Prtorić, 2006). Kod oboljelih su prisutne brojne kognitivne distorzije te događaje (poglavito one u budućnosti) vide kao prijeteće i opasne, a sebe kao nekoga tko nema dovoljno kapaciteta nositi se s time.

Opisat će se generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija), agorafobija i specifične fobije, obzirom da se intervencije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti nerijetko bave upravo njima.

4.6.1 Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Generalizirani anksiozni poremećaj karakteriziran je stalno prisutnim osjećajima *lebdećeg* straha i brige, usmjerenih na različita područja života, kao što su financije, zdravlje i sigurnost. Osoba koja pati od GAP-a može se brinuti i oko naizgled minornih događaja (E. Craighead, Miklowitz i L. Craighead, 2008). Ono što razlikuje generalizirani anksiozni poremećaj od normalne, uobičajene brige jesu intenzitet zabrinutosti te percepcija oboljele osobe kako istu ne može kontrolirati (DSM- V, 2013). Osoba se može osjećati kao da je *zaključana* u svojoj situaciji ili *na rubu*, a još neki simptomi koji se javljaju su nemir, iritabilnost, poteškoće u koncentraciji, velik broj misli, nemogućnost isključivanja uma, poteškoće sa spavanjem, umor te napetost mišića (Craighead i sur., 2008). GAP se često javlja u komorbiditetu s nekim od poremećaja raspoloženja (Judd, 1998; prema Craighead i sur., 2008).

4.6.2 Panični poremećaj

Oboljeli od paničnog poremećaja pate od opetovanih intenzivnih i preplavljujućih napada straha i anksioznosti koji se javljaju iznada, u trenucima kada ne postoji nikakva

realna opasnost za osobu. Svoj vrhunac najčešće dostižu unutar 2-10 minuta (Vulić Prtorić, 2006), a praćeni su jakim fiziološkim reakcijama kao što su: ubrzano kucanje srca, pojačano znojenje, tremor, trnci, hladnoća, slabost, vrtoglavica, mučnina, bolovi u prsima i trbuhu (DSM- V, 2013). Osoba u datom trenutku misli i osjeća se kao da gubi kontrolu, a u nekim slučajevima javljaju se strah od smrti i iščekivanje katastrofičnih događaja (<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms/index.shtml>., 15. srpanj 2017).

4.6.3 Socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija)

Socijalna fobija je iracionalni strah od različitih socijalno konstruiranih situacija u kojima je osoba izložena promatranju i/ili procjeni od strane drugih ljudi. Očituje se kao strah od javnih nastupa, otvorenog iznošenja mišljenja i davanja izjava, susreta sa određenim osobama, pokazivanja znanja i vještina u ispitnim situacijama, objedovanja u društvu, upoznavanja novih ljudi, i slično. Osoba misli da će pred drugima pokazati određeni nedostatak neke vještine ili znanja, kako će zbog toga ispasti nespretna, smiješna i/ili nedovoljno pametna te se zato osramotiti, a to joj izaziva strah. U fobičnoj situaciji dolazi do pojave jakih simptoma anksioznosti, uz popratne negativne spoznajne interpretacije (Filaković i Mandić, 2003).

4.6.4 Agorafobija

Osoba koja pati od agorafobije simptome anksioznosti i paničnog straha iskusi u situacijama kada okolinu u kojoj se nalazi vidi kao nepoznatu, nesigurnu, kada percipira da u njoj ima malo kontrole i da iz nje ne može lako izaći. Osobi neugodu izazivaju slutnje da će se u takvim okolnostima nešto tragično dogoditi, a da ona u tom slučaju neće moći lako pobjeći i/ili da joj nitko neće moći pomoći. Može se javiti i strah od socijalnog sramoćenja, pa se agorafobiju u tom slučaju promatra u kontekstu socijalne fobije. Simptomi se mogu javiti u slučaju boravka na otvorenom prostoru, poglavito na mjestima gdje ima mnogo ljudi, boravka u zatvorenom prostoru (odlazak u kino ili trgovački centar), vožnje u javnom prijevozu, kraćih ili dužih putovanja, itd (DSM-V, 2013).

4.6.5 Specifične fobije

Specifična fobija je intenzivan i iracionalan strah prema nekom specifičnom objektu ili situaciji. Osoba se može bojati životinja, prirodnog okruženja, ozljeda, krvi, i dr. Specifične fobije su iznimno kulturološki uvjetovane. Najčešće se javljaju zbog nekog traumatičnog iskustva, koje je osoba sama proživjela ili je gledala drugu osobu kako ga proživljava, a koje je na bilo koji način u vezi s navedenom situacijom ili objektom, neočekivanog paničnog napadaja koji joj se dogodio u toj situaciji ili zbog primanja nekih informacija, koje navedeni stimulus opisuju kao opasan (DSM- V, 2013).

4.7 Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP)

Opsesivno kompulzivni poremećaj, kao što sam pojam sugerira, karakteriziran je postojanjem opsesija i kompulzija. Opsesije se manifestiraju kao ponavljajuće i trajne misli, slike i potrebe, koje osoba vidi kao nametljive i neželjene. Kompulzije su ponavljajući postupci koje se osoba osjeća dužnom ispuniti, najčešće uz slijeđenje rigidnih pravila, kako bi adekvatno odgovorila na opsesije i umanjila razinu neugode. OKP se očituje ekscesivnim i opetovanim bavljenjem različitim preokupacijama, mentalnim navikama i ispunjavanjem određenih rituala. Postoji bliska veza između OKP-a i anksioznih poremećaja, na način da se kompulzije često obavljaju kako bi se umanjili osjećaji neugode, stresa, anksioznosti i straha, koje određene opsesije izazivaju.

Rizični faktori za javljanje problema su negativna emocionalnost, izloženost stresnim i traumatskim događajima u razdoblju djetinjstva te naslijeđe. Ključno je naglasiti kako su kod oboljelih od OKP-a uočene mnoge disfunkcionalne ideje i uvjerenja, od kojih su najzastupljeniji: perfekcionizam, prenapuhan osjećaj osobne odgovornosti (uz zanemarivanje drugih faktora koji mogu imati utjecaja na njihov život), velika potreba za kontrolom uz značajno pridavanje važnosti vlastitim mislima i tendenciju procjenjivanja neutralnih podražaja kao prijetećih. Navedeno je, mogli bismo reći, karakteristika većine oboljelih od anksioznih poremećaja. Neki oboljeli imaju dobar uvid u nerealnost svojih misli i opsesija, što

znači da im je jasno kako ideje koje imaju vjerojatno nisu točne. Drugi imaju nešto slabiji uvid, karakteriziran uvjerenjima kako su njihove opsesije vjerojatno točne. Najmanji broj oboljelih je u deluziji, uz potpunu uvjerenost u realnost svojih misli i opravdanost svog ponašanja (DSM- V, 2013). Upravo su deluzije ono što je OKP dijagnostički izdvojilo od anksioznih poremećaja, a približilo onima psihotične prirode.

4.8 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj nastaje uslijed svjedočenja ili izloženosti nekom traumatskom događaju, koji je uključivao stvarnu smrtnu opasnost, ozbiljne fizičke povrede ili prijetnju ugrožavanja fizičkog i/ili psihološkog integriteta izložene osobe ili drugih osoba (Bisson, 2007). Na PTSP se u tom kontekstu gleda kao na skup psiholoških posljedica navedenog događaja, ali i kao na odgođeni ili produljeni odgovor na proživljeno (Kozarić-Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007). Simptomi PTSP-a uključuju ponovno proživljavanje traumatskog događaja, kroz iluziju, halucinaciju i *flashback* epizodu (Kozarić-Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007). Za PTSP su karakteristični i ponavljajući, uznemirujući snovi, a sve navedene simptome prate pojačana aktivnost autonomnog živčanog sustava i intenzivni osjećaji stresa, uznemirenosti, anksioznosti i straha (Bisson, 2007). Osobe se mogu otuđiti od drugih i imati osjećaj kako više nisu kadre voljeti. Javljaju se i poteškoće koncentracije, pojačan oprez te neprijateljstvo i nepovjerenje prema drugima. Simptomi uključuju i misli o uskraćenoj budućnosti te osjećaje ljutnje i beznada. Zbog svega navedenog, osobe nastoje na sve načine izbjeći sjećanja na događaj pa mogu pribjeći različitim oblicima distrakcije i ovisnosti (Kozarić-Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007). Radi se o ozbiljnom problemu koji se u 80% slučajeva javlja u komorbiditetu s drugih poremećajima, a osobito s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajima, alkoholizmom i dr. ovisnostima.

Rizični čimbenici za javljanje PTSP-a jesu, dakako, priroda, obilježja i karakteristike samog događaja. Osim toga, ulogu igraju individualna obilježja osobe, poput njezina spola (i ova skupina problema, češće se javlja kod žena) i osobne vulnerabilnosti. U većem su riziku osobe kod kojih je uočeno ranije postojanje nekog problema mentalnog zdravlja. Od

okolinskih čimbenika, ključnu ulogu igraju razina socijalne podrške nakon događaja, ali i kasnija izloženost stresnim događajima (Kozarić- Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007).

4.9 Poremećaji hranjenja

4.9.1 Anoreksija

Anoreksiju karakterizira preskakanje obroka i nedostatno uzimanje hrane, koje se manifestira preniskom tjelesnom težinom osobe u odnosu na njezinu dob, spol i fizičke karakteristike te interferira s fizičkim zdravlje osobe. Ovakvo ponašanje motivirano je nezadovoljstvom, iskrivljenom slikom o vlastitom tijelu te iracionalnim strahom od dobivanja kilograma, odnosno debljanja. Razlikujemo *restriktivni* i *kompulzivni* tip anoreksije. Jedan od ključnih simptoma anoreksije svakako je nagli gubitak tjelesne težine, za najmanje 15% od normalne tjelesne težine. Još neki simptomi su: zaokupljenost hranom uz neprestano zbrajanje kalorija, depresivnost, strah od čak najmanjeg porasta težine, kriva percepcija tijela kao pretilog te brojne fizičke promjene. Anoreksija se često javlja u komorbiditetu s depresivnim, anksioznim i bipolarnim poremećajem (DSM- V, 2013).

Individualni rizični faktori za javljanje ovog poremećaja hranjenja jesu postojanje anksioznih poremećaja ili opsesija u djetinjstvu. Ključnu ulogu igraju psihološki faktori, u vidu uvjerenja o samom sebi, vlastitom tijelu i onome što je smatrano kao lijepo. Oboljelu osobu karakteriziraju loša slika o sebi, nisko samopoštovanje i nezadovoljstvo vlastitim fizičkim izgledom. Kao važan rizični čimbenik, kao i kod depresije, spominju se poremećeni obrasci privrženosti roditeljima (Ward i Growers, 2003; prema Talić, 2013). Osim toga, oboljele osobe najčešće se kreću u okolini koja promovira mršavost pa su u pojačanom riziku za javljanje problema osobe koje se bave modom i sportom. Problem je u nekoj mjeri i nasljedan, obzirom da je pojačan rizik za javljanje anoreksije nađen među rođacima po prvom koljenu (DSM- V, 2013).

4.9.2 Bulimija

Ovaj poremećaj hranjenja karakteriziraju ponavljajuće epizode nekontroliranog jedenja velikih količina hrane, uz epizode čišćenja. Za vrijeme trajanje epizode impulzivnog jedenja, osobi se čini kako nema nimalo kontrole nad time koliko će pojesti i kao da ne može prestati jesti. Nakon toga, slijedi epizoda čišćenja, kada osoba pribjegava metodama koje će

spriječiti debljanje, ali i umanjiti osjećaje krivnje i depresivnosti, koji joj se javljaju zbog prekomjernog jedenja. Metode kojima se služi uključuju povraćanje, uzimanje tableta i diuretika te ekscesivno vježbanje. Što je poremećaj izraženiji, faze nekontroliranog jedenja i čišćenja se izmjenjuju češće. Za razliku od oboljelih od anoreksije, oni oboljeli od bulimije često su normalne ili nešto povećane tjelesne težine. Sama bolest uzrokuje brojne smetnje gastrointestinalnog sustava, kao i probleme sa srcem te grčenje mišića.

Oboljeli od anoreksije i bulimije, dijele psihološke rizične faktore. Specifično kod oboljelih od bulimije jest da su nerijetko imali problema s pretilošću u djetinjstvu ili je kod njih bilo prisutno rano sazrijevanje. Kod mnogih osoba oboljelih od bulimije, uočena je ranija izloženost brojnim stresnim događajima. Osim toga, u povećanom riziku za razvoj ovog problema su žrtve seksualnog i psihičkog zlostavljanja, a nađena je genetska vulnerabilnost za razvoj bulimije (DSM- V, 2013).

4.9.3 Kompulzivno jedenje

Ovaj problem se odnosi na epizode jedenja količina hrane koje su puno veće od onoga što bi većina ljudi u datom periodu pojela. Osobe se prejedaju, jedu i kada ne osjećaju glad, brže nego je uobičajeno, a nerijetko jedu same, zbog činjenice da osjećaju sram zbog količine hrane koju su pojele. Poslije epizode jedenja, oboljelima se javljaju osjećaji krivnje, srama i gađenja, a može doći i do izbjegavanja hrane. Prevalentniji je kod žena, osobito kod onih koje žele smanjiti težinu, ali je broj pogođenih muškaraca veći nego kod drugih poremećaja hranjenja. Nerijetko je perzistirajuć te, osim što se dovodi u vezu s brojnim zdravstvenim problemima, dovodi do nezdravog stila života, pretilosti, poteškoća sa socijalnom adaptacijom te smanjuje zadovoljstvo vlastitim životom. Kao i drugi poremećaji prehrane, često se javljaju u komorbiditetu s drugim problemima internaliziranog spektra (DSM- V, 2013).

Problem je češći u određenim obiteljima, što znači da se u nekoj mjeri dovodi u vezu sa genetikom i odgojnim djelovanjem (DSM- V, 2013). U literaturi se navodi kako je kompulzivno jedenje karakterizirano korištenjem hrane radi ublažavanja emocionalnog distresa (Goldfield, Adamo, Rutherford, i Legg, 2008; prema Kristeller i Wolever, 2011), a da se u okviru problema javljaju i nepostojanje svjesnosti o gladi, neprepoznavanje ili zanemarivanje znakova sitosti, uz nemogućnost regulacije količine pojedene hrane (Sysko,

Devlin, Walsh, Zimmerli i Kissileff, 2007; prema Kristeller i Wolever, 2011), kao i pojačana reaktivnost na hranu (Sobik, Hutchison i Craighead, 2005; prema Kristeller i Wolever, 2011). U pozadini ovog problema nalaze se visoka razina stresa i problemi emocionalne prirode, a hrana u tom kontekstu predstavlja kratkoročan bijeg ili olakšanje, uz izazivanje određene razine ugone.

4.10 Poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji

4.10.1 Somatizacijski poremećaj

U osnovi somatizacijskog poremećaja je prisutnost jednog ili više manjih tjelesnih simptoma za koje nema medicinskih objašnjenja, a kojima osoba postaje izuzetno zaokupljena. Simptomi najčešće predstavljaju normalne tjelesne senzacije koje mogu izazvati određenu razinu neugode, ali pritom nisu rezultat nikakve tjelesne bolesti. Oboljela osoba je zabrinuta za svoje zdravstveno stanje, učestalo se žali na različite probleme fizičkog zdravlja, odlazi k liječniku i obavlja različite dijagnostičke postupke, kojima se uglavnom ne nalazi postojanje nikakve fizičke bolesti. Patnja osobe jest autentična, premda nije u razmjeru sa intenzitetom boli i simptomima koji se javljaju. Radi se o relativno perzistirajućoj bolesti, sa mnogo relapsa, koje najčešće počinje u ranoj ili srednjoj odrasloj dobi, koja u velikoj mjeri interferira s odnosima, ometa obiteljski život osobe te ugrožava njezinu radnu ulogu (DSM-V, 2013).

4.10.2 Hipohondrija

Osobe oboljele od hipohondrije preokupirane su idejom da imaju ili će dobiti neku ozbiljnu bolest, a da somatski simptomi pritom nisu uopće izraženi ili su jako malo izraženi. Kod oboljelih postoji visoka razina anksioznosti i zabrinutosti oko zdravstvenog stanja. Prisutna su ekscesivna ponašanja radi utvrđivanja zdravstvenog statusa ili izbjegavanje.

Zabrinutost oko bolesti zauzima važno mjesto u životu osobe, što ju čini nesposobnom za rad i utječe na njezine svakodnevne aktivnosti.

Poremećaji povezani sa somatskim simptomima češći su kod osoba koje imaju drugih problema mentalnog zdravlja te su pojačano osjetljive na bol. Rizični čimbenici psihološke prirode uključuju pretjeran fokus osobe na njezine somatske simptome, atribuiranje normalnih tjelesnih senzacija kao simptoma fizičke bolesti, sklonost katastrofiziranju, pretjeranu zabrinutost oko bolesti te strah da će fizička aktivnost ugroziti zdravstveno stanje. Spominju se i procesi učenja. U tom kontekstu, ukoliko je osoba ranije bolešću uspijevala priskrbiti pažnju i brigu značajnih osoba, moguće je da u nekoj mjeri želi biti bolesna, kako bi ih opet priskrbila te tako zadovoljila neke svoje životne potrebe. Somatske tegobe mogu se promatrati kao jedan način ekspresije osobne patnje, koji je prihvatljiv u odnosu na socijalni i kulturološki kontekst zajednice u kojoj osoba živi. Drugi okolinski čimbenici odnose se na izloženost stresu i zlostavljanje u djetinjstvu (DSM- V, 2013).

Liječenje simptomatologije problema internaliziranog spektra, bez djelovanja na njihove uzroke, daje slabije i trenutačne rezultate pa se visoko individualizirani pristup, uz razumjevanje uzročnika i djelovanje na iste, čini ključnim korakom u procesu tretmana problema internaliziranog spektra. Premda se isti najčešće liječe psihoterapijom, socioterapijom i/ili farmakoterapijom, u novije se vrijeme rješenja sve više traže i u kultiviranju usredotočene svjesnosti.

5. Teorijski model programa temeljenih na usredotočenoj svjesnosti i njegov doprinos razumjevanju etiologije internaliziranih problema u ponašanju

Radi boljeg razumjevanja mehanizama promjene do kojih dovode intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti u tretmanu internaliziranih problema, nužno je predstaviti teorijski model na kojem iste počivaju. Ovaj teorijski model oslanja se na aspekte i znanja kognitivne znanosti, poklanjajući posebnu pozornost pažnji, izvršnim funkcijama, mogućnosti evaluacije i odmaku od naših misli i uvjerenja (Barnard i Teasdale, 1991; prema Crane i sur., 2016) i trans-dijagnostičkog pristupa, koji se bavi rizičnim čimbenicima poput ruminacije, brige i izbjegavanja i njihovom ulogom u razvoju širokog spektra internaliziranih problema (Dudley i sur., 2011; prema Crane i sur, 2016). Valja naglasiti kako se radi o relativno novom pristupu, koji se još uvijek istražuje i potvrđuje velikim brojem različitih znanstvenih istraživanja.

Polazište ovog modela je da su ljudi često nesvjesni sadašnjeg trenutka i njemu pripadajućih iskustava te da veliki dio svojih svakodnevnih aktivnosti obavljaju po principu autopilota, odvojeni od svojih misaonih obrazaca i emocija (Grossman, Nieman, Schmidt i Walach, 2004). Osobama koje pate od problema mentalnog zdravlja zajedničko je pomanjkanje usredotočene svjesnosti (engl. *mindlessness*), odnosno često upadanje u stanje uma u kojem se vezuju uz neke nevažne ili disfunkcionalne misli, koje su uvijek u skladu s nekim njihovim prethodnim iskustvima. Germer (2004) u tom kontekstu navodi kako se čini da se patnja povećava u trenucima odvojenosti od sadašnjeg trenutka. Kod osoba u riziku od manifestacije problema internaliziranog spektra i onih kod kojih je problem već manifestan, uočavaju se specifični načini razmišljanja. Tako su depresivne osobe sklonije automatskim mislima koje se tiču vlastite bezvrijednosti, pesimizma i očekivanja gubitka i neuspjeha (Clark i Beck, 1989; prema Mamić, 2016). S druge strane, anksiozne misli orijentirane su na budućnost, uz očekivanje štete, opasnosti, nepredvidljivosti i neizvjesnosti (Beck i Emery, 1985; Epstein, 1972; Spielberg, 1972; prema Mamić, 2016).

Prema transdijagnostičkom pristupu, za javljanje i održavanje problema mentalnog zdravlja, zaslužni su *ekscesivna briga, ruminativni način razmišljanja, odnosno mišljenje utemeljeno na diskrepanci* (Gethin, 1998; prema Crane i sur, 2016) te *perfekcionizam* i

netolerancija neizvjesnosti (Mamić, 2016), koji se odnose na specifične obrasce razmišljanja i interpretiranja iskustva.

- Briga i netolerancija neizvjesnosti

Briga je definirana kao teško kontrolirajući lanac negativnih misli i koncepata, koji predstavlja pokušaj mentalnog rješavanja nekog problema, čiji je ishod neizvjestan, ali u sebi sadržava mogućnost jednog ili više negativnih ishoda. Briga se dovodi u blisku vezu sa strahom (Hoyer, Gloster i Herzberg, 2009; prema Mamić, 2016) te je centralni pojam razvoja i održavanja anksioznih poremećaja (Mamić, 2016). U kontekstu brige, nužno je spomenuti i netoleranciju neizvjesnosti, koja je s istom povezana (Freeston i sur., 1994; Dugas, Gosselin i Ladouceur, 2001; Berenbaum, Bredemeier i Thompson, 2008; Mahoney i McEvoy, 2011; prema Mamić, 2016). Netolerancija neizvjesnosti i promjenjivosti, koje možemo promatrati i kao sastavna obilježja života, tako ostavljaju mnogo prostora za brigu, obzirom da svaka životna situacija u sebi sadržava mogućnost javljanja, kako pozitivnih, tako i negativnih ishoda.

- Ruminativni način razmišljanja

Pojedinac u ruminativnom stanju uma, sklon je pretjeranom i opetovanom razmišljanju o problemu, simptomima koji ga prate i pripadajućim neugodnim emocijama. Osim toga, isti je sklon opetovanoj analizi razloga javljanja navedenog, uz poklanjanje fokusa svojim manama, ali i negativnim učincima i posljedicama kojima sve navedeno može rezultirati (Segal, i sur., 2002). Sadržaj ruminacija povezan je sa stanjem u kojem se osoba nalazi ili s bolešću od koje pati, premda se uglavnom odnosi na teme gubitka i neuspjeha u prošlosti. Iako ruminativni pojedinci naglašavaju da takav način razmišljanja može voditi važnim uvidima, u vidu dubljeg razumjevanja vlastitog raspoloženja i načina koji dovode do poboljšanja istoga, pokazalo se kako ruminativno stanje uma zapravo potiče kontinuirano izlaganje stresnim podražajima i održava depresiju (Nolen i Hoeksema, 1991). Segal i sur. (2002) sugeriraju kako upravo ruminativno stanje uma vodi relapsu depresije. Smith i Alloy (2009) navode kako kod ruminativnog mišljenja nema naglaska na specifičnost sadržaja misli. Tako ruminacija, umjesto da vodi rješenju problema,

zapravo aktivira negativne misli i sjećanja, koji rezultiraju neefikasnim rješavanjem problema i porastom simptomatologije.

- Mišljenje utemeljeno na diskrepanci

Još jedna karakteristika ruminativnog načina razmišljanja jest mišljenje utemeljeno na diskrepanci (tzv. *radni mod* ili engl. *doing mode*), odnosno stalno motrenje i evaluiranje postojeće situacije, u odnosu na neki internalizirani model i standard, tj. ideju o tome što je poželjno, potrebno, očekivano ili zastrašujuće. Ovakav način razmišljanja često dovodi do percipiranog odstupanja ili diskrepance između onog što jest i onog što bi „trebalo biti“. Obzirom da je osoba sklona takvom načinu razmišljanja zadovoljna jedino u situaciji kada je uvjeren da su okolnosti onakve kakve ona smatra da trebaju biti, ona teži promjeni. Tako nakon uočavanja navedenog odstupanja, postoji tendencija generiranja misli i akcija koje će joj pomoći da nađe postojeću diskrepancu. Osoba smatra kako treba završiti stvari, postići ciljeve, a sve kako bi umanjila postojeću diskrepancu.

Suprotnost tome je prebivajući mod, u kojem osoba prihvaća stvari takve kakve jesu u datom trenutku, bez grčevite potrebe da ih neprestano evaluira, ili pritiska da odmah mijenja ono što ju ne zadovoljava. U takvom stanju uma, ona je sada i ovdje, a to ju čini spremnom prigrliti trenutak onakakv kakav on jest i „uzeti“ od njega ono najbolje. U prebivajućem se modu misli o situaciji vide se kao dio prolaznog iskustva, odnosno kao nešto što nije nužno točno. Sukladno tome, postoji i snažnija tolerancija na frustraciju, a akcije koje se poduzimaju su promišljenije (Segal i sur., 2002).

- Negativni perfekcionizam

Perfekcionizam najbolje objašnjava stalna prisutnost (pre)visokih očekivanja. Osim toga, perfekcionista karakteriziraju sklonost samokritiziranju i pretjerana usmjerenost na vlastite pogreške (Frost i sur, 1990; prema Mamić, 2016). Perfekcionista imaju tendenciju zauzimati grub, optužujući pa čak i zlostavljajući stav prema sebi te poklanjati pažnju svemu onome što vide kao negativno, uz zanemarivanje i umanjivanje svega onog što bi se moglo okarakterizirati kao pozitivno.

Prema ovom modelu, svi opisani obrasci razmišljanja i interpretiranja rezultiraju nesvjesnim, reaktivnim djelovanjem, koje se očituje brzim, burnim i nerijetko negativnim odgovorom na situaciju (Stahl i Goldstein, 2010). Takav, nesvjestan, nepromišljen i neadaptivan odgovor na situaciju, posljedično ponovno utječe na osobu te isti može dovesti do daljnjeg produbljivanja problema. Osobe su, zbog straha od suočavanja s problemom, nerijetko sklone različitim obrascima bijega, kao i poricanju te potiskivanju problema i pripadajućih emocija, a navedeno samo podržava daljnji opstanak problema. (Stahl i Goldstein, 2010). Wegner i Zanakos (1994; prema Mamić, 2016) u tom kontekstu navode kako se depresivne osobe s negativnim mislima često suočavaju na način da pokušavaju ne misliti na njih, a to kontinuirano potiskivanje onemogućava otpuštanje, odnosno čini te misli stalno prisutnima (Purdon, 1999; prema Mamić, 2016). Vjeruje se kako su takve maladaptivne strategije nošenja povezane s održavanjem većine, ako ne i svih, emocionalnih problema (Bishop i sur., 2004; Hayes, 2004; prema Hofman, Sawyer, Witt i Oh, 2010).

Rješenja navedenog ima smisla tražiti u kultiviranju usredotočene svjesnosti, obzirom da Frewen, Evans, Maraj, Dozois i Patridge (2008) navode kako je usredotočena svjesnost negativno povezana s frekvencijom javljanja negativnih automatskih misli, a pozitivno s percipiranom mogućnošću otpuštanja tih misli, kao i adaptivnim odgovorom na iste. Coffey i Hartman (2008) su našli kako postoji negativna povezanost između usredotočene svjesnosti i visoke razine psihološkog distresa, a Raes i Williams (2010) izvještavaju u negativnoj povezanosti usredotočene svjesnosti i ruminacije. Navedenom u prilog ide i hrvatsko istraživanje koja je provela Mamić (2016). Ista navodi kako su kod osoba koje pokazuju veću razinu usredotočene svjesnosti nađene niže razine negativnog perfekcionizma, netolerancije neizvjesnosti, prospektivne i inhibitorne anksioznosti te ruminativnog stila mišljenja. Pritom osobe s većom razinom usredotočene svjesnosti pokazuju manje anksioznosti i depresivnosti od onih koji su nisko na usredotočenoj svjesnosti (Mamić, 2016). Osim toga, učenje ljudi kako da na stresne situacije i životne probleme odgovore reflektivno, umjesto reaktivno, može smanjiti problematizirane strategije izbjegavanja, koje se odnose na pokušaje umanjivanja intenziteta i frekventnosti javljanja neželjenih unutarnjih iskustava (Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis, 2006; prema Hofman i sur., 2010).

Obilježja prakse usredotočene svjesnosti i tretmanska uspješnost iste, detaljnije će se razmatrati u nadolazećim poglavljima.

6. Sedam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti

Polazište za predstavljanje prakse usredotočene svjesnosti jest upoznavanje sa sedam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti, na kojima ista počiva. Osnovni dio svakog treninga usredotočene svjesnosti čini upravo kultivacija istih. Usvajanje ovih stavova, stvara preduvjete za razvoj usredotočene svjesnosti te podupire i jača njezinu praksu. Tih sedam temeljnih stavova jesu:

- Oslobođenost od suda: Osnovni preduvjet razvoja usredotočene svjesnosti jest zauzimanje stava nepristranog promatrača vlastitih iskustava. Nepristana opservacija iskustava isključuje uobičajene kategorizacije i procjene. Ona se odnosi na promatranje onoga što je prisutno, a bez tendencije da se prisutne misli, osjećaji ili senzacije etiketiraju kao dobre ili loše, ispravne ili pogrešne, pravedne ili nepravedne. Oslobođenost od suda, posljedično, u nekoj mjeri kultivira ljubav i suosjećanje, a isključuje krivnju i kriticizam.
- Strpljenje: Strpljenje je oblik mudrosti. Strpljiva osoba ne sili i ne prožuruje proces, već razumije i poštuje činjenicu da je za osobni razvoj i postizanje pozitivne promjene potrebno vrijeme. Ova kvaliteta omogućava duboko razumjevanje prirode promjene i dozvoljava osobi da teškoće na koje naiđe (a koje nisu rijetke, osobito na samom početku meditativne prakse) prigrlji s dubljim uvidom i suosjećanjem.
- Početnički um: Naša nas uvjerenja, usvojena na temelju prethodnih iskustava, nerijetko sprječavaju u tome da vidimo stvari onakve kakve one uistinu jesu. Početnički um ogleda se u spremnosti osobe da svojim iskustvima pristupi kao prvi put te da ih vidi kao nova i svježja, s određenom razinom znatiželje. Takav stav omogućava spoznavanje različitih aspekata pojave i njezino dublje razumjevanje. Početnički um pretpostavlja otvorenost prema iskustvu i učenju.
- Povjerenje: Razvitak vjere u sebe sastavni je dio meditacijske prakse. Odnosi se na sposobnost osobe da vjeruje u svoju mogućnost zaključivanja o tome što je to za nju dobro ili loše, a što istinito ili neistinito. Ovaj stav jača unutarnje snage osobe i potiče

ju da vjeruje u vlastitu intuiciju te da sebe vidi kao najboljeg mogućeg vodiča na putu samorazvoja.

- Sloboda od težnje: Većinu toga što obavljamo, obavljamo s nekom svrhom: kako bismo nešto dobili ili kako bismo negdje stigli. Takav stav nije dobar za meditativnu praksu. Meditacija usredotočene svjesnosti u tom kontekstu nema drugog cilja, osim da potakne osobu da bude ono što jest. Jedino osoba slobodna od težnje, spremna je prigrliti sve aspekte sadašnjeg iskustva. Ona ne osjeća averziju prema onome što se događa i ne teži tome da bude nigdje drugdje, osim ondje, gdje se u datom trenutku nalazi. Navedena kvaliteta zapravo se odnosi na usvajanje ranije objašnjenog prebivajućeg moda.
- Prihvatanje: Prihvatanje uključuje određenu razinu spremnosti na priznanje. Ovaj stav se odnosi na dozvoljavanje okolnostima da budu takve kakve jesu, bez otpora i grčevitog nastojanja da se odbaci ono što je prisutno. U tom kontekstu, primjerice, ukoliko osoba misli da je pretila, ovaj stav sugerira da pretilost jednostavno promatra kao jedno od trenutnih obilježja svoga tijela. Prihvatanje najčešće nastupa nakon perioda potiskivanja, nakon kojeg slijede faze emocionalnog reagiranja i ljutnje, stoga se osobe ohrabruje da, ukoliko se pojave, na ove emocije gledaju blagonaklono, odnosno kao sastavni dio procesa napretka. Prihvatanje znači odustajanje od negiranja i bijega te spremnost da se nečemu, što god to bilo, pogleda u lice.
- Otpuštanje: Kada počnemo obraćati pozornost na svoja unutarnja iskustva, vrlo brzo uočavamo kako postoje neke misli i emocije, na kojima se um želi zadržati. Ukoliko su iskustva ugodna, nerijetko ih želimo produžiti. Ukoliko ih vidimo kao neugodna, uporno se bavimo njima kako bismo ih se riješili ili prevenirali njihovo ponovno javljanje. To nije u skladu sa stavom otpuštanja, koji se vidi kao ključan za meditativnu praksu. U slučajevima kada nam se jave misli o prošlosti i budućnosti, njegujući stav otpuštanja, mi se ne vezujemo za njih te ih namjerno ne zadržavamo. Takav stav im, posljedično, ostavlja malo prostora pa one nerijetko jednostavno prođu. Ukoliko ih ne možemo pustiti da samo prođu, možemo svoju pažnju usmjeriti na to što nam njihovo zadržavanje izaziva. Ako je naša uključenost u nešto prevelika, ne možemo se toga osloboditi. Ideja je da nekada treba otpustiti, samo kako bismo spoznali, čime će to rezultirati (Stahl i Goldstein, 2010; Kabat Zinn, 2013).

7. Praksa usredotočene svjesnosti

Usredotočena svjesnost prakticira se namjernim usmjeravanjem fokusa na sadašnji trenutak i njemu pripadajuće senzacije, misli i osjećaje. Pritom se sadašnjem trenutku pristupa bez osuđivanja, uz spremnost da ga se prigrli i prihvati takvog kakav on jest. Usredotočena svjesnosti nastoji se kultivirati pomoću različitih tehnika formalne i neformalne prakse.

7.1 Formalna praksa usredotočene svjesnosti

Ovaj oblik prakse uključuje učenje, primjenu i redovito vježbanje različitih tehnika, kao što su:

- Svjesno jedenje: Ova tehnika uključuje jedenje, uz primjećivanje okusa, mirisa i teksture hrane. U tu se svrhu zbog svoje specifičnosti najčešće koristi grožđica, ali se može vježbati i s nekom drugom namirnicom. Osim povećati svjesnost o obilježjima namirnice i senzacijama koje njezina konzumacija izaziva, cilj vježbe je potaknuti osobu da promisli o tome kako je velik broj ljudi zaslužan za proizvodnju i distribuciju namirnice, što kod nje može izazvati zahvalnost i osjećaj veće povezanosti s drugima.
- Usredotočena provjera: Govoreći o ovoj tehnici, radi se o petominutnoj provjeri, koja od osobe iziskuje da zastane, provjeri stanje u kojem se nalazi, primjeti senzacije, misli i emocije koje su dio trenutka u kojem se nalazi i pristupi im neosuđujući.
- Disanje s usredotočenom svjesnošću- Ova vježba iziskuje premještanje fokusa na disanje, poklanjanje pažnje svakom udahu i izdahu, uz primjećivanje prisutnih tjelesnih senzacija, kao i pripadajućih misli i emocija. Osobu se pritom instruiira da pusti svoje misli da slobodno prolaze i pokuša prihvatiti sve ono što uočava kao sastavni dio trenutka.

- Vježba pregleda tijela: Suština ove vježbe jest skeniranje tijela, uz postepeno obraćanje selektivne pažnje na svaki njegov pojedini dio. Osoba treba primjetiti osjeća li igdje napetost i boli li ju što. Ukoliko uoči napetost negdje u tijelu, može ju pokušati opustiti, ali ukoliko u tome ne uspije, ponovno ju se potiče da toj neugodnoj senzaciji jednostavno dozvoli biti.
- Sjedeća meditacija: Ovo je osnovna meditacijska tehnika za kultiviranje usredotočene svjesnosti. Za vrijeme sjedeće meditacije, osoba sjedi na stolcu ili na podu, uspravnih leđa. Pritom joj je fokus u potpunosti na sadašnjem trenutku, u kojem primjećuje prisutne misli, emocije, tjelesne senzacije i svoj dah.
- Hodajuća meditacija: Hodajuća meditacija prakticira se svjesnim hodaњem. Osoba za vrijeme izvođenja ove vježbe osobitu pažnju poklanja svojim koracima. Hoda polako i usredotočeno. Pritom vodi računa o tome da ne započne novi korak, prije nego spusti svoje stopalo na zemlju i završi postojeći.
- Ležeća i stojeća joga s usredotočenom svjesnošću: Ova vježba uključuje izvedbu različitih, ali jednostavnih joga asana. Osoba je pritom usredotočena na pokrete i položaje svoga tijela, njegujući 7 ključnih stavova svjesnosti.
- Upitnik stresa i anksioznosti: Ovaj upitnik u stvari je samoprovjera i kratka analiza postojećih misli, emocija i senzacija, razine stresa, ali i trigerata koji su istima prethodili. Sam fokus upitnika ovisi o populaciji s kojom se program provodi, ali najčešće se putem njega istražuju neželjena, neugodna iskustva, kao što su stres, depresija, anksioznost i fizička bol. Osoba ga popunjava radi uočavanja povezanosti između svega navedenog i razine stresa koja je prisutna, pritom određujući njezin intenzitet. Ispunjava se redovito, a voditelj programa u okviru kojeg se vježba provodi za vrijeme susreta redovito potiče na diskusiju o primjećenom. Upitnik može služiti i kao jedan od načina evaluiranja procesa, obzirom da pruža vrijedne informacije o stanju osobe i razini specifičnih stresora na samom početku kultivacije usredotočene svjesnosti, ali i po završetku specifičnog programa.

- Meditacija suosjećanja i ljubavi: Meditacija suosjećanja i ljubavi vježba se dok osoba sjedi, u udobnom položaju. Nakon priznavanja i prihvaćanja postojećeg stanja, osoba nastoji probuditi emocije empatije i ljubavi. Pritom se može koristiti vizualizacijom. U okviru vježbe, navedene emocije osoba šalje onima koje voli, zatim onima koje ne poznaje pa onda i onima koji su ju povrijedili. Potiče ju se da, osim za druge, iste osjeti i za sebe (Stahl i Goldstein, 2010).

7.2 Neformalna praksa usredotočene svjesnosti

Primjena tehnika neformalne prakse ne zahtjeva predviđanje točno određenog vremena za vježbu. Ona ne zahtjeva neko specifično mjesto, ne traži izvođenje točno određenih aktivnosti, ni potrebnu opremu. Umjesto toga, neformalna praksa čini sastavni dio svakodnevnih aktivnosti osobe. Njome se sve ono naučeno u okviru formalne prakse, nastoji staviti izvan okvira treninga usredotočene svjesnosti, odnosno proširiti u kontekst stvarnog života osobe. Redovito prakticiranje neformalne prakse odraz je stvarne predanosti osobe razvoju usredotočene svjesnosti i njezine istinske motivacije za promjenom. Neformalna praksa uključuje sljedeće tehnike:

- Dnevnik usredotočene svjesnosti: Osobu se potiče da vodi dnevnik, kako bi bilježila svoj napredak i eventualne poteškoće na koje nailazi prakticirajući tehnike usredotočene svjesnosti.
- Svjesno jedenje: Osobi se preporuča da barem jedan obrok nastoji jesti svjesno, na isti način kako je to činila na susretima.
- Uključivanje usredotočene svjesnosti u svakodnevne aktivnosti: Osobu se ohrabruje da uobičajene, svakodnevne aktivnosti (poput vožnje, čitanja, kuhanja, pranja posuđa, itd.) obavlja s većom svjesnošću.

- Dovođenje sedam kvaliteta svjesnosti u svakodnevnih života: Osobu se potiče na kultivaciju postojećih stavova u odnosu prema samoj sebi, ali i prema drugima. Na taj način navedeni stavovi postaju sastavni dio njezina života
- Prihvatanje boli: Ova praksa radi se u okviru programa namjenjenih ljudima koji pate od određenih bolova. Odnosi se na uočavanje i prihvatanje boli kao trenutnog stanja.
- Slušanje s usredotočenom svjesnošću- Osobu se ohrabruje da svoju pažnju pokloni osluškivanju zvukova iz okoline i pritom uočava postojeće senzacije i pristupa navedenom uz sedam stavova svjesnosti.
- Vježbanje s usredotočenom svjesnošću- Iako se osobu ohrabruje da u privatnom životu prakticira jogu s usredotočenom svjesnošću (obzirom da je ista oblik formalne prakse koja zahtjeva vježbu), ista može kvalitete usredotočene svjesnosti dovesti u bilo koju drugu njoj omiljenu aktivnost. Može usredotočeno vježbati u teretani, voziti bicikl, trčati, plesati, itd.
- Usredotočena svjesnost u interpersonalnim odnosima- U okviru programa temeljenih na usredotočenoj svjesnosti, određen prostor se poklanja problematici interpersonalnih odnosa. U tom se kontekstu naglašava razvitak sedam temeljnih stavova, a osobu potiče da u odnosima djeluje svjesnije, s manje reaktivnih obrazaca ponašanja. Poseban naglasak se ipak stavlja na razvijanje ljubavi i suosjećanja prema drugima.
- Dar odmora- Ovaj oblik neformalne prakse odnosi se na predviđanje trenutaka u danu koji će biti samo za odmor. Osobi se savjetuje da svakodnevno, barem nekoliko minuta, bude sama sa sobom, pokloni pažnju sebi i svom stanju te jednostavno uzme predah od svega (Stahl i Goldstein, 2010).

Cilj svih tehnika je potpuno uranjanje u sadašnji trenutak, kojem se pristupa s aspekta sedam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti. Ovo su samo neke od najčešće korištenih tehnika, uz naglasak kako postoje i druge. Primjena tehnika ovisi o populaciji s kojima se iste provode. Pritom se vodi računa o obilježjima populacije s kojom se radi i nude se tehnike koje

joj, obzirom na targetirane tretmanske potrebe, najviše odgovaraju. Tehnike variraju i u dužini, kao i redosljedu, a ovise i o tome gdje se intervencije u kojima su sadržane, provode.

8. Intervencije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti

Ranije je spomenuto kako je MBSR prvi strukturirani, grupni program koji se koristi tehnikama usredotočene svjesnosti. Iz njega se razvila *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBKT)*, koja je na njemu fundamentalno bazirana. Navedene intervencije smatrane su intervencijama usredotočene svjesnosti prve generacije (Crane i sur., 2016). Iste imaju najjače znanstvene dokaze učinkovitosti u tom području i poslužile su kao osnova za razvoj velikog broja intervencija, treninga i programa u različitim oblicima *settinga*, uključujući brojne zdravstvene ustanove, škole i zatvore (Ryan, 2013; prema Crane i sur., 2016). Primjer takvih programa su *Program prevencije relapsa ovisničkog ponašanja temeljen na usredotočenoj svjesnosti*, engl. *Mindfulness- Based Relapse Prevention for Substance Abuse* (Bowen i sur., 2009), *Trening svjesnog jedenja temeljen na usredotočenoj svjesnosti*, engl. *Mindfulness- Based Awareness Eating Training* (Kristeller i sur., 2012) i *Edukacija roditelja temeljena na usredotočenoj svjesnosti*, engl. *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education* (Duncan i Bardacke, 2010; sve prema Crane i sur.) Za temu ovog znanstvenog rada, osim MBSR i MBKT, relevantan je i *Mindfulness Based Awareness Eating Training (MB EAT)*. Navedeni programi detaljnije će se opisati. MBSR i MBKT će se, obzirom na svoje sličnosti, opisati zajedno, u kontekstu intervencija prve generacije, a s posebnim osvrtom na njihove specifičnosti. MB EAT, kao nešto drugačija intervencija ovog tipa, opisati će se zasebno. Osim toga, poglavlje pojašnjava *intervencije usredotočene svjesnosti druge generacije i intervencije trećeg vala psihoterapijskih pristupa*.

8.1 Zajednička obilježja MBSR i MBKT

8.1.1 Teorijsko utemeljenje

Iako bazirani na teoriji i praksi proizašoj iz budizma, intervencije prve generacije usredotočene svjesnosti djeluju u okvirima dominantne znanstvene struje. One predstavljaju sinergiju kontemplativnog pristupa i znanosti. Uglavnom se razvijaju u sklopu medicine, psihologije i pedagogije i prate aktualne znanstvene spoznaje proizašle iz navedenih područja

(Crane i sur., 2016). U tom kontekstu, MBSR je neodvojiv od medicine, obzirom da je razvijen u njezinim okvirima (Kabat Zinn, 2003). U područje psihologije, usredotočena svjesnost ozbiljnije ulazi razvojem MBKT. Osim toga, različite psihološke teorije i istraživanja znanstvenika ovog područja, zaslužni su za razvoj različitih oblika ovih intervencija. Najveće značenje za ovo područje ima kognitivna psihologija, koja podupire teorijski model ovih programa i daje svoj doprinos razumijevanju na koji način njihove tehnike doprinose smanjenju stresa i s njim povezanih problema (Crane i sur., 2016). Aktualne pedagoške spoznaje koriste se u kontekstu poučavanja sudionika u okviru intervencija. Ovi su intervencije iskustvene, interaktivne, participativne, usmjerene na sudionike i odnos između provoditelja intervencije i sudionika, ali i članova grupe (Santorelli, 2000).

8.1.2 Ciljevi i implikacije intervencija

Intervencije su vođene ciljem povećavanja opće dobrobiti i pozitivnim utjecajem na fizičko i psihičko zdravlje ljudi. Iste razvijaju novi odnos osobe prema iskustvu, koji je karakteriziran povećanim fokusom na sadašnji trenutak, odmakom i odabirom daljnjeg postupanja. Navedeni pristup želi rezultirati smanjenjem reaktivnog, nesvjesnog djelovanja. Cilj intervencija jest i doprinijeti boljem razumijevanju tijela i uma te kvalitetnijoj regulaciji, podešavanju i optimizaciji pažnje, koja će omogućiti sudionicima prepoznavanje naučenih obrazaca mišljenja i reagiranja koji ih ne služe te dovesti do činjenje radikalnog zaokreta osoba u odnosu prema njihovim mislima, osjećajima i tjelesnim senzacijama, kao i vanjskim okolnostima. Taj zaokret baziran je na mogućnosti odmaka i drugačijeg, objektivnijeg sagledavanja realnosti. Polaznika se uči da se stavi u ulogu promatrača svojih misli, emocija i tjelesnih senzacija. U ulozi promatrača, on na svoje misli i emocije gleda kao na prolazne mentalne događaje, promatrajući ih kako dolaze i odlaze i kako svaka od njih ima svoje implikacije i posljedice na trenutak što nadolazi. Pomaže mu se i da osvjesti načine na koje kreira buduće misli i događaje, koji nisu dio te specifične situacije. Postepeno ljudi uviđaju kako su puno više od svojih misli i kako iste nisu nužno točan pokazatelj stvarnosti. Osim što intervencije podupiru razvoj svjesnosti i bolje samoregulacije emocija i ponašanja, djeluju na razvoj kvaliteta kao što su suosjećanje, mudrost i staloženost. Osim toga, intervencije imaju

cilj kultivirati pozitivna stanja poput radosti i zahvalnosti i povećati mogućnost osobe da prepozna ona ugodna i zadovoljavajuća iskustva (Crane i sur., 2016).

8.1.3 Forma i trajanje intervencija

Radi se o strukturiranim, psihoedukativnim intervencijama, usmjerenima na razvoj vještina sudionika. Jasni priručnici koji nude smjernice za njihovo provođenje te jasni i točno propisani standardi prakse, u autorstvu Centra za usredotočenu svjesnost u medicini, zdravstvenoj skrbi i društvu, osiguravaju njihov integritet. U tom kontekstu, točno se zna što jest, a što nije dio svake pojedinačne intervencije. Svi sadržaji i dodatni materijali jasno su određeni, a postoje i protokoli za svaku određenu intervenciju. Osim toga, nastoji se osigurati njihova primjenjivost na velik broj javnih institucija, u okviru različitih terapijskih settinga, kao i visoka razina socijalne, odnosno kulturološke osjetljivosti. To znači da su iste primjenjive na različitim skupinama ljudi, neovisno o njihovom vrijednosnom sustavu i religijskim uvjerenjima. Iz navedenog razloga, postoje određene varijacije u strukturi samih intervencija, njihovom trajanju i načinu izvođenja, a sve s ciljem njihova uklapanja u potrebni kontekst i osiguravanja adekvatne primjene na određenoj populaciji koju targetiraju. Različite varijante ovih intervencija danas se provode unutar različitih zdravstvenih, penalnih i obrazovnih institucija (Crane i sur., 2016).

Iako postoje intervencije ovog tipa koje se provode u trajanju od 6-12 tjedana, izvorni oblici intervencija traju 8 tjedana. Susreti se održavaju na tjednoj bazi, a traju 2- 2.5 sata. Direktna, sistematična i intenzivna posvećenost ranije opisanim formalnim i neformalnim oblicima meditacije usredotočene svjesnosti ključan je aspekt ovih intervencija (The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society, 2014). Pritom se težište stavlja na neprekidan proces učenja baziran na osobnom iskustvu. Na svakom se susretu reflektira proživljeno, odnosno naučeno (<http://cabct.hr/tečaj-mindfulnessa>, 8. kolovoza, 2017). Svaki susret je u okvirima kurikuluma te obuhvaća specifične teme iz područja. Same tehnike i vježbe su stupnjevite, na način da se protekom vremena postepeno uvode iste koje su sve složenije. Tokom šestog tjedna trajanja intervencije, predviđen je jedan cjelodnevni susret u tišini koji se odvija na jedan dan tijekom vikenda. Osim redovitog dolaženja na tjedne susrete, od sudionika se očekuje 45- minutni angažman kod kuće, 6 dana u tjednu, za vrijeme trajanja tečaja. Osim toga, preporučuje mu se da dnevno 5-15 minuta odvoji za vježbanje neformalne

prakse. Svakodnevno vježbanje kod kuće participantima olakšavaju edukativni materijali, odnosno priručnik i CD sa zvučnim zapisima vježbi, koji se dobivaju na samom početku tečaja. Ukupno predviđeno trajanje intervencije je 30+ sati susreta, odnosno 44- 48 sati sa zadatke koji se obavljaju kod kuće. (The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society, 2014).

Ključno je naglasiti kako se za vrijeme trajanja tečaja sudinici redovito podsjećaju na važnost svakodnevnog vježbanja naučenog. Kabat Zinn (2003) naglašava kako do osobne promjene ne može doći samo mehaničkim slijedenjem pravila i automatskim obavljanjem tehnika. Osoba mora biti zainteresirana i spremna za promjenu te zauzeti aktivan stav prema učenju. Kako bi intervencije mogle biti uspješne i učinkovite, od sudionika se očekuje određena razina predanosti, koja se ogleda u redovitom vježbanju i njegovim nastojanjima da primjeni naučeno u svakodnevnom životu.

8.1.4 Uloga i karakteristike voditelja

Voditelj je taj koji motivira participante da se povežu sami sa sobom i internaliziraju naučeno. U tom kontekstu, njegova obilježja, znanja i kompetencije smatrani su još jednim od ključnih obilježja ovih grupnih intervencija. Kompetentan voditelj teorijski i iskustveno poznaje sadržaje koje iznosi. Isti ima zadovoljavajuće organizacijske vještine i vještine vođenja programa te poznaje didaktičke metode poučavanja, što znači da pripadajuće sadržaje može točno i pravodobno iznijeti i prezentirati. Osim toga, ima razvijene specifične intrapersonalne i interpersonalne vještine. Vješto vodi meditacijske vještine, a zadovoljavajuću razinu vještine pokazuje i u vođenju dijaloga te pri grupnom ispitivanju. Osim toga, važno je da je voditelj posvećen kultiviranju usredotočene svjesnosti u svom svakodnevnom životu. Zahvaljujući svom praktičnom djelovanju, isti je u naprednijoj mjeri usvojio vještine koje se razvijaju u okviru ovih intervencija i služi kao dobar primjer sudionicima. U svom pristupu pokazuje internalizaciju temeljnih stavova usredotočene svjesnosti: nema tendenciju suditi, dopušta, otvoren je prema iskustvu, pokazuje dobrohotnost i strpljenje. Nadalje, kvalitetan voditelj dobro je educiran, bio je uključen u adekvatan trening, gdje je izgradio i produbio svoje mogućnosti poučavanja. Sam trening za voditelje, osim osobne uključenosti u praksu usredotočene svjesnosti, uključuje edukaciju o popratnom kurikulumu, izgradnju ključnih vještina, znanja i stavova te daljni trening s ciljem postizanja

veće razine kompetencije. Od voditelja se očekuje uključenost u redovitu superviziju i posvećenost produblivanju vlastite prakse usredotočene svjesnosti, uz redovito prisustvovanje tzv. retreat-ovima, koji podrazumijevaju intenzivnije vježbanje meditacijskih tehnika u tišini. Važno je da je isti posvećen djelovanju u okvirima dobre prakse te da se obvezuje voditi program u skladu s postojećim smjernicama. Obzirom da je voditelj sastavni dio participativnog procesa učenja, zajedno sa sudionicima, studentima, klijentima i pacijentima, nužno je da bude otvoren, spreman za usavršavanje i svjestan vlastitih procesa (Crane i sur., 2016).

8.2 Specifičnosti MBSR-a

MBSR razvijen je kao edukacija i trening za ljude koji pate od kroničnih zdravstvenih problema, kao i one čija je patnja povezana sa određenom razinom psihološkog i emocionalnog stresa, s ciljem učenja tih osoba novim načinima odgovora na životne izazove (Kabat Zinn, 2013). Danas se radi o široko primjenjivom programu koji se provodi se u različite svrhe. Preporuča se zdravim osobama koje žele poboljšati svoje sposobnosti nošenja sa svakodnevnim stresorima, osobama oboljelim od somatskih bolesti, kao i s onima koji pate od nekog problema internaliziranog spektra. Dobrodošle su i osobe s invaliditetom. Sa svim zainteresiranim sudionicima se prije početka rada obavljaju orijentacijski razgovori. Provodi se u velikim grupama, od 10- 40 participanata, koje su i heterogene i homogene, ovisno o specifičnostima populacije kojoj je točno određeni program namjenjen (The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society, 2014).

Izvorni priručnik MBSR programa nalazi se u Kabat Zinn- ovoj knjizi „Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness“ (posljednje izdanje iste je iz 2013. godine).

8.3 Specifičnosti MBKT

Kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti primarno je razvijena svrhu prevencije relapsa depresije, premda se danas, kako ćemo i vidjeti, primjenjuje i u tretmanu ostalih problema internaliziranog spektra. MBSR i MBKT dijele teme, trajanje, a slijede i istu formu. Kao i MBSR program, ovaj intervencija bazirana je na usredotočenoj svjesnosti te kultiviranje iste, putem informalne i neformalne prakse, čini njezin središnji dio.

Nekoliko ključnih obilježja, diferencira MBKT od MBSR. Za početak, MBKT se provodi u nešto manjim grupama, do 12 sudionika. Osim toga, ista je prvotno namjenjena tretmanu relapsa depresije, što ju čini nešto specifičnijom intervencijom u odnosu na MBSR program, koji je primjenjiv na široj populaciji. U tom kontekstu, Segal i sur. (2002) navode kako je kod osoba koje su sklone relapsu uočen lakši i brži pristup negativnim mislima, stavovima i pretpostavkama. Kod te populacije, pogoršanje raspoloženja reaktivira uobičajene negativne obrasce razmišljanja, koji vode u još lošije raspoloženje te navedeno rezultira ponovljenom velikom depresivnom epizodom. MBKT se, dakle, bavi točno određenim obrascima na koje su osjetljive osobe s depresijom, odnosno drugim problemom mentalnog zdravlja (obzirom da je danas šire primjenjiv). Sudionike se na samom početku intervencije potiče da se fokusiraju na svoje sniženo raspoloženje i pripadajuće mu negativne misli i ponašajne obrasce. Uči ih se identifikaciji misli i emocija, koje su specifično povezane s neugodnim iskustvima, a s ciljem prepoznavanja simptomatologije koja može nagovještavati relaps problema. Osim toga, pružaju im se znanja o određenim kognitivnim strategijama koje mogu pospješiti nošenje s navedenim. U tom smislu se MBKT koristi nekim elementima kognitivno- bihevioralne terapije, kao što je npr. postepeno izlaganje (osoba vizualizira stresnu situaciju te izvještava o pratećim emocijama i senzacijama). Cilj navedenog jest povećanjem svjesnosti sudionika o navedenim procesima, djelovati na povećanje njihove razine samopouzdanja i percipirane spremnosti da adaptivnije odgovore na obrasce koji su ih inače vodili relapsu (Segal i sur., 2002). Iako i MBSR i MBKT djeluju na smanjenje razine stresa, priroda MBKT čini ovaj program osobito korisnim za osobe kod kojih su prisutne negativne automatske misli te one sklone ruminativnom stilu razmišljanja i ekscesivnoj brizi.

Segal, Williams i Teasdale, u svojoj knjizi „*Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression*“ (posljednje izdanje je iz 2012. godine), detaljno problematiziraju detektirane rizične čimbenike koji dovode do relapsa depresije, teorijski pristup koji leži u pozadini

programa i racionalu korištenja programa, navode teme i tehnike koje se obrađuju na svakom susretu, kao i pisane upute za svaku vježbu. Osim toga, navedeni priručnik sadrži i upute za provoditelje, u vidu potrebnog planiranja i pripreme te potrebne dodatne materijale.

8.4 MB EAT

Ova intervencija se, uz MBSR, MBKT i neke eklektičke pristupe koje uključuju različite vodeće meditacije svjesnog jedenja, koristi u tretmanu poremećaja hranjenja. Primarno je osmišljena za osobe sklone kompulzivnom jedenju, ali Kristellar i Wolever (2011) ohrabruju njezinu prilagodbu za oboljele od anoreksije i bulimije. Bazira se na tri teorijska pristupa: na modelu regulacije unosa hrane, koji sumira reciprocitet psiholoških i fizioloških kontrolnih procesa (Hetherington i Rolls, 1996; prema Kristeller i Wolever, 2011), teoriji samoregulacije (Schwartz, 1975; prema Kristeller i Wolever, 2011) i neurokognitivnim i terapijskim modelima meditacije usredotočene svjesnosti (Kristeller, 2007; prema Kristeller i Wolever, 2011). Intervencija traje 10 tjedana i adresira ključne rizične čimbenike. Ciljevi iste jesu pomoći osobama da razviju svjesnost o unutarnjim i vanjskim okidačima za jedenje, umanje samoptuživanje te prekinu začarani krug koji uključuje faze kompulzivnog jedenja i suzdržavanje od hrane te ponovno razviju prirodne fiziološke procese koji reguliraju hranjenje. Ova intervencija adresira i prepoznavanje hedonističkih težnji, koje mogu biti povezane s prekomjernim uzimanjem hrane. Osim toga, sudionike se potiče na odabir zdravijih obrazaca hranjenja, u vidu izbora hrane, ali i količine koju će pojesti. Naglasak intervencije je, osim na kultiviranje različitih aspekata svjesnosti, stavljen na jačanje unutarnjih snaga participanata. Intervencija se sastoji od četiri pomno osmišljene faze:

- Faza kultivacije usredotočene svjesnosti: Ova faza sadržava temeljne sastavnice svih ostalih intervencija koje su bazirane na usredotočenoj svjesnosti. Naglasak je stavljen na jačanje fokusa osobe na sadašnji trenutak i povećanje njezine svjesnosti o vlastitim procesima, a s ciljem smanjenja reagiranja u okviru nesvjesnih, reaktivnih obrazaca. Osobu se potiče na razvoj i primjenu osam temeljnih stavova usredotočene svjesnosti. Faza uključuje primjenu i vježbu nekoliko različitih tehnika, kao što su disanje s usredotočenom svjesnošću, duža, sjedeća meditacija i kratka, petominutna meditacija.

Kao i u ostalim intervencijama, osobe se potiče da redovito vježbaju kod kuće, kako bi usredotočenu svjesnost učinile sastavnim dijelom svoga života.

- Faza kultivacije svjesnog jedenja: Ova faza usmjerena je na razvoj usredotočenog jedenja. Osobe se uči usredotočenom pristupu gladi (i njoj pripadajućih senzacija). Osim toga, pažnja se poklanja samom procesu jedenja, s naglaskom na hedonizam i zadovoljstvo koje može izazvati i jedenje malih količina hrane. Još neke teme ove faze su znakovi koji upućuju osobu na sitost, okidači za kompulzivno jedenje te svjesno donošenje odluka o tome kada, što i koliko jesti, uz vođenje računa o osobnim preferencijama po pitanju hrane, ali i zdravlju. Ova faza uključuje procjenu razine gladi i tehniku svjesnog jedenja različitih vrsta hrane te različite vođene meditacije svjesnog jedenja. Pritom se kreće sa vježbom usredotočenog jedenja groždice, a potom se jede hrana koja je sve izazovnije, bilo po pitanju svoje kalorijske vrijednosti ili hedonističkih težnji sudionika.
- Faza kultivacije većeg emotivnog balansa: Ova faza intervencije bazirana je na kognitivno- bihevioralnim terapijskim principima. Osobe se uči tzv. lancu reaktivnosti. Naglasak je stavljen na adekvatno i pravovremeno prepoznavanje emocija i emocionalne reaktivnosti. U tom kontekstu, radi se na identifikaciji i toleranciji određenih emocionalnih okidača za jedenje (Kristellar i Wolever, 2011), kognitivnim distorzijama sudionika te obrascima koji podržavaju začarani krug lošeg raspoloženja i kompulzivnog jedenja (npr. „I tako sam sve uprskao, pa mogu jednostavno nastaviti.“ (Marlatt i Gordon, 1985; prema Kristellar i Wolever, 2011)). Osim toga, traže se alternative kompulzivnom jedenju, u vidu bihevioralnih odgovora koji bi zadovoljavali emocionalne potrebe osobe, ali predstavljali njezin adaptivniji način nošenja sa stresom i neugodnim emocijama.
- Faza kultivacije samoprihvatanja: U ovoj se fazi nastoji potaknuti osobe da budu manje samokritične i da zavole sebe. Radi se na prepoznavanju ljutnje i krivnje, koje se javljaju nakon faze kompulzivnog jedenja, a kao posljedice poljuljanih očekivanja. Samoprihvatanje, suosjećanje i opraštanje, vide se kao ključni u prekidanju začaranog kruga poremećaja hranjenja. Participante se potiče da razviju bolji odnos sami sa sobom, a adresiraju se pitanja identiteta, fizičkog selfa te selfa u odnosu s drugim ljudima. Osim vježbe pregleda tijela i hodajuće meditacije, u ovoj fazi se izvode neke

joga vježbe. Obzirom da su iste prilagođene osobama s povećanom težinom, izvode se dok osobe sjede na stolici. Ključna tehnika koja se provodi u okviru ove faze jest vježba suosjećajnog dodirivanja svoga tijela. Osobe se ohrabri da dodirrom ljubavi i suosjećanja dotaknu dijelove svog tijela: prvo one koje smatraju lijepima i koje vole, a zatim one koje ne vole. Cilj ovih vježbi, osim zdrave fizičke aktivnosti, jest pomoć sudionicima da uspostave veću svjesnost o svome tijelu te da ga prihvate i zavole takvog, kakvo ono jest (Kristellar i Wolever, 2011).

8.5 Intervencije usredotočene svjesnosti druge generacije i vezane intervencije trećeg vala psihoterapijskih pristupa

Osim intervencija baziranih na usredotočenoj svjesnosti prve generacije, treba spomenuti i tzv. *intervencije usredotočene svjesnosti druge generacije* te *intervencije trećeg vala psihoterapijskih pristupa*. Intervencije usredotočene svjesnosti druge generacije bazirane su na duhovnosti i eksplicitnije povezane s drugim budističkim učenjima. One na nešto tradicionalniji način pristupaju samoj usredotočenoj svjesnosti, kao i načinima na koje ju podučavaju, a iste se još uvijek nalaze u ranoj razvojnoj fazi (Van Gordon i sur, 2015; prema Crane i sur., 2016).

Osim njih, u posljednje se vrijeme javlja velik broj terapijskih pristupa koji sadržavaju elemente usredotočene svjesnosti, ali u kojima ona nije njihova središnja tema, kao što su: *Terapija prihvaćanjem i ustrajnošću* (Hayes i sur., 2011), *Terapija usmjerena na sućut* (Gilbert, 2009), *Dijalektička bihevioralna terapija* (Linehan, 1993) i *Terapija usmjerena na sućut prema sebi* (Neff i Germer, 2013; sve prema Crane i sur., 2016). Ove intervencije pripadaju tzv. trećem valu psihoterapijskih pristupa (pritom je prvim valom smatran bihevioralni pristup, a drugim kognitivno- bihevioralni). One podupiru ključne ideje sadržane u intervencijama temeljenim na usredotočenoj svjesnosti i većina njih kao sastavni dio prakse uključuje različite oblike meditacije usredotočene svjesnosti. Ipak, razlika počiva na tome što su intervencije usredotočene svjesnosti prve i druge generacije bazirane na usredotočenoj svjesnosti, što znači da su pripadajući teorijski model, kao i formalni i neformalni oblici prakse usredotočene svjesnosti koji iz njega proizlaze, njihov središnji dio. Intervencije trećeg

vala manji naglasak stavljaju na intrinzične procese osobe u tretmanu, a veći na njezinu metakogniciju (u vidu razine njezine svjesnosti i razumijevanja vlastitih misaonih procesa), aspekt prihvaćanja, kao i načine na koje se ona dovodi u vezu sa svojim iskustvima (Crane i sur, 2016).

9. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu anksioznih poremećaja i depresije

Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu anksioznih i depresivnih poremećaja ispitana je velikim brojem znanstvenih istraživanja. Postojeće meta analize implikacije istih na ove najčešće probleme internaliziranog spektra razmatrale su zajedno pa će se navedeno i u sklopu ovog rada predstaviti na isti način.

Hoffman, Sawyer, Witt i Oh (2010) proveli su meta analizu s ciljem ispitivanja učinkovitosti terapija baziranih na usredotočenoj svjesnosti (MBT) u smanjenju simptoma anksioznosti i depresije kod oboljelih od depresivnih i anksioznih poremećaja te drugih medicinskih stanja (kronična bol, dijabetes, bolesti srca). U obzir su uzete studije koje su učinkovitost istih ispitivale na kliničkom uzorku osoba u dobi od 18-65 godina, a koje su pritom koristile standardizirane instrumente procjene simptoma anksioznosti i depresije. Na razmatranje nisu uzete studije koje su davale podatke o učinkovitosti tretmana u kojem su se terapije bazirane na usredotočenoj svjesnosti kombinirale s tehnikama srodnih pristupa. Ova meta analiza bazirana je na 39 radova s ukupno 1 140 ispitanika. Terapije bazirane na usredotočenoj svjesnosti pacijenata s depresijom i anksioznošću pokazale su velike učinke (0.97- 0.95) te su respektabilno umanjivale simptome bolesti. Za pojedince koje su patili od drugih bolesti, ali su pritom pokazivali i povišenu razinu simptomatologije anksioznosti i depresije, učinci terapija temeljenih na usredotočenoj svjesnosti bili su umjereno jaki (0.67-0.53), ali ne bitno veći od učinka koji su iste terapije pokazale u skupini onih koji su pokazivali relativno nižu razinu anksioznosti i depresije prije tretmana (0.53-0.50) (Hoffman i sur., 2010). Autori naglašavaju kako bi efekti ovih terapija na simptome depresije i anksioznosti kod oboljelih od kroničnih stanja kao što je rak mogli biti manji jer navedeni pacijenti nerijetko iskuse fizičke simptome koji se bilježe na skalama depresivnosti i anksioznosti, a pritom su rezultat njihovog zdravstvenog stanja ili se jave kao nuspojava aktualnih medicinskih tretmana (Hoffman i sur., 2010). Usporedbe radi, meta analiza placebo efekta na anksiozne poremećaje pokazala je učinkovitost veličine 0.45, sugerirajući kako ovi oblici terapije imaju značajniji i veći učinak od placeba (Smits i Hofmann, 2009; prema Hoffman i sur., 2010). Podaci sugeriraju kako su se svi učinci zadržali do follow up mjerenja, a prosječni follow up period iznosio je 12 tjedana. Rezultati su se pokazali kao ohrabrujući i podupiru korištenje MBT u tretmanu anksioznih i depresivnih simptoma kliničke populacije.

Autori zaključuju kako MBT može djelovati na evaluativne i emocionalne procese koji se javljaju u okviru različitih internaliziranih problema pa, sukladno tome, možda ima opću primjenjivost u prevenciji i tretmanu problema mentalnog zdravlja (Hoffman i sur., 2010).

Rezultate ove studije nadopunjava meta analiza nešto kasnijeg datuma. Istu su proveli Khoury i sur. (2015), a uključivala je 209 studija i provedena je na heterogenom uzorku od ukupno 12 145 sudionika. Rezultati su pokazali kako su intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti učinkovite u tretmanu različitih psiholoških problema, a najjači učinak imaju na smanjenje stresa, anksioznosti i depresije. Pritom je nađeno kako su iste intervencije manje učinkovite u tretmanu drugih fizičkih i medicinskih stanja. Kao dobri prediktori njihove učinkovitosti pokazali su se redovito dolaženje na susrete i trajanje meditacijske prakse kod kuće, obzirom da isti ukazuju na motivaciju sudionika i činjenicu da intervenciju smatraju korisnom. Drugi moderatori učinkovitosti uključuju dubinu meditacijske prakse (Piron, 2001; prema Khoury i sur., 2015) i grupnu koheziju (Imel, Baldwin, Bonus, & Maccoon, 2008; prema Khoury i sur., 2015). Valja naglasiti i kako je nađena velika pozitivna korelacija između razine usredotočene svjesnosti i kliničkog napretka kod pacijenata pa rezultati preliminarno ukazuju na ulogu razine usredotočene svjesnosti kada je u pitanju učinak MBKT (Khoury i sur., 2015). Autori ove meta analize intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti stavljaju u odnos s drugim terapijskim pristupima i navode da se, premda učinkovitije od psihoedukacije, terapije podrške, relaksacije, vizualizacije i kreativne terapije, nisu pokazale kao više učinkovite od tradicionalne kognitivno- bihevioralne terapije. Ipak, u korist MBT ide činjenica kako prosječno osipanje njihovih sudionika iznosi 16% (Khoury i sur., 2015), u odnosu na prosječnih 23%, koliko se nalazi u klasničnim, kognitivno- bihevioralnim terapijama (Westbrook i Kirk, 2005; prema Khoury i sur., 2015), a navedeni rezultati sugeriraju veliku posvećenost sudionika terapijama temeljenim na usredotočenoj svjesnosti (Khoury i sur., 2015).

Ipak, terapije usredotočene svjesnosti možda nisu najbolji odabir u tretmanu osoba čiji su problemi anksiozne i depresivne prirode manifestni u datom trenutku, obzirom da zahtijevaju preusmjerenje pažnje na iskustvo koje je obilježeno neugodnim, automatskim mislima (Beck i Clark, 1997; Eaves i Rush, 1984; prema Strauss, Cavanagh, Oliver i Pettman, 2014), sniženim raspoloženjem i anksioznom pobuđenošću. Navedeno iskustvo u datom trenutku osobama može biti teško objektivno opservirati i prihvatiti. Osim toga, proces regulacija pažnje osobama koji pate od depresivnog i anksioznog poremećaja može biti

problematičan (Eysenck, Derakshan, Santos i Calvo, 2007; Haslam, Atkinson, Brown i Haslam, 2005; Barnhofer, i sur., 2009), a aktualni kognitivni procesi, kao što su ruminacija (McLaughlin i Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema, 2000) i briga (Muris P, Roelofs, Rassin, Franken i Mayer, 2005; sve prema Strauss i sur., 2014) mogu im otežati dovođenje usredotočene svjesnosti. Nadalje, MBKT više je usmjerena na odmicanje od negativnih misli, odnosno na nevezivanje za iste, dok tradicionalna kognitivna terapija nudi praktično preoblikovanje navedenih misli, što ju može činiti lakšom. Nevezivanje je vještina koju može biti teško naučiti, a osobito u okviru intervencija usredotočene svjesnosti koje su vremenski limitirane i nisu primarno razvijene u te svrhe (Strauss i sur., 2014).

Imajući navedeno na umu, Strauss i sur. (2014) su provele meta analizu s ciljem ispitivanja učinkovitosti intervencija usredotočene svjesnosti u tretmanu simptoma akutno prisutnog anksioznog, odnosno depresivnog poremećaja. U meta analizu su uključile 12 studija, s ukupno 578 particijanata. Pokazalo se kako su intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti, u usporedbi s kontrolnim intervencijama, rezultirale sa značajno smanjenom ozbiljnošću simptoma depresije. To ukazuje na činjenicu da su, usprkos svemu navedenom, ove intervencije asocirane sa značajnim učinkom na primarne simptome kod ove populacije te da ih treba razmotriti kao tretmansku opciju navedenog poremećaja. Pritom treba naglasiti kako su efekti nađeni za MBKT, ali ne i za MBSR. Ipak, isti učinci ovih tehnika, za sada, nisu nađeni kada su u pitanju akutni simptomi anksioznosti, stoga autorice navode kako treba biti oprezan u nuđenju ovakvih intervencija osobama s anksioznim poremećajima (Strauss i sur., 2014). Ipak, njihovi nalazi kontradiktorni su nalazima ranije provedene meta analize (Vollestad, Nielsen M.B. i Nielsen G.H., 2012), koja je ispitivala učinkovitost terapija baziranih na usredotočenoj svjesnosti i prihvaćanju. Tom studijom nađen je značajan učinak ovih terapija na ozbiljnost anksioznih poteškoća kod osoba s dijagnosticiranim anksioznim poremećajima (Vollestad, Nielsen M.B i Nielsen G.H., 2012).

Piet i Hougaard (2011) napravili su meta analizu s ciljem ispitivanja učinkovitosti MBKT u prevenciji relapsa velikog depresivnog poremećaja. Razmatrali su šest kontroliranih studija s ukupno 593 sudionika. Ukupni omjer rizika za relaps kod MBKT iznosio je 0.66 u usporedbi sa kontrolnim grupama koje su uključivale uobičajeni tretman i placebo, što odgovara relativnoj redukciji rizika u iznosu od 34%. Pritom je vjerojatnost relapsa iznosila 38% za grupu koja je primila MBKT, odnosno 58% za kontrolnu grupu. Ipak, analizom subgrupa nađena je značajna razlika. U subgrupi ispitanika koji su imali 3 ili više depresivnih epizoda, vjerojatnost relapsa bila je 36%, u odnosu na 63% u kontrolnim grupama, što

odgovara redukciji rizika za javljanje relapsa za 43%. S druge strane, kada je u pitanju subgrupa sudionika koji su ranije imali dvije depresivne epizode, uobičajeni tretman se pokazao kao bolji te je doveo do redukcije rizika u iznosu od 49%, dok se MBKT nije pokazala kao značajna za redukciju rizika. Navedeni rezultati, premda pomalo kontradiktorni, potvrđuju neke ranije teze prema kojima su osobe s dvije epizode depresije manje vulnerabilne i sklone ruminaciji, koja se kod rizičnih pojedinaca javlja s pojavom lošijeg raspoloženja, a za koju se smatra da je primarna meta MBKT (Ma i Teasdale, 2004; prema Piet i Hougaard, 2011). Ma i Teasdale (2004; prema Piet i Hougaard, 2011) našli su kako je relaps osoba koje su ranije imale dvije depresivne epizode češće uzrokovan značajnim životnim događajima, za razliku od relapsa do kojeg dolazi kod osoba koje su imale tri ili više depresivnih epizoda. Isti sugeriraju kako MBKT možda nije učinkovita u smanjenju relapsa koji je provociran stresnim životnim događajima. Osim toga, u dvije je studije, terapija usredotočene svjesnosti pokazala jednaku učinkovitost s antidepressivima u prevenciji relapsa depresije kod osoba koje su ranije imale tri ili više depresivnih epizoda. Navedeni rezultati ukazuju kako je MBKT učinkovita intervencija za preveniranje relapsa kod ponavljajuće depresije, premda postoji mogućnost kako MBKT nije toliko učinkovita za oboljele koji se nalaze u manjem riziku od relapsa (Piet i Hougaard, 2011).

Osim kao učinkovita, MBKT terapija pokazala se kao financijski isplativa metoda prevencije relapsa velike depresivne epizode. Obzirom da se radi o terapiji koja se može nuditi u grupama do 15 participanata, radi se o psihološkoj intervenciji koja nije skupa (Piet i Hougaard, 2011). Nadalje, dvije studije su izvjestile kako je za MBKT potrebno manje od 3 do 5 sati kontakta s terapeutom po pacijentu (Ma i Teasdale, 2004; Teasdale i sur., 2000), a jedna studija našla je kako je MBKT terapija manje skupa od terapije lijekovima za posljednja 3 mjeseca od razmatranih 15 mjeseci, potencijalno ukazujući na činjenicu da je dugoročno isplativija (Kuyken i sur., 2008; sve prema Piet i Hougaard, 2011).

Nadalje, zanimljivi su također i rezultati studije koju su proveli Moizer, Sawicka, Dendle i Albany (2015). Radilo se o evaluaciji prilagođenog oblika MBKT koja je provedena s ukupno 15 osoba s intelektualnim poteškoćama koje su imale problema s ponavljajućim depresivnim i/ili anksioznim poremećajem te povijest samodestruktivnih ponašanja. Najznačajniji učinak nađen je kada je u pitanju smanjenje razine anksioznosti. Osim toga, došlo je do smanjenja depresije i povećanja suosjećanja i dobrohotnosti, prema sebi i prema drugima. Rezultati su se zadržali i nakon 6 tjedana, kada je provedeno follow up mjerenje. Valja naglasiti kako je dvoje ispitanika odustalo, navodeći kako im se meditacijska praksa

nije svidjela. Preostali sudionici intervenciju opisali kao jasnu i naveli su kako im ju nije bilo teško slijediti. Navedeno ukazuje na to kako je MBKT, uz određenu razinu prilagodbe, u nekoj mjeri prigodna i za osobe s intelektualnim poteškoćama (Moizer i sur., 2015).

Rezultati hrvatske studije koju su provele Barbarić i Markanović (2015) uglavnom potvrđuju navode inozemnih studija. Studija je provedena s ciljem ispitivanja učinka grupnog 8-tjednog treninga usredotočene svjesnosti na izraženost najčešćih psihičkih poteškoća, razinu stresa na poslu te psihološku i fizičku dobrobit sudionika. Uzorak je činilo 69 sudionika, uključujući djelatnike pomagačkih struka i osobe s različitim psihičkim poteškoćama, klijente. Dobiveni rezultati pokazali su da kod klijenata dolazi do smanjenja psihičkih poteškoća, a navedeni učinci zadržani su i nakon 2 mjeseca. Kod stručnjaka nisu utvrđene značajne promjene kada je u pitanju psihička uznemirenost, ali je došlo do smanjenja simptoma iste. Čini se kako bi tečaj mogao biti od veće koristi osobama koje imaju intenzivnije poteškoće. I stručnjaci i klijenti naveli su kako su doživjeli umjereno poboljšanje problema, a tečaj su smatrali korisnim za unaprjeđenje psihičke i fizičke dobrobiti. Svi pozitivni učinci zadržani su nakon razdoblja praćenja (Barbarić i Markanović, 2015).

Van der Velden i sur. (2015) u svojoj su se studiji bavili mehanizmima promjene MBKT. Rezultati su pokazali da su promjene u usredotočenoj svjesnosti, ruminaciji, brizi, suosjećanju i svjesnosti povezane, predvidljive i posredovane učinkom MBKT u tretmanu. Preliminarne studije pokazale su da promjene u pažnji, memoriji, mogućnosti odmaka, emocionalnoj reaktivnosti i prolaznosti negativnog i pozitivnog afekta, mogu igrati ulogu u tome kako MBKT djeluje na kliničke simptome. Rezultati, dakle, pokazuju da MBKT može djelovati kroz mehanizme koje predviđa model na koji se naslanja, ali potrebna su daljnja istraživanja radi postizanja dubljih uvida u kauzalne veze (van der Velden i sur., 2015).

Zbog svega navedenog, MBKT preporuča se u nacionalnim vodičima kao tretmanska opcija za prevenciju relapsa ponavljajuće depresije. Zahvaljujući mnogim benefitima koji se povezuju s navedenom intervencijom, MBKT dovodi do napretka i poboljšanja u mentalnom zdravlju ljudi te bi trebala biti ponuđena osobama koje pate od anksioznosti i depresije kao dio njihovog rehabilitativnog procesa i dugoročna pomoć u zadržavanju kvalitete života (Xie, Zhou, Gong, Iennaco i Ding, 2013). Ipak, valja naglasiti kako rezultati studija nisu jednoznačni kada je u pitanju tretman osoba s akutnim anksioznim poremećajima, stoga treba zadržati određenu razinu opreza kod nuđenja ovakvih vrsta intervencija pripadnicima ove populacije.

10. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu bipolarnog poremećaja

Oboljeli od bipolarnog poremećaja pokazuju određenu razinu disfunkcije u kognitivnom funkcioniranju, a to uključuje probleme s pažnjom (Clark i sur., 2002), pamćenjem (Martinez-Aran i sur., 2004) i izvršnim funkcioniranjem (Robinson i sur., 2006; sve prema Perich, Manicavasagar, Mitchell i Ball, 2012). S druge strane, postoje znanstveni dokazi da programi koji imaju za cilj kultvirati usredotočenu svjesnost, poput MBSR, poboljšavaju funkcioniranje navedenih područja (Perich i sur., 2012). Tako su kod osoba koje su bile uključene u MBSR, nađena poboljšanja u kognitivnom funkcioniranju, uključujući bolju kontrolu pažnje (Slagter i sur., 2007; Anderson i sur., 2007), pospješeno pamćenje (Williams, Teasdale, Segal i Soulsby, 2000; Zeidan, Johnson, Diamond, David i Goolkasain, 2010) i izvršno funkcioniranje (Heeren, Van Broeck i Philippot, 2009; Zeidan i sur, 2010; sve prema Stange i sur, 2011). Mala studija koja su na oboljelima od bipolarnog poremećaja proveli Stange i sur. (2011), a koja je ispitala učinke MBKT na kognitivno funkcioniranje, pokazala je da kod sudionika dolazi do poboljšanja radne memorije i da se povećava njihova mogućnost uključivanja u nove aktivnosti. Rezultati su potvrđeni i nakon 3 mjeseca.

Svemu navedenom u prilog idu i rezultati neuroloških studija koje su ukazale na postojanje pozitivne povezanosti između meditacijske prakse i povećane kortikalne debljine na regijama mozga koje su zaslužne za pažnju i kognitivno procesuiranje (Lazar i sur., 2005) te promjena u volumenu hipokampusu, koji je važan za pamćenje, a do kojih je došlo kod osoba koje su participirale u MBKT (Hölzel i sur., 2011). Osim toga, pokazalo se i da meditativna praksa poboljšava sustav kontrole u prefrontalnom korteksu, koji je zaslužan za emocionalnu regulaciju i samokontrolu (Hölzel i sur, 2007), dovodi do smanjenja emocionalne reaktivnosti (Goleman i Schwartz, 1976) te smanjuje ometajuće i ruminativne misli (Jain i sur, 2007).

Nadalje, Chisea i Serretti (2011) su proveli analizu učinkovitosti tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu oboljelih od psihijatrijskih poremećaja (uključujući bipolarni poremećaj), pritom uzimajući u obzir pet različitih elektronskih baza podataka. Navedeni autori izvještavaju kako su četiri različite studije pokazale kako uobičajeni tretman u kombinaciji s MBKT značajno bolje doprinosi smanjenju relapsa velike depresivne epizode od uobičajenog tretmana koji ne uključuje prisustvovanje navedenom programu. Nadalje,

jedna razmatrana studija dokazala je i trenutno smanjenje depresivnih simptoma kod osoba koje se nalaze u velikoj depresivnoj epizodi, a druga nižu razinu anksioznosti osoba oboljelih od bipolarnog poremećaja koji se nalaze u remisiji (Chisea i Serretti, 2011).

S početkom bipolarnog poremećaja najčešće su povezani stresni životni događaji, a isti imaju negativan učinak na stanje osobe (Ellicott i sur., 1990). Terapije bazirane na usredotočenoj svjesnosti pokazale su se kao dobre u tretmanu simptoma stresa (Carlson i sur., 2003; Specca i sur., 2000; sve prema Perich i sur., 2012) pa bi u tom kontekstu mogle koristiti i kao dobra prevencija, odnosno intervencija kada je u pitanju bipolarni poremećaj.

Specifičnije, Dekersbach i sur. (2012) su na uzorku od 12 ispitanika oboljelih od bipolarnog poremećaja koji su bili podvrgnuti MBKT, našli kako je MBKT rezultirala povećanom razinom usredotočene svjesnosti ispitanika, značajno doprinijela njihovoj psihološkoj dobrobiti, poboljšanju njihova raspoloženja, boljoj emocionalnoj regulaciji i kvalitetnijem psihosocijalnom funkcioniranju, a navedeno su potvrdili i 3 mjeseca nakon prestanka tretmana.

Prema drugim studijama, MBKT kod oboljelih od bipolarnog poremećaja smanjuje simptome anksioznosti, depresije, suicidalne težnje i poboljšava njihovu emocionalnu regulaciju, osobnu dobrobit te psihološko i kognitivno funkcioniranje (Howells i sur., 2013; Miklowitz i sur., 2009; prema Murray i sur., 2015). Visoko funkcionalni pojedinci oboljeli od bipolarnog poremećaja izvještavaju kako su usredotočena svjesnost i refleksivne prakse vrijedne strategije koje poboljšavaju kvalitetu života (Russel i Browne, 2005; Suto i sur., 2010; prema Murray i sur., 2015). Osim toga, više od 50% pojedinaca uključenih u MBKT program izvještava kako im je korištenje meditacijskih tehnika u potpunosti prirodno (Kilbourne i sur., 2007; prema Murray i sur., 2015).

Ipak, rezultati studija nisu jednoznačni. Tako je studija koju su proveli Williams i sur. (2008) pokazala kako je uključenost u MBKT smanjila simptome depresije kod oboljelih od unipolarne depresije i bipolarnog poremećaja, premda kod istih nije došlo do smanjenja anksioznosti. Ipak, u kontrolnoj grupi koja nije bila uključena u MBKT, došlo je do povećanja simptoma anksioznosti. Weber i sur. (2010) navode kako nakon MBKT (koja se provodila u trajanju od 12 susreta) kod oboljelih nije došlo do smanjenja simptoma depresije ni manije, ni odmah nakon tretmana, ni nakon tri mjeseca. Ipak, autori su našli obostranu pozitivnu povezanost između veće usredotočene svjesnosti i stanja u kojem su simptomi depresije slabiji. Chadwick i sur. (2011) su s oboljelima od ovog poremećaja proveli kvalitativnu

studiju. Njihovi ispitanici izvjestili su o većoj svjesnosti o vlastitom stanju i boljem prihvaćanju svog raspoloženja. Osim toga, isti su naveli kako zahvaljujući prakticiranju usredotočene svjesnosti uspješnije upravljaju i ostalim manifestacijama negativnog afekta, kao što su briga i anksioznost. Ipak, autori problematiziraju navode sudionika da u akutnom stanju manije i depresije uglavnom ne meditiraju. Nadovezuju se Stange i sur. (2012) koji navode kako su intenzivne faze bolesti povezane sa slabom učinkovitošću tehnika, a isti problematiziraju i smanjivanja učinaka MBKT nakon protoka vremena. Yorston (2001) naglašava kako postoji određena zabrinutost kako bi terapije usredotočene svjesnosti mogle pogoršati simptomatologiju oboljelih od bipolarnog poremećaja, uz navođenje slučaja javljanja manije nakon dužeg meditacijskog susreta.

Kada su u pitanju osobe koje se nalaze u uznapredovalim fazama bipolarnog poremećaja, Berk i sur. (2012; prema Murray i sur., 2015) navode kako iste imaju problema sa svakodnevnim funkcioniranjem te da kod njih nerijetko do pojave simptomatologije dolazi usprkos tretmanu. Pokazalo se kako je bipolarni poremećaj nerijetko kronična bolest, a odgovor osobe na tretman u velikoj mjeri ovisi o fazi u kojoj se bolest nalazi (Berk i sur., 2013; Rosa i sur., 2012; prema Murray i sur., 2015). Obzirom da su terapije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti fokusirane na povećanje kvalitete života, mogu biti osobito učinkovite za tu populaciju te im pomoći da s navedenim simptomima žive kvalitetnije (Reinares, Sanchez-Moreno i Fountoulakis, 2014; prema Murray i sur., 2015). Iako manjka studija koje bi ispitivale učinkovitost programa usredotočene svjesnosti u kasnijim fazama bolesti, valja navesti kako se psihoterapija prihvaćanjem i ustrajnošću pokazala učinkovitom kada su u pitanju različite kronične mentalne bolesti. Premisa od koje ovaj psihoterapijski pristup polazi jest da je patnja sastavni dio života, a pokazalo se kako navedeno hrabri i osnažuje pojedince koji pate od mentalnih bolesti kod kojih je čest relaps i s kojima se, iz tog razloga, teško nositi (Berk i sur., 2012; prema Murray i sur., 2015).

Murray i sur. (2015) su proveli studiju sa osobama koje se nalaze u kasnijoj fazi bipolarnog poremećaja. Pritom su ispitivali učinkovitost MBKT online intervencije (nazvane ORBIT) na istoj populaciji. Studija je na početku uključivala 26 particijanata, ali je došlo do osipanja 10 particijanata. Usredotočena svjesnost pokazala se značajnom tehnikom za poboljšanje kvalitete njihova života, a nađeno je i manje poboljšanje kada su u pitanju simptomi anksioznosti. Ipak, nisu nađene statistički značajnije promjene na varijablama depresije i stresa. Osim toga, jedan ispitanik izvjestio je i o značajnom stresu prilikom vježbe pregleda tijela. U tom kontekstu je problematizirao kako mu je program pomogao da osvjesti

stres, ali ne i alate da se s njime adekvatno nosi. Drugi ispitanici su izvjestili kako im je nedostajalo direktnog vođenja i uključenosti u grupu podrške pa su to idući koraci prilagodbe ovog tipa programa, s ciljem povećavanja njegove uspješnosti.

Može se reći kako su istraživanja učinkovitosti usredotočene svjesnosti u tretmanu bipolarnog poremećaja još uvijek u svojim začecima. Nema ih mnogo, a postojeća uglavnom pate od nekih metodoloških problema, kao što su mali uzorak ispitanika i nedostatak kontrolnih grupa. Rezultati nisu jednoznačni, ali upućuju na to kako terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti mogu imati različite pozitivne implikacije na oboljele od bipolarnog poremećaja. Daljnja istraživanja ove problematike omogućiti će donošenje kvalitetnijih zaključaka.

11. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu opsesivno kompulzivnog poremećaja

Primjena tehnika u tretmanu OKP-a još uvijek je u svojim začetcima. Ovaj pristup se počinje razmatrati kao alternativa postojećim kognitivnim pristupima i najčešće korištenoj terapiji u tretmanu ovog poremećaja, terapiji izlaganja s prevencijom odgovora. Hershfield i Corboy (2013) razvili su specifičan pristup MBKT za OKP, koji osim ranije predstavljenih tehnika usredotočene svjesnosti uključuje i neke relaksacijske, kao što su progresivna mišićna relaksacija. Priručnik koji su napisali je podjeljen po specifičnim poglavljima, ovisno o vrsti najčešćih nametljivih misli i mentalnih sadržaja koji se javljaju u okviru problema. Isti je napisan vrlo praktično. Autori predstavljaju neki problem i prateće misli koje se često javljaju kod osoba koje pate od OKP-a, a potom nude izazov, kojim se osobu ohrabruje da datoj misli/situaciji/problemu pristupi na drugačiji način, slijedeći ideje kognitivne restrukturacije i odabira adaptivnijih misli te temeljne kvalitete pristupa usredotočene svjesnosti. Težište je, dakle, stavljeno na specifične misli i uvjerenja osoba sa OKP-om, a iste su već spomenute ranije, u dijelu rada u kojem se dao kratki prikaz etiologije i fenomenologije navedenog poremećaja. Za sada nema studija koje potvrđuju učinkovitost ove terapije.

Hale, Strauss i Taylor (2012) razmatrali su kakve implikacije terapija usredotočene svjesnosti može imati u tretmanu OKP-a. Usredotočena svjesnost potiče participante da opserviraju svoja unutarnja iskustva, a to uključuje neugodne, neželjene i nametljive misli (Baer 2003), koje su jedno od temeljnih obilježja OKP-a. Misli kojima se nastoje suzbiti nametljive misli pokazale su se kao kontraproduktivne u tretmanu (Wegner i sur., 1987; sve prema Hale i sur., 2012). Usredotočena svjesnost nudi suprotan pristup, koji uključuje objektivnu opservaciju istih, bez tendencije da im se sudi, a navedeno može olakšati proces privikavanja na iste. Nadalje, terapije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti uče participante kako misli nisu činjenice (Baer 2003), a pokazalo se kako upravo to uvjerenje može biti od ključne važnosti u tretmanu oboljelih od opsesivno kompulzivnog poremećaja (Fairfax, 2008). To uvjerenje je u suprotnosti s visoko prevalentnim uvjerenjem oboljelih od OKP-a koje se očituje u vjerovanju da su misli izuzetno važne i da iste mogu povećati vjerojatnost javljanja određenog događaja koji je s njima povezan (Shafran and Rachman 2004; sve prema Hale i sur., 2012). U ovom kontekstu treba spomenuti i studiju koju su proveli Najmi, Riemann i Wegner (2009), koji su našli kako prihvaćanje nametljivih misli kod oboljelih od

OKP-a ne dovodi do smanjivanja njihove frekvencije, ali dovodi do smanjenja razine stresa. Nadalje, osim osvještavanja i prihvaćanja svojih opsesija, usredotočena svjesnost može pomoći ljudima da osvijeste svoje kompulzije, odnosno bihevioralne namjere i porive te donesu alternativne i adaptivnije bihevioralne izbore (Hale i sur., 2012).

Postojeće studije koje ispituju učinkovitost terapija temeljenih na usredotočenoj svjesnosti u tretmanu OKP-a uglavnom imaju mali broj ispitanika te ne omogućavaju generalizaciju rezultata. Ipak, sve studije koje će biti predstavljene u nastavku imaju prednost, u vidu korištenja standardiziranih instrumenata. Y-BOCS (Goodman i sur., 1989) korišten je za procjenu simptomatologije OKP-a, BDI (Beck i sur., 1979) za procjenu razine depresije te KIMS Kentucky Mindfulness Scale (Baer i sur., 2004) i SMQ Southampton Mindfulness Questionnaire (Chadwick i sur., sve prema 2008 Hale, Strauss i Taylor, 2012) za procjenu razine usredotočene svjesnosti.

Singh i sur. (2004) ispitivali su učinkovitost tretmana usredotočene svjesnosti na jednoj osobi kod koje se, osim OKP-a, u komorbiditetu javila i depresija. Rezultati su pokazali kako je nakon tretmana došlo do smanjenja simptoma OKP-a i depresije, a napredak se zadržao i nakon dvije godine. Iako autori nisu mjerili kvalitetu života, pretpostavlja se da je ista porasla, a navedeno impliciraju činjenice da se ispitanica vratila svom stalnom poslu s punim radnim vremenom, prestala s uzimanjem psihofarmaka te više nije bila hospitalizirana, premda je godinu dana prije nego li je intervencija započela, bila hospitalizirana pet puta (Singh i sur., 2004). Kritika studije jest da je ista već uspješno odgovorila na ranije intervencije, stoga se pozitivni učinci ne mogu pripisati samo terapiji usredotočene svjesnosti. Osim toga, procijenjena je kao osoba kojoj je duhovnost izuzetno važna pa je od početka u nekoj mjeri prijemčljivija za takav oblik terapije (Hale, Strauss i Taylor, 2012).

Patel i sur. (2007) proveli su studiju na ispitaniku koji je prethodne kognitivne intervencije procijenio kao suviše uznemirujuće. Nakon MBSR tretmana, kod istog je došlo do značajnog smanjenje simptoma OKP-a, a utvrđena je i veća razina usredotočene svjesnosti. Osim toga, isti je izvjestio o većoj kvaliteti života te kako mu je tretman pomogao da bolje tolerira svoje unutarnje procese i efikasnije upravlja simptomima svog OKP-a (Patel i sur., 2007).

Wilkinson-Tough i sur. (2010) su proveli još jednu studiju s ciljem ispitivanja učinkovitosti tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu osoba s nametljivim mislima. Intervencija je, osim usredotočene svjesnosti, uključivala i relaksacijske tehnike koje su se

provodile u trajanju od dva tjedna. Iako je početni broj participanata bio pet, dvoje ih je odustalo pa je krajnji uzorak uključivao troje ispitanika. Navodi se kako je jedna osoba odustala jer joj je bilo teško baviti se usredotočenom svjesnošću, što implicira kako ova vrsta terapije možda nije prigodna za sve oboljele od OKP-a. Nakon intervencije, osobe su na testovima pokazale značajnu redukciju simptoma OKP-a, a dvoje ih je zadržalo efekte napretka i nakon 2 mjeseca. Svi participanti izvjestili su o značajno više korištenja tehnika usredotočenosti u svakodnevnom životu od kraja tretmana pa sve do follow up mjerenja (Wilkinson-Tough i sur., 2010).

Hanstede i sur. (2008) svoje su istraživanje proveli na nekliničkom uzorku od 10 studenata koji su prošli terapiju sredotočene svjesnosti. Rezultati su pokazali kako je došlo do značajne redukcije simptoma OKP-a u grupi koja je primila intervenciju, za razliku od kontrolne grupe. Osim redukcije simptoma, uočen je pad procesa stapanja misli i akcije, karakterističnog za OKP te smanjena razina potiskivanja misli (Hanstede i sur., 2008). Obzirom na odustanak dvoje sudionika, Hale, Strauss i Taylor (2012) u svom osvrtu na navedenu studiju naglašavaju kako isti implicira da je stopa osipavanja oboljelih od OKP-a u tretmanu baziranom na usredotočenoj svjesnosti veća nego kada su u pitanju drugi problemi mentalnog zdravlja.

Hertenstein i sur. (2012) su proveli kvalitativnu studiju na 12 ispitanika. Koristili su se metodom polustrukturiranog intervjua. Participanti su ocijenili da im je tretman bio od pomoći u nošenju sa OKP-om i problemima povezanim s OKP-om. Dvije trećine izvjestilo je o prekidu simptoma OKP-a. Benefiti su uključivali povećanu spremnost participanata da se iskuse neugodne emocije, uz dozvoljavanje postojanja istima, dublje uvide o prirodi funkcioniranja uma, mirniji stav, bolje raspoloženje, bolji san te svjesniji život u sadašnjem trenutku. Kao najuspješnija se pokazala tehnika trominutnog disanja sa usredotočenom svjesnošću. Četiri participanta izvjestila su kako im tretman nije pomogao. Isti su izvjestili kako im je bilo teško prisjetiti se vježbi dovoljno rano u teškim situacijama koje su povezane sa OKP-om, a problematiziralo se i razočaranje uslijed činjenice da ovaj tretman nije brzi lijek njihovom problemu, nego dugoročan pristup koji zahtjeva predanost (Hertenstein i sur., 2012).

Dosadašnje studije, bez obzira na svoje nedostatke, impliciraju kako intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti mogu biti učinkovite u tretmanu OKP-a. Hale, Strauss i Taylor (2012) u tom kontekstu naglašavaju kako primjećivanje nametljivih misli i pristupanje

istima na uistinu usredotočen način ne može biti kontraproduktivno ponašanje za oboljele od OKP-a. Navedene spoznaje će zasigurno produbiti rezultati studije koju su proveli Külz i sur. (2014). Isti su objavili protokol za prvu kontroliranu studiju učinkovitosti tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu OKP-a, koju su proveli na kliničkom uzorku od 128 pacijenata koji nisu profitirali od kognitivne terapije. Nažalost, rezultati iste još uvijek nisu prezentirani te je ishod studije za sada nepoznat.

12. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu poremećaja sa somatskim simptomima

Pokazalo se kako MBSR i MBKT smanjuju simptome povezane sa ovom vrstom problema, kao što su visoka razina stresa, anksioznosti, umor i depresija (Kabat Zinn, 1982; Teasdale i sur., 2000; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink i Walach, 2011; Baer, 2003; prema Lind, Delmar i Nielsen, 2014). Isti su asocirani i s napretkom kada su u pitanju disfunkcionalna uvjerenja te ruminacija (Marcus, Hughes i Arnau, 2008; prema Lovas i Barsky, 2010), a u ovom radu su i ranije navedene studije u kojima je potvrđena učinkovitost tretmana baziranih na usredotočenoj svjesnosti upravo za te facete. Osim toga, pokazalo se kako terapije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti pomažu osobama da se suoče s njihovim strahovima (Finucane i Mercer, 2006; Mackenzie, Charlson, Munoz i Speca, 2007; prema Lind, Delmar i Nielsen, 2014), a strah od bolesti temeljno je obilježje problema ove prirode. Isto tako, tehnike opuštanja kojima se koriste terapije usredotočene svjesnosti, kao što su fokusiranje na dah i otpuštanje brige, tenzije i katastrofičnih misli dovode do objektivnijeg opserviranja tjelesnih simptoma (Kroenke i Swindle, 2000; Morone, Lynch, Greco, Tindle i Weiner, 2008), većeg fokusa na sadašnji trenutak (Mason i Hargreaves, 2001; Fitzpatrick, Simpson i Smith, 2010; Smith, Graham i Sentinathan, 2007) i manje zabrinutosti za budućnost (Morone i sur., 2008.; Mason i Hargreaves, 2001; sve prema Lind, Delmar i Nielsen, 2014).

Lakan i Schofield (2013) su proveli meta analizu koristeći se rezultatima trinaest različitih studija, s ciljem utvrđivanja učinkovitosti tretmana usredotočene svjesnosti na somatizacijske poremećaje. Rezultati su pokazali da terapije utemeljene na usredotočenoj svjesnosti imaju pozitivan efekt na smanjenje boli i ozbiljnosti fizičkih simptoma te simptoma depresije i anksioznosti, povezanih sa somatizacijskim poremećajima. Osim toga, iste djeluju na povećanje kvalitete života oboljelih. Terapije su se pokazale najučinkovitijima za osobe koje su patile od sindroma iritabilnog crijeva, a pokazalo se i kako su MBSR i MBKT efikasnije od eklektičnih ili drugih, nespecifičnih tretmana (Lakan i Schofield, 2013).

Druge studije pokazale su kako MBKT poboljšava san (Hubbling, Reilly-Spond, Kreitzer, Gross, 2014), vitalnost i socijalno funkcioniranje oboljelih od ovih vrsta poremećaja (Ravesteijn, Lucassen, Bor, Weel i Speckens, 2013). Fjorback i sur. (2013; prema Ravesteijn, Grutters, Hartman i sur., 2013) su našli kako je 25% oboljelih od ovih poremećaja nakon

terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti primalo invalidsku mirovinu, za razliku od 40% onih koji su činili kontrolnu grupu. Ravesteijn, Grutters, Hartman i sur. (2013) nude podatke o financijskoj učinkovitosti MBKT za oboljele od somatizacijskog poremećaja. Rezultati su pokazali da je MBKT dovela do zaoketa u zdravstvenoj njezi pa su oboljele osobe za vrijeme i nakon MBKT imale mnogo manje troškove bolničke njege, ali veće troškove povezane s brigom o mentalnom zdravlju, za razliku od pacijenata koji su bili u kontrolnoj grupi. Navedeno može ukazuivati na porast svjesnosti osoba o pravim razlozima njihovih bolesti te implicirati određenu razinu učinkovitosti terapija usredotočene svjesnosti kada su u pitanju fizički simptomi.

Studija koju su proveli Lovas i Barsky (2010) pokazala je kako je kod osoba oboljelih od hipohondrije došlo do značajnih poboljšanja nakon pristupanja terapiji usredotočene svjesnosti. Osim što je došlo do smanjenja njihovih somatskih simptoma, kod osoba je uočena manja razina anksioznosti u vezi zdravstvenog stanja te manje misli koje su sadržajno vezane uz bolest, a iste su pokazale i veću razinu usredotočene svjesnosti. Svi benefiti zadržali su se i nakon 3 mjeseca.

Osim toga, pokazalo se kako je atribuiranje bolesti kao psihosocijalne, umjesto fiziološke povezano s poboljšanim funkcioniranjem osoba oboljelih od poremećaja sa somatskim simptomima. Zbog činjenice da je njihova bolest stvarno prepoznata, oboljele osobe postaju otvorenije i socijalno sigurnije, a povećava se i njihova mogućnost prepoznavanja misli koje im izazivaju zabrinutost te pratećih simptoma distresa (Rief, Nanke, Emmerisc, Bender i Zech, 2004; prema Lind, Delmar i Nielsen, 2014).

Nadalje, važno je spomenuti i učinke grupne interakcije, koja je sastavni dio terapija temeljenih na usredotočenoj svjesnosti. Ista se pokazala dobrom za umanjivanje stigme, normaliziranje teškoća, unaprijeđivanje komunikacijskih vještina i empatije osoba oboljelih od ovakvih problema (Allen, Bromly Kuyken i Sonnenberg, 2009; Chadwick, Newell i Skinner, 2008; Dobkin, 2008; prema Lind, Delmar i Nielsen, 2014).

Dublje uvide u problematiku daje kvalitativna studija koju su proveli Lind, Delmar i Nielsen (2014). Cilj im je bio utvrditi učinke treninga usredotočene svjesnosti na 22 oboljelih od somatoformnih poremećaja. Vodili su intervju s osobama 1-3 mjeseca prije uključivanja u tretman i 9-14 mjeseci nakon tretmana. Osim o učinkovitosti tretmana, studija je pružila vrijedna saznanja o obilježjima oboljelih prije tretmana. Osobe su se prije tretmana borile sa značajnom egzistencijalnom krizom, osjećale su se nesigurno po pitanju njihova socijalna

identiteta, uzroka i posljedica njihove bolesti, svojih mogućnosti upravljanja istom te budućeg životnog prosperiteta. Pokazivale su teškoće identificiranja i iskazivanja kognicija povezanih sa razvojem i održavanjem stresa, kao i pratećih osjećaja i emocija. Osim toga, utvrđeno je kako su imale slab kontakt sa svojim tijelom i emocijama, a navedeno je vodilo izbjegavanju kao načinu suočavanja, rezultirajući još većom vulnerabilnošću na stres.

Poslije tretmana su osobe izvještavale o većoj egzistencijalnoj sigurnosti, imale su više samopouzdanja, bile su sigurnije u svoj socijalni identitet, bolje su razumijele svoju bolest te pokazale veće znanje upravljanja istom, koristeći fleksibilnije strategije suočavanja sa svakodnevnim stresorima. Identificirana su četiri ključna područja napretka: sigurnija i jasnija percepcija bolesti, odnosno prepoznavanje iste kao nečeg stvarnog; povećana mogućnost relaksacije, korištenjem tehnika usredotočene svjesnosti; povećana svjesnost o umu i tijelu, veća povezanost s istima te drugačiji odnos prema njima; povećana mogućnost prepoznavanja i izražavanja vlastitih potreba i osjećaja povezanih sa distresom. Svi pacijenti su pokazali značajan napredak u prva tri područja. Deset osoba nije izvjestilo o pomacima u posljednjem području te se nisu uspjeli više otvoriti prema drugima, a teškoće pri verbalizaciji misli i osjećaja pokazivali su i za vrijeme samog treninga.

Ipak, utvrđeno je kako je terapiji potrebno unaprijeđenje. Sama svjesnost iznjedrila je boli sudionika, a terapija im je nudila malo prostora za spontanu ekspresiju iskustava za vrijeme meditacije. U tom kontekstu, isti su verbalizirali kako su se osjećali tužno, osamljeno i izolirano u trenucima kada su se povezivali s boli i bolnim sjećanjima koja su im se javljala tijekom meditacije te im je nedotajalo spontanog dijeljenja iskustava. Susret koji se provodi u potpunoj tišini, vidjeli su kao stresan, a neki su se osjećali i retraumatizirano, obzirom da nisu mogli iskazati svoje potrebe i misli, a to ih je podsjetilo na bolne situacije odbacivanja iz djetinjstva te povećalo njihove simptome boli i umora. Posvećivanje više vremena za podjelu zabrinutosti i emocija pokazalo se kao esencijalno u tretmanu individua koje su prošle visoko stresne i traumatske životne priče (Lind, Delmar i Nielsen, 2014).

Zaključak autora potonjeg istraživanja jest kako bi terapije usredotočene svjesnosti namjenjene oboljelima od poremećaja sa somatskim simptomima trebale ostaviti više prostora za spontanu ekspresiju iskustva i razmjenu te zamijeniti susret koji se odvija u tišini treningom interpersonalne komunikacije. Osim toga, iste bi trebalo upotpuniti dodatnom individualnom terapijom, kako bi se oboljele osobe mogle u potpunosti oporaviti (Lind, Delmar i Nielsen, 2014). Kalisvaart i sur., (2012) u ovom kontekstu naglašavaju kako je

razvoj svjesnosti o vlastitom tijelu ključna tretmanska potreba osoba oboljelih od ovih poremećaja.

13. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu PTSP-a

Thompson, Arnkoff i Glass (2011) su napravile pregled literature s ciljem utvrđivanja značajnosti usredotočene svjesnosti i prihvaćanja u kontekstu psihološke otpornosti na traumu. Izbjegavanje, negiranje, disocijacija i emocionalno odvajanje povezani su s održavanjem simptoma PTSP-a, njihovom većom ozbiljnošću, javljanjem povezane psihopatologije i slabijim funkcioniranjem osobe nakon izloženosti traumi (Thompson i sur., 2011), dok praksa usredotočene svjesnosti i strategije prihvaćanja potiču oporavak od ključnih simptoma ovog internaliziranog problema (Orsillo i Batten, 2005; Walser i Hayes, 2006; Silver i sur., 2002; prema Thompson i sur., 2011). Usredotočena svjesnost i prihvaćanje povezani su s boljom psihološkom prilagodbom nakon traume, a navedeno je potvrđeno na uzorcima različitih etničkih i kulturnih pozadina, seksualnih orijentacija, različitih dobi u kojima se trauma dogodila te različitih obilježja traumatskih iskustava. Ovi pristupi mogu biti osobito korisni osobama koje se ne želi uključiti ili nisu dobro odgovorile na tradicionalne forme kognitivno bihevioralne terapije, kao što je terapija izlaganja (Orsillo i Batten, 2005; Twohig, 2009; sve prema Thompson i sur., 2011).

Osim toga, tretmani koji za cilj imaju kultivirati usredotočenu svjesnost i prihvaćanje mogu biti obećavajuće rane intervencije za pojedince koji su nedavno iskusili traumatski događaj (Thompson i sur., 2011). Znanstveni dokazi upućuju kako je izbjegavanje povezano s lošim psihološkim posljedicama, dok je rano povezivanje osobe s emocijama koje su joj se javile kao posljedica traume povezano s boljom psihološkom prilagodbom (Gilboa-Schechtman i Foa, 2001; prema Thompson i sur., 2011). Ove intervencije tako mogu biti osobito korisne u prvim tjednima nakon traume, obzirom da naglašavaju kontakt sa emocijama, uspomenu na traumatski događaj i povećanom fiziološkom reaktivnošću, ali uz simultano otpuštanje tendencije da se sudi bilo čemu što se doživljava. Takve intervencije omogućavaju rano proživljavanje traumatskog iskustva te, kao takve, mogu prevenirati kasnije katastrofične interpretacije koje mogu voditi kontinuiranim oblicima izbjegavanja i kroničnoj pobuđenosti (Thompson i sur., 2011).

King i sur. (2013) su proveli pilot istraživanje s ciljem ispitivanja učinkovitosti MBKT u tretmanu ratnih veterana koji više od 10 godina pate od PTSP-a. Radilo se o MBKT intervenciji koja je bila prilagođena ovoj populaciji. Uzorak je činilo 20 ispitanika,

podijeljenih u 4 tretmanske grupe. Ispitanici za vrijeme MKBT nisu primali nikakav drugi oblik individualne ili grupne terapije. Istraživanje je uključivalo i 3 kontrolne grupe, sa ukupno 17 sudionika, koji su primali uobičajeni tretman. Za procjenu simptomatologije korišteni su CAPS-V, instrument za mjerenje PTSP-a te samoprocjena sudionika. MBKT pokazala se kao učinkovita intervencija za oboljele od PTSP-a. Utvrđeno je kako je nakon terapije kod 73% pacijenata koji su participirali u MBKT došlo do značajnog i kliničkog poboljšanja simptomatologije, u usporedbi sa 33% onih koji su primali uobičajeni tretman. Kod MBKT grupe došlo je do smanjenja klastera izbjegavanja na CAPS- V skali. Navedeno sugerira poduzimanje specifične akcije, a isto je konzistentno smanjenju izbjegavanja neželjenih emocija i iskustava (King i sur., 2013). Dobiveni rezultati su u skladu s rezultatima ranijih istraživanja (Roemer i Orsillo, 2002; Follette, Palm i Pearson 2007; Bishop, Lau i Shapiro, 2004; prema King i sur., 2013). Osim toga, intervencija je vodila značajnom smanjenju kognicije samookrivljavanja, a umanjena je i percepcija svijeta kao opasnog mjesta (King i sur., 2013). Ipak, autori navode kako su tretmanski efekti MBKT manji su od efekata koje je pokazala individualna, produljena terapija izlaganja koja se provodi u trajanju od 12-15 tjedana (Foa i sur., 1999; Rauch i sur., 2009; prema King i sur., 2013), ali su jednaki efektima koje su pokazali različiti oblici grupnih terapija, kao što je, primjerice, terapija izlaganja fokusirana na traumu koja se provodila u trajanju od 30 tjedana (King i sur., 2013). Vrlo slične efekte pokazale su MBSR intervencije namjenjene istoj populaciji (Kearney, McDermott, Malte, Martinez i Simpson, 2012; Kearney i sur., 2013).

Marzabadi i Zadeh (2014) su proveli su istraživanje na 28 veterana, kojima je pružen tretman baziran na MBSR i MBKT, a prilagođen za PTSP. Po završetku tretmana, nađeno je značajno poboljšanje kvalitete života ispitanika na varijablama fizičkog i mentalnog zdravlja, njihovih socijalnih veza i funkcioniranja. Usporedbe radi, kod ispitanika koji su sudjelovali u istraživanje nešto novijeg datuma, koje su proveli Yousefi i Heris (2016), nije nađeno poboljšanje kada je u pitanju socijalno funkcioniranje. Ipak, rezultati istraživanja koje su proveli Marzabadi i Zadeh (2014) uglavnom potkrepljuju nalaze ranijih istraživanja, koja su pokazali učinkovitost tretmana usredotočene svjesnosti u smanjenju depresije, psiholoških poremećaja, anksioznosti i povećanju kvalitete života kod osoba koje su iskusile stresne i traumatske situacije (Simpson i sur., 2007; Kabat-Zinn i sur., 1992; Vujanovic, Youngwirth, Johnson i Zvolensky, 2009; Mitmansgruber, Beck, Höfer i Schübler, 2009; prema Marzabadi i Zadeh, 2014). Valja naglasiti kako zanimljivost navedenog istraživanja leži u činjenici da je

isto provedeno na ispitanicima iz u Irana, poglavito muslimanske države, što potvrđuje kako su ovakve intervencije prigodne neovisno o vjerskom opredjeljenju ispitanika.

Nadalje, obzirom da se joga pokazala kao učinkovit način za razvijanje usredotočene svjesnosti (Salmon, Lush, Jablonski i Sephton, 2009; Shelov, Suchday i Friedberg, 2009), a naročito kada su u pitanju osobe s PTSP-em (Van der Kolk, 2006; sve prema Dick i sur., 2014), Dick i sur. (2014) su ispitivali učinkovitost joga u tretmanu PTSP-a kod bivših veteranki i ženskih civila, žrtava rata. Pružene su im intervencije hatha joga i joga primjenjive za one koji su proživjeli traumu. Dvadeset osoba činilo je dvije joga grupe, a osamnaest osoba je bilo dio kontrolne skupine. Potonjoj skupini pružen je drugi oblik tretmana. Supresija je smanjena u joga grupi, dok se ista nije smanjena kod sudionika kontrolne grupe. Psihološka fleksibilnost značajno se povećala u kontrolnoj grupi. Ipak, povećanje psihološke fleksibilnosti bilo je povezano sa smanjenjem simptoma PTSP-a kod sudionica koje su participirale u joga grupi, dok isto nije zabilježeno u kontrolnoj grupi (Dick i sur., 2014).

Terapija usredotočene svjesnosti pokazala se učinkovita i kad su u pitanju druga traumatska iskustva. Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney i Berman (2010) su proveli studiju s 27 odraslih osoba koje su bile žrtve zlostavljanja u djetinjstvu. Za procjenu anksioznosti, depresije, PTSP-a i usredotočene svjesnosti korišteni su standardizirani instrumenti. Ispitanici su raspoređeni u tri grupe i pružen im je MBSR trening, osnažen tehnikama pozitivne psihologije, kao što su jačanje snaga i osjećaja zahvalnosti participanta te njihove međusobne povezanosti. Nađene su statistički značajne promjene na svim varijablama, od kraja programa, pa sve do follow up mjerenja koje je provedeno nakon 24 tjedna. Najveće promjene nađene su kada je u pitanju depresija. Smanjeni su ključni simptomi PTSP-a: ponovno preživljavanje, izbjegavanje, otupljenost i pobuđenost. U tom kontekstu, najveći pomak nađen je kada su u pitanju skale izbjegavanja. Participanti su intervenciju ocijenili kao sigurnu i povoljnu, a autori istraživanja navode kako se čini da je nekim sudionicima samo sudjelovanje u MBSR programu dostatna intervencija (Kimbrough i sur., 2010).

Dosadašnja istraživanja učinkovitosti tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu osoba koje su proživjele traumu, dala su obećavajuće rezultate njihove učinkovitosti. King i sur. (2013) navode kako intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti nude strategiju aktivnog suočavanja bez eksplicitnog kognitivnog restrukturiranja ili izlaganja participanta

traumatskim sjećanjima, a navode kako je njihova prednost i to što se lako primjenjuju i uče. Osim toga, povećana mogućnost aktivnog prisustvovanja uz usvajanje neosuđujućeg stava i prihvaćanje traumatskih sjećanja i psiholoških odgovora na isto, može biti i dobra priprema individue za terapiju produljenog izlaganja (King i sur., 2013) Bez obzira na navedeno, treba spomenuti kako bilo kakav oblik suočavanja s traumom, odnosno pratećim mislima, emocijama i tjelesnim senzacijama, osobito u ranim fazama, može biti izuzetno težak i preplavljujuć za osobu pa je moguće da pristupi temeljeni na usredotočenoj svjesnosti ne odgovaraju svima. Navedenu činjenicu u svojoj studiji problematiziraju King i sur. (2013) koji navode kako je dvoje participanata njihovog istraživanja odustalo od MBKT jer su za vrijeme vježbe usredotočene svjesnosti koja je od njih tražila usmjeravanje na tjelesno stanje osjetili pojačanu anksioznost. Jedna od tih osoba bila je žrtva seksualnog napada, a ista je navela kako joj je vježba pregleda tijela bila okidač za javljanje traumatskih sjećanja povezanih s napadom. King i sur. (2013) u tom kontekstu naglašavaju kako bi takve intervencije za ovu populaciju trebale bi biti modificirane, odnosno da bi se iste trebalo uvoditi tek nakon uspostavljanja grupne povezanosti i osjećaja sigurnosti.

Potrebna su daljnja istraživanja učinkovitosti ovih terapija, poglavito kako bi se utvrdilo je li usredotočena svjesnost samo dobar dodatak postojećoj terapiji ili se takav pristup može samostalno koristiti u tretmanu simptoma PTSP-a (King i sur., 2013.)

14. Uspješnost primjene tehnika usredotočene svjesnosti u tretmanu poremećaja hranjenja

Pojedinci s poremećajima hranjenja imaju poteškoće toleriranja negativnih iskustava i distresa, stoga prekomjernim uzimanjem hrane ili restrikcijom reguliraju svoja emocionalna iskustva. Hrana se u tu svrhu koristi kao blokator emocija, koje pojedinac ne može tolerirati (Douglass, 2009). Isti pojedinci lakše će odgovoriti na svoje maladaptivne načine suočavanja ako povećaju svoju mogućnost razumjevanja iskustva i posjeduju vještine potrebne da preispitaju svoja štetna i disfunkcionalna vjerovanja (Corstophine, 2006). Racionala za korištenje usredotočene svjesnosti u tretmanu uključuje važnost kultiviranja svjesnosti o unutarnjim procesima, razvoj samoprihvatanja, kognitivne fleksibilnosti, kvaliteta kao što su suosjećanje i opraštanje te generalno poboljšavanje sposobnosti osobe da se adaptivno nosi sa svojim emocijama (Baer, Fischer i Huss, 2005; Kristeller, Baer i Quillian-Wolever, 2006; Kristeller i Wolever, 2011; Wolever i Best, 2009; prema Katterman, Kleinman, Hood, Nackers i Corsica, 2014). Osim toga, pokazalo se kako je stres faktor koji je povezan sa povećanim osjećajem gladi i preferencijom masne, odnosno slatke hrane (Dallman, 2010; prema Katterman i sur., 2014), a navedeno je važno u kontekstu kompulzivnog jedenja i pretilosti. Pozivajući se na ranije navedene studije o učinkovitosti ovih programa na smanjenje razine stresa, povećanje opće dobrobiti i kvalitete života, valja navesti kako usredotočena svjesnost za pojedince koji pate od ovih problema može biti važna i u tom kontekstu.

U tretmanu poremećaja hranjenja često se koriste pristupi trećeg vala. U okviru dijalektičke bihevioralne terapije, četiri susreta se posvećuju usredotočenoj svjesnosti, a preostalih 16 nekim drugim sadržajima, kao što su emocionalna regulacija i tolerancija stresa (Telch, Agras i Linehan, 2001). Osim dijalektičke bihevioralne terapije, koristi se terapija prihvaćanjem i ustrajnošću. Pearson, Heffner, Follette i Hayes (2010) su napisali priručnik „*Terapija prihvaćanjem i ustrajnošću za one koji su nezadovoljni svojim tijelom*“ (engl. *Acceptance and Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction*). Priručnik sadržava elemente terapije prihvaćanjem i ustrajnošću, tehnike usredotočene svjesnosti i bihevioralne strategije promjene. Premda se ne radi o terapiji usredotočenom svjesnošću u užem smislu, elementi iste koriste se kao sastavni dio pristupa. Cijelo sedmo poglavlje priručnika posvećeno je razvoju usredotočene svjesnosti, a težište je stavljeno na prihvaćanja misli,

emocija i fizičkih senzacija. Osim prihvaćanja, priručnikom se obrađuju teme usredotočenosti i boljeg kontakta sa sadašnjim trenutkom.

Od terapija usredotočene svjesnosti u užem smislu, u tretmanu poremećaja hranjenja, koriste se trening svjesnog jedenja, MBKT (uz adekvatnu prilagodbu ovoj populaciji), ranije opisani MB EAT te različiti eklektički pristupi koji kombiniraju elemente svega navedenog. Trening svjesnog jedenja razradila je Albers (2008), autorica knjige „*Eat, Drink and Be Mindful*“. Knjiga se detaljnije bavi različitim oblicima vođene meditacije usredotočenog jedenja, izuzetno važnom tehnikom u tretmanu poremećaja hranjenja. Premda se svi navedeni pristupi sve češće koriste u tretmanu poremećaja hranjenja i pretilosti, još uvijek nema mnogo znanstvenih dokaza o njihovoj učinkovitosti. Postojeće studije najčešće su se bavile problematikom kompulzivnog jedenja, a, osim toga, mali broj njih isključivo ispituje učinkovitost terapija usredotočene svjesnosti, već u obzir uzima i učinkovitost srodnih pristupa.

Wanden Berghe R.G., Sanz Valero i Wanden Berghe C. (2011) su proveli meta analizu 8 postojećih radova, s ciljem ispitivanja učinkovitosti dijalektičke terapije, terapije prihvaćanjem i ustrajnošću te MBKT u tretmanu bulimije, anoreksije i kompulzivnog jedenja. U sklopu svih terapija uglavnom su se koristile kraća meditacija, hodajuća meditacija, vježba pregleda tijela i joga s usredotočenom svjesnošću. Sve studije dale su zadovoljavajuće rezultate učinkovitosti pristupa i uputile kako učinkovita svjesnost obećava kada je tretman ovakvih problema u pitanju. Navedeni autori navode kako je napredak zabilježen u tri ključna područja: kod ispitanika je uočeno manje zabrinutosti kada je u pitanju jedenje, povećana je njihova razina svjesnog jedenja, a poboljšanje je zabilježeno i u emocionalnoj (samo)regulaciji. Ipak, valja problematizirati kako se mali broj studija bavio isključivo terapijama usredotočene svjesnosti, već su se razmatrali i srodni pristupi, a i svi navedeni radovi imaju metodoloških problema, od kojih je najčešći upravo mali broj ispitanika (Wanden Berghe i sur., 2011).

Kristellar, Wolever i Sheets (2013) su ispitivale učinkovitost MB EAT treninga i psihoedukativne kognitivno- bihevioralne intervencije u tretmanu kompulzivnog jedenja kod kliničke populacije. I jedna i druga intervencija su u razdoblju od jednog do četiri mjeseca nakon tretmana pokazale slične učinke kada su u pitanju skala kompulzivnog jedenja, broj epizoda kompulzivnog jedenja i razina depresije ispitanika. Ipak, nakon isteka četiri mjeseca, 95% ispitanika koji su participirali u MB EAT treningu više nije zadovoljavalo kriterije za

dijagnozu kompulzivnog jedenja, za razliku od 76% osoba koje su participirale u drugom programu. Osim toga, autori navode kako je MB EAT smanjio kompulzivno jedenje i prateće simptome na klinički značajnoj razini. Kod osoba kod kojih je problem još uvijek bio manifestan, faze kompulzivnog jedenja javljale su se rjeđe, a količina pojedene hrane bila je manja. Osim toga, mjera u kojoj su se ispitanici uključivali u meditacije i susrete, bila je povezana s razinom napretka u pogledu različitih navika hranjenja, ali i promjenama u njihovu samopouzdanju (Kristellar i sur., 2013).

Katterman i sur. (2014) su napravili pregled literature s ciljem utvrđivanja učinkovitosti terapija koje se baziraju na usredotočenoj svjesnosti na simptome emocionalnog i kompulzivnog jedenja. Pritom su na razmatranje uzete isključivo studije koje su ispitivale učinkovitost terapija temeljenih na usredotočenoj svjesnosti, a isključeni su neki drugi terapijski pristupi. Osim toga, sve razmatrane studije koristile su standardizirane instrumente procjene problema i učinkovitosti te su uključivale follow up mjerenja. Rezultati te meta analize pokazali su kako su se intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti učinkovite u tretmanu kompulzivnog i emocionalnog jedenja. Autori su našli kako takve intervencije imaju konzistentne i pozitivne učinke na oboljele od navedenog problema. Nađen je velik i statistički značajan učinak terapija na smanjenje simptoma kompulzivnog i emocionalnog jedenja. Zabilježeni su još neki napretci, kao što su uzimanje manjih količina hrane, zdraviji izbori te sporije jedenje (Hepworth, 2011; Baer, Fisher i Huss 2005; Field, 2010; prema Katterman i sur., 2014). Usredotočena svjesnost u tom smislu se pokazala kao vrijedan alat u tretmanu kompulzivnog i emocionalnog jedenja, neovisno o karakteristikama populacije i komorbiditetu s nekim drugim poremećajima. Ipak, valja napomenuti kako rezultati iste studije sugeriraju kako usredotočena svjesnost bez dodatnih bihevioralnih strategija i psihoedukacije o prehrani ne dovodi do značajnog gubitka kilograma, stoga je osobama koje uz neki poremećaj hranjenja imaju problema s viškom kilograma preporučljivo ponuditi sveobuhvatnije intervencije (Katterman i sur., 2014). U istom smjeru idu i Kristellar i Wolever (2011), koje naglašavaju kako bi teme prehrane i kalorijskog balansa trebale biti integrirane u MB- EAT program, kako bi isti bio u potpunosti učinkovit za osobe s problemom kompulzivnog jedenja.

Godsey (2013) je također napravila integrativni pregled literature, ali s ciljem ispitivanja učinkovitosti različitih intervencija usredotočene svjesnosti u tretmanu pretilosti i poremećaja hranjenja. Ista navodi kako su intervencije uglavnom uključivale jogu, meditaciju, kognitivnu terapiju i trening svjesnog jedenja. Našla je kako terapije temeljene na

usredotočenoj svjesnosti vode do smanjenja simptoma poremećaja hranjenja, smanjenja težine, redukcije anksioznosti, poboljšavanja raspoloženja, bolje povezanosti sa tijelom, bolje fiziološke regulacije i adaptivnijih odgovora na tjelesne senzacije (Dalen i sur., 2010; Daubenmier i sur., 2011; Smith i sur., 2006; Timmerman i Brown, 2012; sve prema Godsey, 2013) kod osoba s različitim poremećajima hranjenja.

Dublje uvide u problematiku pružaju kvalitativne studije.

Baer, Fischer i Huss (2005) su provele studiju slučaja o klijentici starije životne dobi koja je imala problema s kompulzivnim jedenjem. Istoj je pružena MBKT, a autorice studije ispitivale su učinkovitost iste. Na prvim meditacijskim susretima ispitanica je naglasila kako ne voli prakticirati meditacije usredotočene svjesnosti, obzirom da svijest o mislima i emocijama zna biti neugodna. Za vrijeme tretmana udebljala se nekoliko kilograma, a povećao joj se i broj faza kompulzivnog jedenja. Ipak, povećanje faza donekle objašnjava tendencija ispitanice da svaku epizodu jedenja, do koje je došlo zbog drugih senzacija koje nisu uključivale glad, neovisno o količinama hrane, počne opisivati kao fazu kompulzivnog jedenja. Autorice studije navode kako su češće epizode kompulzivnog jedenja reflektirane pojačanom svjesnošću klijentice o problemu te njezinom većom osjetljivošću na unutarnja iskustva. Rezultati su pokazali značajne napretke kada su u pitanju simptomi kompulzivnog jedenja te preliminarne dokaze povećanja razine usredotočene svjesnosti, manifestirane većom razinom pažnje i prihvaćanja unutarnjih iskustava. Jasnijim fokusom na unutarnja iskustva, klijentici je bilo lakše ocijeniti je li stvarno gladna. Iako se broj faza kompulzivnog jedenja povećao za vrijeme tretmana, navedeno ponašanje u potpunosti je nestalo do follow up mjerenja koje je provedeno nakon šest mjeseci (Baer i sur., 2005).

Proulx (2007) je provela fenomenološku studiju sa šest mladih žena oboljelih od bulimije koje su prošle MBSR terapiju. Ista navodi kako je MBSR terapija za djevojke bila putovanje koje je započelo osamljenošću, mržnjom prema sebi, odvojenošću od vlastitog tijela i idealističkim očekivanjima, a dovelo ih je do objektivnije slike sebe i odnosa prema sebi koji je bio znatiželjan, zanimljiv, svjestan, otvoren, topliji i više autentičan. Osim toga, veza sa svojom nutrinom omogućila im je da prigrle svoju vulnerabilnost, a veza s drugim participanticama programa omogućila je da nestane njihov kroničan osjećaj separacije i izolacije. Po završetku terapije, došlo je do smanjenja faza čišćenja i jedenja. Ipak, valja naglasiti kako su sve participantice primale i individualnu terapiju, stoga nije jasno u kojoj je mjeri je upravo MBSR imao navedene učinke. Autorica naglašava kako je kombinacija

meditacijske prakse, psihoedukacije i interpersonalnog pristupa snažna intervencija koja omogućava izgradnju samosvjesnosti, interpersonalne povezanosti i vještina suočavanja, uz smanjenje intenzivne emocionalne reaktivnosti, osuđivačkih misli i neprestanog kriticizma. Navedeni pristup kao takav može biti dobra prevencija javljanja saomodestruktivnih i štetnih ponašanja, kao što je bulimija, stoga bi, prema navodima autorice, MBSR terapiju trebalo ponuditi svim ženama mlađe životne dobi (Proulx, 2007).

Albers (2010) je provela intervenciju i studiju slučaja s klijenticom mlađe životne dobi koja je oboljela od anoreksije. Terapija je uključivala različite tehnike povećanja svjesnosti. Korišteni su dnevnik, različite vježbe i vođene meditacije usredotočenog jedenja. Uz svjesnost o gladi, a kod klijentice su se nastojale probuditi temeljne kvalitete usredotočene svjesnosti. Po završetku terapije, došlo je do smanjenja ruminacije o mislima povezanim s poremećajem hranjenja i razine emocionalnog stresa. Klijentica je prestala s restrikcijom, povećao se njezin tjelesni indeks, kao i dnevni unos kalorija. Osim toga, ista je navela kako je došlo do napretka u pogledu različitosti i kvantitete hrane koju je konzumirala. Povećala je i konzumaciju visokokalorične hrane, koje se do tada bojala. Valja naglasiti kako je istraživanje u potpunosti temeljeno na navodima klijentice te kako nisu korišteni instrumenti procjene ni prije ni poslije tretmana. Albers (2010) navodi kako klijenti u akutnoj fazi anoreksije sa značajno sniženom tjelesnom težinom možda neće imati kapaciteta fokusirati se na sadašnji trenutak ili će postati preplavljeni istim zbog emocionalno zahtjevnog materijala. Tehnika usredotočenog jedenja tako može biti dobar pristup tretmanu medicinskih stabilnih pacijenata koji imaju probleme s restrikcijom. Ista može pomoći klijentima u reguliranju afekata kad su suočeni sa preplavljujućim i stresnim mislima i osjećajima u prisutnosti hrane ili za vrijeme jedenja (Albers, 2010).

Istraživanja učinkovitosti usredotočene svjesnosti u tretmanu poremećaja hranjenja još uvijek su u svojim začecima. Postojeći znanstveni dokazi upućuju na učinkovitost ovih tehnika kada su u pitanju kompulzivno i emocionalno jedenje, anoreksija i bulimija. Ipak, zbog karakteristike ovih poremećaja, većina autora naglašava kako bi uz intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti pojedincima s poremećajima hranjenja trebalo ponuditi i druge oblike tretmana. Čini se kako bi tretman poremećaja hranjenja trebao biti multidimenzionalan te, osim tehnika usredotočene svjesnosti, uključivati i određenu psihoedukaciju te kineziološku, nutricionističku i grupnu podršku.

15. Mogućnosti primjene tehnika usredotočene svjesnosti u socijalnopedagoškom radu

Premda se o internaliziranim problemima u nekoj mjeri više govori u okvirima kliničke psihologije, različitih psihoterapijskih pristupa i psihijatrije, socijalna pedagogija, odnosno socijalni pedagozi važan su dio kotačića djelovanja koji uključuje prevenciju, ranu intervenciju, ali i tretman navedenih problema. Socijalni pedagozi rade s osobama koje imaju problema u ponašanju. Oni rade s djecom, odraslima, počiniteljima kaznenih djela, u okviru različitih vladinih i nevladinih organizacija te privatne prakse. Bez obzira na šarolikost korisnika, njihovih problema i uzročnika koji su doveli javljanja istih, svim korisnicima uglavnom je zajednička činjenica da su nekada u životu bili povrijeđeni. Anksioznost i depresija, proživljene traume, neadekvatno roditeljstvo, stresni događaji, različiti oblici ovisnosti, sve su to problemi s kojima se nerijetko suočavaju korisnici socijalnopedagoških usluga, odnosno izazovi, na koje socijalni pedagozi nastoje adekvatno odgovoriti. Bez obzira na različitosti djelovanja socijalnih pedagoga u okviru navedenih radnih mjesta i specifičnosti korisnika s kojima rade, svi socijalni pedagozi imaju zajedničku misiju: zastupati interese svojih korisnika pa im pomoći da za sebe odaberu bolje, zrelije i konstruktivnije. U tom kontekstu, upoznavanje s tehnikama usredotočene svjesnosti, implikacijama i benefitima koje iste mogu imati na osobu i eventualnim preprekama koje se mogu javiti pri njihovoj primjeni, mogu biti prvi koraci ka kvalitetnoj primjeni istih u okvirima socijalnopedagoškog rada. Ove tehnike mogle bi poslužiti kao nadogradnja postojećem radu ili postati elementom unaprijeđenja socijalnopedagoške prakse.

U kontekstu prevencije problema u ponašanju, valja podsjetiti kako je cilj prakse usredotočene svjesnosti razviti otvoren i znatiželjni, neosuđujući pogled na svijet, povjerenje osobe u sebe i druge, potencirati razvijanje fokusa na ono što je važno, potaknuti objektivnu opservaciju i bolje razumjevanje iskustava, uz kultiviranje ljubavi (prema sebi i drugima), suosjećanja i dobrohotnosti. Sukladno tome, može se reći kako usredotočena svjesnost leži na univerzalno pozitivnim stavovima i razvija kvalitete koje su imperativ prevenciji problema u ponašanju i općoj dobrobiti svakog pojedinca.

Tehnike usredotočene svjesnosti vraćaju osobu sadašnjem trenutku, kao jedinoj stvarnosti. One joj omogućavaju da, barem na kratko, učini tako potreban odmak od situacije u kojoj se nalazi, kao i misli, senzacija i emocija, koje navedenu situaciju prate. Kada se radi o

osobama s internaliziranim problemima, ove tehnike omogućavaju odmak od svega onoga što osobu tišti i gušti, kao i odmak svega onog disfunkcionalnoga, što ju evidentno ne služi, a što je, potpuno nesvjesno, najčešće pod utjecajem značajnih drugih i u najranijoj životnoj dobi, usvojila i počela gledati kao jedinu istinu. Meditacija usredotočene svjesnosti osobi omogućava da istupi iz misli u kojima prebiva, a koje su usko vezane uz njezin problem, odnosno stanje u kojem se nalazi. U tom kontekstu, tehnike usredotočene svjesnosti, nude potencijal za olakšanje. Depresivni i anksiozni pojedinci najčešće razmišljaju previše. Prebivaju u problemu, brizi i analizi istoga. Primjena usredotočene svjesnosti nudi im drugačiju perspektivu.

Osim što nude odmak, ove tehnike navode osobu na preispitivanje postojećih stavova, uvjerenja i svojih reakcija na iste. Izazivaju ju, postavljajući pitanja kao što su: Što ako to što misliš nije točno? Što ako samo gledaš film, režiran od strane svog uma? Što ako tvoje emocije, iako tebi potpuno stvarne, možda u najboljoj mogućoj mjeri i ne reprezentiraju stvarnost? Što ako si ti mnogo više od svojih misli, emocija, tjelesnih senzacija? Što bi se dogodilo ako promjeniš svoj kut gledanja na svijet? Ako zavoliš sebe i prihvatiš ono na što si na svom životnom putu naišao/ naišla? Što bi ti to mogao/mogla biti, da kroz život ne nosiš tu punu torbu briga, boli ili možda ljutnje? Praksa usredotočene svjesnosti osobu vraća samoj sebi. Ona dovodi do objektivnijeg sagledavanja obrazaca kojima osoba nesvjesno pridaje važnost, a na taj način i snagu, da upravljaju njezinim životom i vode ju disfunkcionalnom ponašanju i kretanju u *krivim* smjerovima. Opservacija, uz odmak i objektivno promatranje iskustva, omogućavaju osobi da postane gospodarom svojih misli, akcija i, u konačnici, svoga života. Ove tehnike tako jačaju mogućnosti introspekcije i boljeg razumjevanja sebe i vlastitih procesa, što jača intrapersonalnu inteligenciju.

Osim toga, praksa usredotočene svjesnosti navodi osobu da bude prisutna u trenutku i usmjeri svoj fokus pažnje na ono što joj je uistinu prioritetno. U prirodi svakog ljudskog bića je da u nekoj mjeri traga za smislom svog života, da bude znatiželjno, da traži odgovore na pitanje zašto se nalazi upravo tamo gdje se nalazi i što mu je za životnog vijeka činiti. Spoznavanje samog sebe omogućava osobi da se samoaktualizira, odnosno da za života iskoristi svoj puni potencijal. Ono što često karakterizira osobe u riziku (pogotovo mlade) i one koji već manifestiraju različite oblike problema u ponašanju jesu beciljnost i izgubljenost, koji dovode do osjećaja nedostatka smisla vlastitog života. Meditacijske tehnike osobi vraćaju osjećaj kontrole nad vlastitim životom, uče ju fokusirati se na ono važno te ju, u konačnici, u nekoj mjeri usmjeravaju u procesu otkrivanja smisla vlastitog života.

Nadalje, paradigma ovih intervencija jest da je čovjek čudesno biće koje ima mogućnost iscijeliti samo sebe i povećati svoju dobrobit. Terapije usredotočene svjesnosti tako pojedincu pomažu da osvjesti svoju unutarnju snagu, one predaju štafetu u njegove ruke. Vraćaju mu potrebnu inicijativu i potiču ga aktivnost, učeći ga kako je sam kreator svog života i da, prakticirajući tehnike usredotočene svjesnosti, radi bolje za sebe. Osim toga, usredotočena svjesnost nudi optimističniji, lakši, pozitivniji pogled na svijet. Navedene intervencije šalju poruku kako je moguće živjeti drugačije. Neovisno o životnim uvjetima u kojima je osoba odrasla, neovisno o tome s čime se do sada suočavala ili se u datom trenutku suočava, one joj osvještavaju mogućnost da od datog trenutka izabere bolje za sebe te da živi drugačije, pa i sretnije. Jačaju njezinu osobnu snagu, upozoravajući ju da, neovisno o tome što se događa oko nje, je ona ta koja odlučuje o svom odgovoru na situaciju. Tako joj one pomažu da neuroplastičnu sposobnost svog mozga iskoristi na najbolji mogući način, odnosno za kultiviranje ljepše i lakše, sadašnjosti i budućnosti. Navedeno može biti izuzetno važno u kontekstu rada s korisnicima koji su proživjeli teške životne situacije, ali i onima, kojima manjka osjećaja osobne odgovornosti za vlastite postupke.

Sama paradigma usredotočene svjesnosti sa sobom nosi ideju prihvaćanja tijeka i prirode života, kao nečeg nepredvidljivog, nerijetko bolnog i teško shvativog. Tako daje snagu, svrhu, smisao i perspektivu onima kojima je najteže. Daje im mogućnost da prigrle sami sebe, neovisno o tome s čim se suočavaju, nose i bore. To se odnosi i na prihvaćanje svojih specifičnosti i oštećenja. Ove praksa tako nudi potpuno drugačiju perspektivu, jer apelirajući na prihvaćanje i ljubav, šalje osobi poruku da je dobra takva kakva jest. U kontekstu korisnika socijalnopedagoških usluga, nerijetko se radi o poruci koju im možda nitko do datog trenutka nije dao. Praksa usredotočene svjesnosti otvara vrata prihvaćanju svega što se desilo, kako bi moglo doći do otpuštanja. Upravo to daje mogućnost oslobađanja osobe, od svega onoga što je ranije potisnula pa ju je tištilo i gušilo ili se manifestiralo u okviru zdravstvenog ili ponašajnog problema. Osim toga, ova praksa potiče hrabar odnos osobe prema njezinoj budućnosti, uz kultiviranje stava prihvaćanja i suosjećanja prema onome što se dogodilo u prošlosti. U vezi s time, prakticiranje ove meditacije dugoročno zasigurno može pomoći u eliminaciji neugodnih emocija. Prihvaćanje i dobroga i lošega, bez tendencije da se potonje izbjegava, donosi jednu vrstu olakšanja. U trenutku kada se prestanemo bojati neugode i straha, ne preostaje nam mnogo toga čega bi se mogli bojati. Osim toga, primjena ovih tehnika pruža mogućnost za smanjenje napetosti i relaksaciju.

Djelovanjem na emocionalne probleme koji mogu biti u pozadini i učenjem osobe da prihvati sve što joj se u životu događa, umjesto da istoga bježi, u jednoj mjeri djelujemo i u smjeru prevencije brojnih socijalnopatoloških ponašanja, koje u tom kontekstu osobama pružaju privremeni odmak i mogućnost bijega od problema. Tehnike usredotočene svjesnosti navode osobu da stane, promisli i tek onda učini, što smanjuje vjerojatnost javljanja reaktivnog djelovanja, a povećava vjerojatnost adaptivnog ponašanja, koje je osobito važno u socijalnopedagoškom kontekstu. Reaktivno djelovanje može se očitovati u bilo kakvom (samo)destruktivnom, ovisničkom pa čak i kriminalnom ponašanju. Reaktivno ponašanje produbljuje i širi prirodu problema, a zbog njega pate i osobe u pojedinačnoj okolini. Zbog činjenice da smo društvena bića, svakom našom akcijom dotaknuti su oni značajni, ali i oni malo manje značajni drugi. U tom kontekstu, osim intrapersonalne, usredotočena svjesnost jača interpersonalnu inteligenciju. Povećana razina svjesnosti, dobrohotnost i suosjećanje, ogledaju se i pozitivno utječu na odnose osobe s drugim ljudima. Jaki odnosi, znače i jak zaštitni čimbenik pa tako ove tehnike jačaju osobu na svim razinama. Osim toga, učenje djece i mladih navedenim tehnikama može doprinijeti mirnijoj situaciji i boljim odnosima u školi ili domu za odgoj, a kultivacija navedenih kvaliteta zasigurno dovodi i do smanjenja kriminalnih tendencija.

Za socijalne pedagoge, usredotočena svjesnost može biti važna kao način pristupa korisnicima. Usredotočeno svjestan stručnjak, svjestan je svojih procesa i pratećih reakcija te fokusiran na sadašnji trenutak. Slušanje sa usredotočenom svjesnošću omogućava mu da uistinu čuje i razumije osobu s kojom razgovara. Osim toga, kultivacijom kvaliteta usredotočene svjesnosti, stručnjak postaje dobrohotan i neosuđujuć, što nudi potencijal za ostvarenje dobrog odnosa s korisnikom. Znamo da je dobar odnos onaj ključan kotačić promjene. Kvalitetan odnos, uz pružanje pozitivnog primjera korisniku, mogu biti ključni pokretači motivacijskog procesa promjene. Nadalje, takav socijalni pedagog ima drugačiji pristup, on je klijentu zanimljiv. Možda je u klijentovom životu on prva osoba koja nudi takve kvalitete, a to može biti jak zaštitni čimbenik i dobar poticaj na transformaciju ponašanja. Osim toga, socijalni pedagozi, kao i drugi stručnjaci pomagačkih struka, zbog prirode svoga posla, često su izloženi stresnim situacijama te su, samim time, i pod većim rizikom od sagorijevanja na poslu. Primjena tehnika usredotočene svjesnosti može im pomoći da dublje razumiju sebe i da se bolje nose sa stresom. Samo pomagač koji vodi računa o osobnom zadovoljstvu, razini stresa i, u konačnici, o svome mentalnom zdravlju, može na najbolji mogući način pomoći drugome.

Osim toga, tehnike usredotočene svjesnosti su lako primjenjive i razumljive gotovo svima. Većina ih ne zahtjeva mnogo vremena. Usredotočenost i svjesnost osoba može vježbati dok radi bilo što pa se ove tehnike mogu provoditi bilo gdje i bilo kada. Osim toga, treninzi bazirani na usredotočenoj svjesnosti mogu se istovremeno pružiti velikom broju ljudi, što ih čini vremenski i financijski isplativima. Iako su ove tehnike primarno razvijene za provedbu u grupama, korisnike se s istima može upoznati i individualno. Osim toga, uz određenu prilagodbu, ove tehnike se mogu primjeniti u radu s različitim korisnicima.

Detektirane su određene prepreke primjene ovih tehnika.

Biti usredotočen i svjestan u trenucima koji su praćeni negativnim mislima i neugodnim emocijama i senzacijama, zasigurno nije lako, a može biti i preplavljujuće. Osvještavati i prorađivati nešto što je do datog trenutka bilo potiskivano i više je nego emocionalno zahtjevno. U tom kontekstu, treba paziti na osobnu spremnost osobe, kao i njezinu snagu i kapacitet da se u nekom trenutku uključi u taj proces te osigurati izuzetno sigurne i podržavajuće uvjete u kojima do promjene može doći. Od sjedenja s tugom, anksioznošću i neugodnim tjelesnim senzacijama, može biti još teže na navedeno odgovoriti suosjećanjem, umjesto krivnjom i ljutnjom ili reaktivnim bijegom. Nije lak posao razviti kvalitete koje predstavljaju potpuni obrat u odnosu na dosadašnji sklop mišljenja i ponašanja. Premda se radi o praksi koja nije nužno laka, isto zasigurno nudi novu i pozitivniju perspektivu te novu dimenziju slobode. Ipak, stručnjak treba zadržati određenu razinu opreza kod upoznavanja korisnika s navedenim tehnikama.

Za postizanje benefita ove prakse potrebni su dosljednost, strpljivost i vrijeme. Premda tehnike usredotočene svjesnosti nude rješenje, one traže predanost, rad i disciplinu. Nedosljednost tako predstavlja još jednu prepreku implementacije ovih tehnika. To ih čini osobito teškima osobama s problemima u ponašanju, bilo da se radi o onima koji teže trenutnoj gratifikaciji ili onima koji svojoj patnji žele brži lijek. U tom kontekstu, ove tehnike nije loše kombinirati s drugim (terapijskim) pristupima.

Nadalje, radi se o pristupu koji jednostavno ne odgovara svima. Osim toga, ove tehnike zbog svojih specifičnosti i porijekla kod nekih korisnika mogu izazvati određenu razinu otpora, a u tom se kontekstu čini nužnim osobi pokušati osvijestiti dobrobiti ovih tehnika, povećati njezino znanje o istima te ju upoznati s racionalom njihova korištenja. Osobu treba postepeno upoznavati s tehnikama, razgovarati s njom o mislima koje ju sprječavaju da krene s vježbom ili teškoćama koje joj se javljaju za vrijeme prakticiranja ovih

tehnika. Osim toga, otvorenom treba ostaviti mogućnost odustanka osobe, u bilo kojem trenutku. Bilo kakav oblik prisile bio bi kontraproduktivan za odnos između terapeuta/socijalnog pedagoga i korisnika, kao i sam proces promjene.

Također, može se reći da će oni kojima su ove tehnike najpotrebnije (primjerice, zbog poteškoća ovladavanja vlastitim mislima i emocijama), u najvećem riziku da će od prakticiranja istih odustati jer će ih smatrati preteškima. Tako se može dogoditi da oni kojima je to najpotrebnije, budu najmanje motivirani za vježbu i da najlakše odustanu. Taj paradoks osobito je vidljiv kada su u pitanju osobe koje su akutno depresivne i/ili anksiozne. Zbog teškoća s pažnjom i koncentracijom te velikog broja misli, meditacija se u datim uvjetima može činiti teško primjenjivom, iako se njome razvija upravo ono što tim osobama nedostaje.

Bez obzira na detektirane izazove i potencijalne prepreke primjene tehnika usredotočene svjesnosti, čini se kako bi implementacija istih mogla biti značajna u pogledu prevencije, rane intervencije, ali i tretmana problema u ponašanju te kako bi korisnici socijalnopedagoških usluga, zbog svojih obilježja, od primjene istih mogli višestruko profitirati.

16. Zaključak

Etiološki i fenomenološki podaci o problemima mentalnog zdravlja, upućuju na njihovu ozbiljnost i značaj. Ovi problemi izazivaju veliku razinu osobne patnje, a povezani su s brojnim, ozbiljnim posljedicama, kao što su bolesti ovisnosti, somatske bolesti, smrt i suicid. Osim toga, problemi ove prirode, vodeći su razlog radne nesposobnosti osoba radno sposobne dobi. Oni onemogućavaju osobe da doprinose društvu u kojem žive. I ne samo to, oni ih onemogućavaju da ispune svoj puni potencijal, da žive sretnim životom i da se samoaktualiziraju, u svakom smislu te riječi. Osim oboljelog pojedinca, ovi problemi u nekoj mjeri pogađaju i članove njegove obitelji. Pritom su, ukoliko se radi o mentalno oboljelom roditelju, najviše ugrožena djeca, koja odrastaju u disfunkcionalnoj okolini, što ih stavlja u povećan rizik za javljanje brojnih emocionalnih i ponašajnih problema u budućnosti. Ovi problemi svoje implikacije imaju i u širem kontekstu, obzirom da globalnu ekonomiju godišnje koštaju preko milijardu američkih dolara. Postojeći oblici intervencija na ove probleme uglavnom pate od nekih detektiranih nedostataka. Osim osipavanja klijenata uslijed nekog tretmana, često dolazi i do relapsa, a neke bolesti tako postaju kronične. Osim toga, postoje i pojedinci koji visoko vrednuju duhovne aspekte, a istima pristupi fokusirani na umanjivanje simptomatologije, možda nisu dostatna pomoć.

Terapije usredotočene svjesnosti u tom kontekstu mogu poslužiti kao rješenje. MBSR i MBKT su grupne, osmotjedne intervencije temeljene na usredotočenoj svjesnosti, koje su bazirane na transdijagnostičkom modelu, a sve više koriste u prevenciji i tretmanu različitih problema internaliziranog spektra. Iste imaju brojne pozitivne implikacije: smanjuju razinu stresa, povećavaju usredotočenu svjesnost, djeluju na regije u mozgu povezane s pažnjom i pamćenjem, razvijaju suosjećanje i dobrohotnost, djeluju na mentalne obrasce povezane s održavanjem stresa i problema (kao što su briga i ruminacija) te smanjuju reaktivno djelovanje. Iako su relativno nove, učinkovitost ovih intervencija, za sada je, većim i manjim brojem studija, dokazana kada su u pitanju depresivni i anksiozni poremećaji, PTSP, poremećaji sa somatskim simptomima i poremećaji hranjenja. Ipak, treba naglasiti kako rezultati postojećih znanstvenih studija nisu jednoznačni kada su u pitanju bipolarni poremećaj i akutno prisutni anksiozni poremećaji pa su zasigurno potrebna daljnja istraživanja radi utvrđivanja učinkovitosti intervencija utemeljenih na usredotočenoj svjesnosti kada su u pitanju problemi ove prirode. Premda intervencije ovakvog tipa i u našoj zemlji dobivaju sve više pozornosti, na ovim su područjima iste još uvijek češće iznimka, nego pravilo.

Zaključno, problemi u ponašanju zahtjevaju adekvatnu reakciju. Isti nisu samo problem pojedinca, oni su problem cijelog društva. Iz tog razloga, ima smisla tragati za drugim opcijama. Ima smisla ponuditi nešto drugačije. Svaki početak je težak i naravno da sa sobom povlači određenu razinu otpora prema promjenama, ali, vodeći računa o potrebama korisnika, ima smisla implementirati nešto, što je, premda nama novo, u inozemstvu već široko primjenjivo. Neovisno o njihovom porijeklu, terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti pokazale su se kao djelotvorne. Iste imaju jake argumente svoje primjene. Brojne studije, na čelu s meta analizama, dokazale su da terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti zaista funkcioniraju. Pokazale su nam da njihovom primjenom možemo utjecati na pad simptomatologije i poboljšavanje kvalitete života velikog broja pojedinaca, čija je svakodnevnica obilježena patnjom. Povećanjem broja istraživanja i širom implementacijom ovakvih intervencija u prevenciji i tretmanu, možda radimo veliki korak u smanjenju prevalencije problema internaliziranog spektra, a svijet činimo boljim i lakšim mjestom za život.

Popis literature

1. Albers, S. (2008). *Eat, Drink and Be Mindful*. Oakland: New Harbinger.
2. Albers, S. (2010). Using Mindful Eating to Treat Food Restriction: A Case Study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 19 (1). 97- 107.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
4. Baer, R.A., Fischer, S. i Huss, D.B. (2005). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Applied to Binge Eating: A Case Study. *Cognitive and behavioral practice*. 12 (3), 351- 358.
5. Barbarić, D. I Markanović, D. Učinci 8-tjednog tečaja mindfulnessa na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu –preliminarni nalazi. *Socijalna psihijatrija*. 43 (4), 199-208.
6. Bio Med Central, <<https://old.biomedcentral.com/presscenter/pressreleases/20110722>>, Pristupljeno 7. srpnja, 2017. godine.
7. Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson N.D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. I Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology*. 3(11), 230-241.
8. Bisson, J.I. (2007). Posttraumatic Stress Disorder. *Occupational Medicine*. 57 (6), 399-403
9. Boccio, F. J. (2004). *Mindfulness yoga: The awakened union of breath, body, and mind*. Boston: Wisdom.
10. Boričević Maršanić, V., Paradžik, Lj., Zečević, I. i Karapetrić- Bolfan, Lj. (2015). Usredotočena svjesnost- Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*. 43 (2015), 142 – 150.

11. Brown, K.W. i 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.
12. Centar za kliničku psihologiju, <<http://www.klinicka-psihologija.hr/1.html>>, Pristupljeno 14. srpnja 2017. godine.
13. Centar za poremećaje hranjenja Bea (2014). *Poremećaji hranjenja, vodič za otkrivanje, razumjevanje i traženje pomoći*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
14. Chadwick, P., Kaur, H., Swelam, M., Ross, S. i Ellett, L. (2011). Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: A qualitative study. *Psychotherapy Research*. 21(3), 277- 285.
15. Chisea, A. i Seretti, A. (2011) Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 187 (3), 441-453.
16. Coffey, K.A. i Hartman, M. (2008). Mechanisms of Action in the Inverse Relationship Between Mindfulness and Psychological Distress. *Journal of Evidence- Based Complementary & Alternative Medicine*. 13 (2), 79- 91.
17. Corstophine, E. (2006). Cognitive—emotional—behavioral therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*. 14 (6), 448- 461.
18. Craighead, E.W., Miklowitz, D.J. i Craighead, L.W. *Psychopathology: History, Diagnosis and Empirical Foundations*. Hoboken: Wiley.
19. Crane, R.S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat Zinn, J., Santorelli, S., Williams, M.G. i Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness- based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*. 47 (6), 1-10.
20. Davis, D.M. i Hayes, J.A. (2011) What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*. 48 (2), 198-208.
21. Deckersbach, T., Hölzel, B.K., Eisner, L.R., Stange, J.P., Peckham, A.D., Dougherty, D.D., Rauch, S.L., Lazar, S. i Nierenberg, A.A. (2012). Mindfulness-Based Cognitive

- Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 18 (2), 133–141.
22. Dick, A.M., Niels, B.L., Street, A.E., Di Martino, D.M., Mitchell, K.S. (2014). *Journal of Clinical Psychology*. 70 (12), 1170- 1182.
 23. Dobson, K. i Dozois, D. (2008), D. *Risk factors in Depression*. Massachusetts: Academic Press.
 24. Douglass, L. (2009). Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: does it help?. *Eating Disorders*. 17(2), 126—39.
 25. EMCDDA (2016). *Comorbidity of Substance Use and Mental Health Disorders in Europe*, < http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en>, Pristupljeno 11. srpnja 2007. godine.
 26. Filaković, P. i Mandić, N. (2003). Socijalni anksiozni poremećaj. Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja. U: Hotujac, Lj. *Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite*. 49-57. Zagreb: Hrvatska consensus grupa za depresiju i anksiozne poremećaje.
 27. Frewen, P.A., Evans, E.M., Maraj, N., D.J.A., Dozois i Patridge, K. (2007). Letting go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking. *Cognitive Therapy and Research*. 32 (6), 758- 774.
 28. Gaiswinkler, L i Unterrainer, H. F. (2016). The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complementary Therapies in Medicine*. 26 (1), 123-127.
 29. Germer, C.K. (2004). What is Mindfulness?. *Insight Journal*. 22 (2), 24-29.
 30. Germer, C.K. , Siegel, R.D. i Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
 31. Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*. 21 (2013) , 430—439.

32. Goleman D.J., Schwartz G.E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44(3), 456-66.
33. Grossman, P., Nieman, L., Schmidt, S., Walach, H. Mindfulness based stress reduction and health benefits: A meta analysis. *Journal of Psychosomatics Research*. 57 (1), 35-43
34. Gunaratana, H.B. (2011). *Mindfulness in Plain English*. Boston: Visdom Publications.
35. Hale, L., Strauss, C. i Taylor, B.L. (2013). The Effectiveness and Acceptability of Mindfulness-Based Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Review of the Literature. *Mindfulness*. 4 (4), 375- 382.
36. Hanstede, M., Gidron, Y., & Nyklícek, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196 (10), 776–779.
37. Hershfield, J., Corboy, T. (2013). *The Mindfulness Based Workbook for OCD*. Oakland: New Harbinger Publications.
38. Hertenstein, E. Rose, N., Voderholzer,U. Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. i Külz, A.K. .(2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients’ experiences. *BMC Psychiatry*. 12 (185), 1-10.
39. Hoffman., S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. i Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta- Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78 (2), 169- 183.
40. Hölzel B.K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. I Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators *Neuroscience Letters*. 421(1),16-21.
41. Hölzel, B.K. Carmody J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard T. I Lazar SW. (2011) Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*. 191(1), 36-43.
42. Horstman, J. (2010). *The scientific American Brave New Brain*. San Francisco: Josey-Bass.

43. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2010). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: Deseta revizija*. Zagreb: Medicinska naklada.
44. Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2011). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.
45. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, <<https://www.hzjz.hr/novosti/depresija/>>, Pristupljeno 10. srpnja 2017. godine.
46. Hubbling, A., Reilly Spong, M. Kreitzer, M.J., Gross, C.R. (2014). How mindfulness changed my sleep: focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 14 (50), 1-11.
47. Jain, S., Shapiro, S.L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.J., Bell, I. i Schwartz, G.E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*. 33(1), 11-21.
48. Kabat Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacorte.
49. Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology*. 10 (2), 144-156.
50. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. (1989). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *The Journal of Behavioral Medicine*. 8 (2), 193- 190.
51. Kalisvaart H, Broeckhuysen S, Bühring M, Kool MB, Dulmen S i Geenen R. (2012) Definition and structure of body-relatedness from the perspective of patients with severe somatoform disorder and their therapists. *Plos One*. 7 (8), 1–6.
52. Katterman, S.N., Kleinman, B.N., Hood, M.M., Nackers, L.M, Corsica, J.A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*. 15 (2014), 197- 204.
53. Kearney, D.J., McDermott , K., Malte, C., Martinez, M., Simpson, T.L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD,

- depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*. 68 (1), 101–116.
54. Kearney, D.J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M. i Simpson, T.L. (2013). Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychology*. 69(1), 14–27.
55. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, V.A., Paquine, K., Hofman, S.G. (2015). Mindfulness- based therapy: A comprehensive meta analysis. *Clinical Psychology Review*. 33 (2013), 763- 771.
56. Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg , P., Chesney, M., i Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*. 66 (1), 17-33.
57. King, A.P., Erickson, T.M., Giardino, N.D., Favorite, T., Rauch, S., Robinson, E., Kulkarni, M. i Liberzon, I. (2013). A Pilot Study of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*. 30 (7), 638- 645.
58. Kostanski, M. i Hased, C. (2008), Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*. 43(1), 1-73.
59. Kozarić- Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L.(2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*.6 (1), 102-106.
60. Kristellar, J.L. i Wolever, R.Q. (2013). Mindfulness- Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 19 (1), 49- 61.
61. Kristellar, J.L., Wolever, R.Q. i Sheets, V. (2013). Mindfulness- Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*. 5 (3), 282- 297.
62. Külz, A.K., Landmann,S., Cludius, B, Hottenrott, B. Rose, N., Heidenreich, T., Hertenstein, E., Voderholzer, U i Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive

- therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 14 (314), 1-9.
63. Lakan, S.E., Schofield, K.L.. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *Plos One* 8(8), <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>>, Pristupljeno 9. rujna, 2017. godine.
64. Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. New York: Perseus Books.
65. Lazanski, S. (2015). *Usredotočena svjesnost i samosuosjećanje kao prediktori zdravlja i uznemirenosti*. Diplomski rad. Zagreb: Hrvatski studiji, Sveučilište u Zagrebu.
66. Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore C.I. i Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 16(17), 1893-1897.
67. Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
68. Lind, A.B., Delmar, C. i Nielsen, K. (2014). Searching for existential security: A prospective qualitative study on the influence of mindfulness therapy on experienced stress and coping strategies among patients with somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* .77 (6), 516–521.
69. Lovas, D.A. i Barsky, A.J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 24 (2010), 931–935.
70. Mamić, S. (2016). *Neki korelati anksioznosti i depresivnosti kod studenata*. Diplomski rad. Zadar: Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru.
71. Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. U *W.R. Miller Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. 67-84. Washington, DC. American Psychological Association Press.

72. Marzabadi, E.A., Zadeh, S.M.H. (2014). The Effectiveness of Mindfulness Training in Improving the Quality of Life of the War Victims with Post Traumatic stress disorder (PTSD). *Iran Journal of Psychiatry*. 9 (4), 228- 236.
73. Moizer, H.I., Sawicka, A., Dendle, J. i Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability*. 59 (2), 93- 104.
74. Mortensen, P.B., Pedersen, C.B, Melbye , M., Mors, O. i, Ewald, H. (2003). Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. *Archives of General Psychiatry*. 60 (12), 1209-1215.
75. Murray, G, Leitan, N.D., Berk , M., Thomas, N. , Michalak, E., Berk, L., Johnson, S.L., Jones, s., Perich, T., Allen, N.B., Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of Affective Disorders*. 178 (1), 46- 51.
76. National Institute of Mental Health, Anxiety, <<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms/index.shtml>>, Pristupljeno 15. srpnja 2017. godine.
77. National Institute of Mental Health, Depression, <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>>, Pristupljeno 12. srpnja 2017. godine.
78. National Institute of Mental Health, Prevalence, <<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>>, Pristupljeno 9. srpnja 2017. godine.
79. Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*. 15 (3), 473-498.
80. Patel, S. R., Carmody, J. i Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for treatment of obsessivecompulsive disorder: a case report. *Cognitive and Behavioural Practice*. 14 (2007), 375–380.

81. Pearson, A., Heffner, M. i Follette, V. i Hayes, S. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction*. Oakland: New Harbinger Publications.
82. Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B. i Ball, J.R. (2012) Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Bipolar Disorder: Potential Mechanisms and Effects. *Mindfulness*. 5 (2), 186- 191.
83. Piet, J. i Hougaard., E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 31 (2011), 1032- 1040.
84. Positive Psychology Program, <<https://positivepsychologyprogram.com/history-of-mindfulness/>> , Pristupljeno 14. lipnja 2017. godine.
85. Prolux, K. (2007). Experiences of Women with Bulimia Nervosa in a Mindfulness-Based Eating Disorder Treatment Group. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 16 (1), 52- 72.
86. Raes, F. i Williams, M.G. (2010). The Relationship between Mindfulness and Uncontrollability of Ruminative Thinking. *Mindfulness*.1(4), 199- 203.
87. Ravesteijn, H., Lucassen , P., Bor, H., van Weel, C., Speckens, A. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychoterapy and Psychosomatics*. 82 (5), 299- 310.
88. Ravesteijn, H., Grutters, J., Hartman, T., Lucassen, P. Bor, H., , van Weel, C., van der Wilt, G.J., Speckens, A. (2013) . Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: A cost-effectiveness study. *Journal of Psychosomatic Research*. 74 (2013), 197–205.
89. SAMSHA. (2016). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*, <<http://www.samhsa.gov/data/>>, Pristupljeno 10. srpnja 2007. godine.
90. Santorelli, S. (2000). *Heal Thy Self*. New York: Harmony.

91. Segal, Z.V., Williams, M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach in Preventing Relapse*. New York: Guilford Publications.
92. Siegel, D.J. (2007). Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well being. *Journal of Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 2(4), 259-263.
93. Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. i Adkins, A. D. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*. 3 (4), 275–287.
94. Smith, JM. i Alloy, L.B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology Review*. 29 (2), 116-128.
95. Stahl, B. i Goldstein, E. (2010). *A Mindfulness- Based Stress Reduction Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
96. Stange, J.P., Eisner, L.R., Hölzel, B.K., Peckham, A.D Dougherty, D.D., Rauch, L.S., Nierenberg, A.A., Lazar, S. i Deckersbach, T. (2011) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal of Psychiatric Practice*. 18 (2), 133- 141.
97. Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver , A., i Pettman, D. (2014). Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Plos One*. 9 (4), 1-13.
98. Talić, L. (2013). *Povezanost odnosa s roditeljima, samopoimanja i simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
99. Teasdale, J.D., Segal, Z., Williams, M.J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and Therapy*. 33(1), 25-39.

100. Telch, C.F., Agras, W.S. i Linehan, MM.(2002). Dialectal bihevioral therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (6), 1061- 1065.
101. The Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (2014). *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): Standards of Practice*. Massachusetts: University of Massachusetts Medical School.
102. The mindfulness and MBSR programs of Tucson, <<http://mbsrprogram.org/>>, Pristupljeno 15. lipnja 2017. godine.
103. Thompson, R.W., Arnkoff, D.B. i Glass, C.R. (2011). Conceptualizing Mindfulness and Acceptance as Components of Psychological Resilience to Trauma. *Trauma, Violence and Abuse*. 12 (2011), 220- 235.
104. Ujdenica, L. (2016). *Meditativna praksa i mogućnost primjene u prevenciji i tretmanu problema u ponašanju*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
105. Van der Velden, A.M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K.J., Dahlgaard, J., Fjorback, L.O. i Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*.37 (2015), 26- 39.
106. Vidović, B. (2016). Logoterapijski pristup depresiji. *Crkva u svijetu*. 51 (1), 78-97.
107. Vollestad, J., Nielsen, M.B. i Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness and acceptance- based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 51 (3), 239- 260.
108. Vulić Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: Fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*.9 (2), 171- 193.
109. Wanden Berghe, R.G., Sanz Valero, J. i Wanden Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eating Disorders*. 19 (1), 34- 48.

110. Weber, B., Jermann, F., Gex Fabry, M., Nallet, A., Boundolfi, G., Aubry, J.M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry Journal*. 25 (6), 334- 337.
111. Welch, C.A., Czerwinski, D., Ghimire, B. i Bertsimas, D. (2009). Depression and costs of health care. *Psychosomatics*. 50 (4), 392-401.
112. Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K., & Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessiveintrusive thoughts: a case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 17 (3) , 250–268.
113. Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S. i Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*. 107 (3), 275- 279.
114. Wilson, J. (2014). *Mindful America: The Mutual Transformation of Buddhist Meditation and American Culture*. Oxford: Oxford University Press.
115. World Federtion for Mental Health (2014). *Depression: A Global Crisis*. Occoquan: World Federation for Mental Health.
116. World Health Organisation (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxenbourg: World Health Organisation.
117. World Health Organisation Data and Statistics, <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>>, Pristupljeno 9. srpnja 2017. godine.
118. Xie, J.F., Zhou, J.D., Gong, L.N. Iennaco, J.D. i Ding, S.Q. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review. *International journal of nursing sciences*. 1 (2014), 232- 239.
119. Yorston, G.A. (2001). Mania precipitated by meditation: A case report and literature review. *Mental Health, Religion and Culture*. 4 (2), 209- 213.
120. Yousefi, N. i Heris, V.M. (2016). The Effectiveness of Group Mindfulness Training on the Quality of Life among Patients with PTSD Caused by the War in the

East Azerbaijan Province. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*. 7 (4), 845- 853.