

Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja

*Miha Černetič**
Vrtec Tezno, Maribor

Povzetek: Čuječnost je konstrukt, ki je čedalje pogosteje predmet raziskav v klinični in zdravstveni psihologiji. Opredeliti ga je mogoče kot nepresojajoče, sprejemajoče zavedanje dogajanja v sedanjem trenutku. Čuječnostne intervence so izkazale obetavne rezultate na širokem spektru kliničnih in nekliničnih problemov, od stresa, različnih psihiatričnih motenj do telesnih simptomov. Učinek čuječnosti izhaja predvsem iz treh glavnih mehanizmov delovanja: sprejemanja, decentrirane perspektive in samoregulacije. Pri prakticiranju čuječnosti posameznik opazuje svoje misli, čustva ter druge kognitivne, emocionalne in telesne pojave s položaja nepristranskega opazovalca, brez poskusov, da bi jih spremenil ali se jim izognil. Kljub metodološkim pomanjkljivostim v dosedanjih raziskavah ter številnim odprtim vprašanjem obstoječe ugotovitve močno podpirajo nadaljnje proučevanje čuječnosti.

Ključne besede: čuječnost, meditacija, pozornost, zavedanje, stres

Being here and now: Mindfulness, its applicability, and mechanisms of action

*Miha Černetič**
Kindergarten Tezno, Maribor, Slovenia

Abstract: The construct of mindfulness is being investigated with increasing frequency in clinical and health psychology. It can be defined as non-judgemental, accepting awareness of what is going on in present moment. Mindfulness interventions have shown promising results across a wide spectrum of clinical and nonclinical problems, from stress, various psychiatric disorders to physical symptoms. Effects of mindfulness stem mainly from three core mechanisms of action: acceptance, decentred perspective, and self-regulation. When practicing mindfulness, an individual is observing his or her thoughts, feelings, and other cognitive, emotional and physical phenomena from the stance of impartial observer, without trying to change or avoid them. Although current research contains methodological flaws and there are many questions yet to be answered, present findings strongly support further research on mindfulness.

Key words: mindfulness, meditation, attention, awareness, stress

CC = 3310

*Naslov / address: Miha Černetič, univ. dipl. psih., Vrtec Tezno, Dogoška cesta 20, 2000 Maribor, Slovenija, e-mail: miha.cernetic@volja.net

Čuječnost (ang. *mindfulness*, nem. *Achtsamkeit*) je konstrukt, ki si je v zadnjem desetletju in pol utrl pot iz budistične psihologije na osrednje polje zanimanja v klinični in zdravstveni psihologiji. Do pred nedavnim konceptu še niso prisojali mesta znotraj meja znanosti (Hayes in Feldman, 2004), zlasti v zadnjih nekaj letih pa je raziskovanje čuječnosti zelo naraslo in utrdilo temelje znanstveni obravnavi tematike, najprej z ugotavljanjem aplikativne vrednosti konstrukta in nato še z razjasnjevanjem njegove strukture. Skoraj polovica vse literature na temo čuječnosti, ki je vključena v bibliografsko bazo PsycINFO, je izšla v zadnjih treh letih (od leta 2002). Vendar pa je že pred tremi desetletji izšel članek o klinični uporabi čuječnostne meditacije v psihoterapiji (Deatherage, 1975). V pričujočem prispevku je podan pregled novejšje literature o čuječnosti, in sicer z vidikov opredelitve koncepta, njegovih značilnosti, uporabne vrednosti in mehanizmov delovanja ter problemov in odprtih vprašanj, ki nakazujejo potrebne smeri nadaljnjih raziskav.

Opredelitev čuječnosti

Kabat-Zinn (1990) opredeljuje čuječnost kot nepresojajoče zavedanje tega, kar se dogaja v sedanjem trenutku. Takšno zavedanje lahko vključuje tako notranje (npr. misli, čustva) kot zunanje dogajanje (npr. zvoki in druge zaznavne kvalitete). Avtor navaja, da koncept izhaja iz budistične tradicije, vendar naj bi bilo možno čuječnost prakticirati neodvisno od njenega budističnega izvora, saj gre za univerzalen fenomen. Kapaciteta za čuječnost naj bi bila splošna, inherentna zmožnost človeškega organizma (Kabat-Zinn, 1990; Brown in Ryan, 2003, 2004). Čuječnost v svojem bistvu predstavlja specifičen način usmerjanja pozornosti in ima številne ugodne učinke na zdravje in blagostanje (Kabat-Zinn, 1990). Korenine čuječnosti pa ne segajo le na Vzhod, temveč jih najdemo tudi v zahodnem izročilu, v krščanski kontemplativni tradiciji (Dimidjian in Linehan, 2003) in zahodni filozofiji (Schwartz, Gulliford, Stier in Thienemann, v tisku). Razsvetljenski filozof Adam Smith (1759/1982) je pisal o konceptu nepristranskega opazovalca, ki posamezniku omogoča, da opazuje svoje misli, čustva in vedenje kot nevpleteni, zunanji opazovalec.

Čuječnost lahko pojmujeemo kot spretnost, ki jo je možno razviti s prakso (Bishop in dr., 2004). Za razvoj čuječnosti se običajno uporablja določena vrsta meditacije, ki jo Miller, Fletcher in Kabat-Zinn (1995) opredeljujejo kot prizadevanje za namerno usmerjanje pozornosti, na nepresojajoč način, na doživljanje v sedanjem trenutku ter vzdrževanje te pozornosti v času. Cilj je kultiviranje stabilnega in nereaktivnega zavedanja sedanjega trenutka, kar se običajno doseže z redno dnevno disciplino, ki vključuje tako formalno kot neformalno prakso čuječnosti. Vendar pa čuječnost ni zgolj tehnika, ki jo po potrebi uporabimo, večji učinek ima, če postane splošen način posameznikovega delovanja oz. način življenja (Brantley, 2003). Kabat-Zinn (1990) meni, da je pri prakticiranju čuječnosti bistvenega pomena tudi notranja naravnost, in navaja sedem elementov tovrstne naravnosti: nepresojanje, potrpljenje, »začetniški

um« (ang. beginner's mind oz. doživljanje, ki ni obremenjeno z našimi pričakovanji in predhodnimi izkušnjami, dojemanje stvari, kot bi se z njimi srečali prvič), zaupanje, neprizadevanje, sprejemanje in nenavezanost (ang. non-attachment oz. letting go).

Za angleško besedo mindfulness se je pri nas, zlasti v kontekstu budističnega izročila, uveljavil prevod čuječnost (prim. npr. Bennett-Goleman, 2004; Pass, 2002), zato ta izraz uporabljam tudi v pričujočem prispevku. Veliki angleško-slovenski slovar (Grad, Škerlj in Vitorovič, 2000) izraz prevaja kot pozornost, obzirnost in previdnost. Prevod čuječnost ustreza tudi angleškemu izrazu watchfulness, ki ga je možno zaslediti kot sopomenko izrazu mindfulness (prim. Deatherage, 1975). Potrebno pa je pripomniti, da prevod vsebinsko morda ni najustrenejši, zato ga uporabljam zgolj kot delovno, začasno poimenovanje, dokler ne bo na voljo ustrenejši izraz. Slovenska beseda čuječnost (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1995) ima dva pomena, in sicer (1) pazljivost, skrbnost in opreznost ter (2) budnost (v smislu odsotnosti spanja). Konstrukt mindfulness se le v manjši meri pokriva z enim ali drugim pomenom. Epstein (2003a) ga med drugim opredeljuje kot neanksiozno prezenco, kar je celo v nasprotju z napetostjo, ki jo povzročata pazljivost in opreznost. S tega vidika bi bil bolj ustrezen prevod zavedanje, ki po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1995) med drugim pomeni: nahajanje v duševnem stanju, v katerem se neposredno ve za svoje obstajanje in svoja duševna stanja, imeti v zavesti védenje o obstajanju koga ali česa ter imeti v zavesti védenje o čem. Izraz mindfulness se pogosto uporablja sinonimno z izrazom awareness (npr. Kabat-Zinn, 1990; Miller in dr., 1995), ki ga lahko prevedemo kot zavedanje. Vendar ima beseda zavedanje preširok pomen, da bi jo uporabljali kot termin, saj bi se tako pojavil problem prevajanja izraza awareness v primerih, ko ne bi imeli v mislih čuječnosti.

Bishop in sodelavci (2004) so nedavno predlagali model čuječnosti, ki vsebuje dva faktorja: samoregulacijo pozornosti in usmerjenost na doživljanje. Pri prvem faktorju gre za ohranjanje pozornosti na trenutnem doživljanju, kar omogoča povečano prepoznavo mentalnih dogodkov (npr. zaznav, misli in čustev), ki se v posamezniku odvijajo v sedanjem trenutku. Gre za občutek posameznika, da je v danem trenutku popolnoma prisoten in živ. Faktor naj bi bil povezan s kognitivnimi procesi, kot so vzdrževana pozornost, preusmerjanje pozornosti in inhibicija elaborativnega procesiranja. Drugi faktor se nanaša na specifično orientacijo do lastnega doživljanja v danem trenutku. Za to orientacijo so značilni radovednost, odprtost in sprejemanje. Gre za proces odprtega odnosa do lastnega doživljanja, za neelaborativno zavedanje doživljanja v sedanjem trenutku. Posameznik v čuječnosti privzame decentrirano perspektivo do svojih misli in čustev, kar mu omogoča, da le-te doživi kot subjektivne (vs. nujno veljavne) ter prehodne (vs. permanentne). Avtorji predstavljenega modela menijo, da so mnoge druge lastnosti čuječnosti, ki so navedene v literaturi in jih niso vključili v model, dejansko posledica čuječnosti in ne del samega konstrukta. Primeri takšnih kvalitet so potrpežljivost, zaupanje, nereaktivnost, modrost in sočutje. Bishop in sodelavci (2004) tudi poročajo o svoji raziskavi v teku, v kateri s postopki faktorske analize preizkušajo faktorsko strukturo konstrukta. V zvezi s tem so zanimive ugotovitve

Browna in Ryana (2004), ki sta sprva prav tako razvila dvofaktorski model čuječnosti (vseboval je podobna faktorja prezenco in sprejemanje), proučevanje konvergentne, diskriminativne in kriterijske veljavnosti pa je pokazalo, da faktor sprejemanje enofaktorski soluciji ne doda nobene pojasnjevalne moči in je torej redundanten. Po njunem mnenju faktor prisotnosti oz. prezence, tj. zavedanje trenutnega dogajanja, že vsebuje tudi sprejemanje tega dogajanja. Temu, kar se dogaja v sedanjem trenutku, naj bi lahko zares posvečali pozornost samo, če to obenem tudi sprejemamo in ne presojava. Do podobnih rezultatov so prišli Buchheld, Grossman in Walach (2001) na nemško govorečem vzorcu. Tudi njihova raziskava kaže na enodimenzionalnost konstrukta in obstoj splošnega faktorja.

Čuječnost ni samo produkt meditacije (npr. Brown in Ryan, 2003, 2004), potencialno jo je možno razvijati tudi na druge načine, denimo z različnimi oblikami psihoterapije (Brown in Ryan, 2004). Posamezniki v splošni populaciji, ki večinoma nimajo nobenih izkušenj s formalno meditacijo, se razlikujejo v nagnjenosti k čuječnosti (Brown in Ryan, 2003). Čuječnost je možno zanesljivo in veljavno meriti (Brown in Ryan, 2003), za kar je na voljo pet inštrumentov: Freiburški vprašalnik čuječnosti (Freiburg Mindfulness Inventory – FMI oz. Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit – FFA; npr. Buchheld, Grossman in Walach, 2001) v nemški in angleški različici, Lestvica čuječne pozornosti in zavedanja (Mindful Attention Awareness Scale – MAAS; Brown in Ryan, 2003), Torontska lestvica čuječnosti (Toronto Mindfulness Scale – TMS; Bishop in dr., 2004), Kentuckyjski vprašalnik čuječnostnih spretnosti (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – KIMS; Baer, Smith in Allen, 2004, cit. po Cayoun, 2004) ter Kognitivno-afektivna lestvica čuječnosti (Cognitive Affective Mindfulness Scale – CAMS; Hayes in Feldman, 2004). V pripravi sta tudi slovenski priredbi FMI in MAAS.

Omeniti je potrebno še dokaj drugačno pojmovanje čuječnosti, ki se z zgoraj predstavljeno opredelitvijo le delno prekriva in ga srečamo v delih Langerjeve in sodelavcev. Omenjena avtorica (Langer, 2000) čuječnost opredeljuje kot fleksibilno stanje uma, v katerem se aktivno ukvarjamo s sedanjostjo, pri čemer opažamo nove stvari, aktivno ustvarjamo nove distinkcije in smo občutljivi na kontekst. Temu nasprotno (ang. mindlessness) je delovanje, ko se zanašamo na distinkcije in kategorije, ki smo jih ustvarili v preteklosti, smo ujeti v eni sami perspektivi in prezremo alternativne perspektive, našemu vedenju pa vlada rutina. Ko smo čuječni, pravila in rutina sicer lahko usmerjajo naše vedenje, vendar ga ne predeterminirajo oz. vnaprej določajo. Tovrstno pojmovanje čuječnosti je bilo aplicirano na številna področja, med katerimi so izobraževanje (Langer, 1993; Ritchhart in Perkins, 2000), učenje (Langer, 2000), medosebna komunikacija (Burgoon, Berger in Waldron, 2000), predsodki in diskriminacija (Langer, Bashner in Chanowitz, 1985), odklonskost (Frale, Blackstone in Scherbaum, 1990), duševna manjrazvitost (Reiss, 2000), turizem (Moscardo, 1996), trening kirurgov (Cauraugh, Martin in Komer Martin, 1999) in dolgoživost (Alexander, Langer, Newman, Chandler in Davies, 1989). Langerina teorija čuječnosti ne bo predmet tega prispevka.

Značilnosti čuječnosti in mehanizmi delovanja

Brown in Ryan (2003) sta raziskovala povezanost dispozicionalne čuječnosti z drugimi osebnostnimi lastnostmi. Ugotovila sta pozitivne korelacije z odprtostjo za izkušnje po modelu velikih pet, samospoštovanjem, optimizmom, pozitivnim afektom, zadovoljstvom z življenjem, vitalnostjo, samoaktualizacijo ter z avtonomijo in povezanostjo (relatedness). Čuječnost je negativno korelirala s faktorjem nevroticizma po modelu velikih pet, depresivnostjo, anksioznostjo, negativnim afektom, somatizacijo, fizičnimi simptomi (o katerih so udeleženci sami poročali) ter absorpcijo. Poleg tega avtorja menita, da je čuječnost povezana s čustveno inteligentnostjo, opredeljujeta pa tudi povezanost konstrukta z različnimi konstrukti samozavedanja. Ti naj bi se od čuječnosti razlikovali po tem, da se v glavnem nanašajo na reflektivno zavedanje, medtem ko ima čuječnost bolj perceptivni, prerefleksivni značaj.

Čuječnost se odraža tudi na fiziološki ravni. Davidson in sodelavci (2003) so pri osebah, ki so se udeležile programa pomoči s čuječnostjo, po zaključku programa ugotovili levo anteriorno povečanje EEG funkcije, tj. vzorec, ki je povezan s pozitivnim afektom. Za čuječnost oz. povečano zavedanje naj bi bili značilni hitri teta valovi, medtem ko naj bi se povečana internalizirana pozornost odražala v obliki počasnih alfa valov (Takahashi in dr., 2005). Aftanas in Golocheikine (2001) sta ugotovila pozitivno korelacijo med introspektivnimi pokazatelji čuječnosti pri meditaciji in teta valovi. Za čuječnostno meditacijo je značilna tudi povečana raven melatonina, hormona, ki je povezan z različnimi biološkimi funkcijami, pomembnimi za ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni, vključno z rakom (Massion, Teas, Hebert, Wertheimer in Kabat-Zinn, 1995). Newberg in Iversen (2003) v svojem pregledu nevroznanstvenih vidikov meditacije zaključujeta, da neurofiziološki učinki, ki se pojavijo med meditacijo, tvorijo konsistenten vzorec sprememb. Le-te vključujejo določene ključne možganske strukture v povezavi z avtonomnimi in hormonalnimi spremembami. Odražajo se tudi v nevrokemičnih spremembah, ki obsegajo sisteme endogenih opiatov, GABA, norepinefrin in serotonergični sistem.

Kateri so mehanizmi oz. »aktivne učinkovine«, s katerimi na čuječnosti temelječe oblike pomoči dosežejo spremembe? Kot ugotavlja Martin (1997), čuječnost integrira vsebine iz kognitivnih, vedenjskih, izkustvenih in psihodinamskih teorij. Poleg tega cilja na procese, ki so skupni različnim patologijam (Teasdale, Segal in Williams, 2003), s čimer lahko razložimo njeno učinkovitost na širokem spektru različnih motenj in problemov. Baerova (2003) meni, da je temeljni vidik čuječnostnih oblik pomoči nepresojajoča, sprejemajoča drža do notranjega doživljanja. Čuječnostni programi vključujejo sprejemanje misli, čustev, impulzov, bolečine in drugih kognitivnih, emocionalnih in telesnih pojavov brez poskusov, da bi jih spremenili, jim ubežali ali se jim izognili. Poleg sprejemanja omenjena avtorica navaja še izpostavitve (exposure; čuječnost lahko izboljša zmožnost posameznika za toleriranje negativnih emocionalnih stanj), kognitivno spremembo (čuječnost lahko vodi do sprememb v vzorcih mišljenja ali v posameznikovem odnosu do svojih misli), self-management (izboljšano

samoopazovanje, ki je posledica treninga čuječnosti, omogoča uporabo različnih spretnosti za spoprijemanje in prepoznavo zgodnjih znakov problemov) ter relaksacijo. Hayes in Feldman (2004) menita, da čuječnost predstavlja emocionalno ravnotežje, ki vključuje sprejemanje notranjega doživljanja, afektivno jasnost, zmožnost regulacije emocij in razpoloženj, kognitivno fleksibilnost in zdrav pristop k problemom. Čuječnost vpliva tudi na zmanjšanje tuhtajočega mišljenja (ruminacije). V raziskavi, kjer so Ramel, Goldin, Carmona in McQuaid (2004) ugotavljali vpliv čuječnosti na afektivne simptome (depresivnost in anksioznost), disfunkcionalna prepričanja in ruminacijo, se je učinek čuječnosti na tuhtajoče mišljenje ohranil tudi po kontroli vpliva na afektivne simptome in disfunkcionalna prepričanja. Omeniti velja še, da je meditacija čuječnosti povezana s premikom k primarnemu procesu mišljenja (Kutz, Borysenko in Benson, 1985). Posameznik to v meditaciji doživi kot intenzivno perceptualno zavedanje: objekte in njihove reprezentacije doživlja bolj živo, bolj se zaveda njihovih primarnih kvalit, kot sta npr. oblika in barva. Poveča se zaznavanje objektov v njihovih prvotnih značilnostih, takšnih, kakršni so, in ne zgolj v funkciji, ki jo predstavljajo. Takšno primarno doživljanje povzroči večjo konceptualno fleksibilnost.

V nadaljevanju bom podrobneje predstavil tri mehanizme, za katere se zdi, da imajo največjo vlogo pri nastanku učinkov, povezanih s čuječnostjo. To so sprejemanje, decentrirana perspektiva in samoregulacija. Čuječnost je postopek aktivnega sprejemanja psiholoških vsebin, saj preko nje posameznik prihaja v neposredni stik z dogodki v svoji duševnosti (Hayes, 2001). Kot taka je čuječnost nasprotna izkustvenemu izogibanju (Hayes, Wilson, Giftord, Follette in Strosahl, 1996), ki naj bi bila funkcijska dimenzija, udeležena v mnogih oblikah psihopatologije: veliko duševnih motenj lahko razumemo kot nezdravo prizadevanje posameznika, da bi pobegnil ali se izognil določenim emocijam, mislim, spominom in drugim notranjim doživetjem. Hayes (1994) navaja, da bi bila lahko npr. fobija rezultat bežanja pred strahom, depresija način izogibanja bolečini, tesnobi in jezi, zloraba drog pa produciranje določene emocije namesto neke druge. Poskus, da bi se izognili doživljanju kake emocije, meni, lahko jakost prav te emocije še poveča. Neučinkovito je tudi izogibanje neželenim mislim. Marcks in Woods (2005) ugotavljata, da raziskave kažejo na neučinkovitost supresije. Ta naj bi vodila k še večji frekvenci misli, ki se jim skušamo izogniti, ter k večji emocionalni stiski. Izvedla sta raziskavo, v kateri sta primerjala supresijo in sprejemanje kot dva načina odzivanja na intruzivne misli. Poskusi supresije so povzročili povečanje emocionalne stiske, medtem ko je v skupini, ki je uporabljala sprejemanje, emocionalna stiska (ne pa tudi frekvenca intruzivnih misli) upadla. Za Hayesa (2001) namenoma sprejeti težavno psihološko vsebino pomeni spremeniti njeno funkcijo: dogodek, ki bi sicer lahko povzročil izogibanje, tako povzroči opazovanje in odprtost. Ko posameznik neha poskušati, da bi postal drugačen, takoj postane drugačen na zelo globok, temeljit način. Aktivno sprejemanje je tako ena najbolj radikalnih strategij za spreminjanje na področju psiholoških oblik pomoči in je zlasti uporabno pri težavnih, kroničnih in na terapijo rezistentnih problemih (Hayes, 2001). Sprejemanje lahko pojmujeemo tudi kot obliko prikrite desenzitizacije in proces dekonkondicionalizacije (Curtis Breslin, Zack in

McMain, 2002) oz. kot pristop, ki temelji na izpostavitvi (Hayes in Feldman, 2004). Za slednjega se zdi, da je prestal preizkus časa: različne teoretske orientacije se strinjajo, da so izpostavitve vsebinam, ki se jim posameznik izogiba, afektivno vznburjenje in emocionalna toleranca pomembni elementi procesa spreminjanja v terapiji (Hayes in Feldman, 2004).

Drugi pomemben mehanizem čuječnosti je decentrirana perspektiva oz. opazovanje zunanjih in notranjih dogodkov s perspektive nepristranskega opazovalca, priče. Marlatt in Kristellerjeva (1999) menita, da je morda najpomembnejša klinična aplikacija čuječnosti zmožnost postaviti se v t. i. opazujoči jaz (Deikman, 1982, cit. po Marlatt in Kristeller, 1999), tj. posvečati pozornost mislim in čustvom, ki se dogajajo v sedanjem trenutku. Čuječnost zmanjšuje pretirano identifikacijo posameznika z njegovimi mislimi ter mu omogoča, da vidi le-te kot zgolj misli in ne kot osebne direktive, katerim mora slediti (Marlatt in Kristeller, 1999). Podobno je z emocijami. Kot navajajo Kutz in dr. (1985), posameznik emocije v čuječnosti meditaciji nepristransko opazuje, kar vodi v postopno spoznanje, da je posamezna emocija (npr. jeza ali strah) njegovo lastno občutje, ki se nahaja znotraj njega in se pojavlja v različnih transformacijah. Posameznik čedalje bolj razume proces, s katerim lahko zunanji dogodki postanejo racionalizacija njegove lastne emocije. Po mnenju Teasdalea in sodelavcev (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby in Lau, 2000) je zmožnost zavzeti decentrirano perspektivo do lastnega notranjega doživljanja ključna za preprečevanje eskalacije disfunkcionalnih misli in zmanjševanje izogibanja emocijam. Decentrirana perspektiva oz. koncept opazujočega jaza predstavlja povezavo čuječnostne meditacije z vedenjskimi tehnikami, kot je self-monitoring, in kognitivnimi tehnikami, v katerih se sistematično identificira popačene ali disfunkcionalne misli (Marlatt in Kristeller, 1999). Sklepamo lahko, da ima čuječen posameznik večjo zmožnost videti povezave med mislimi, čustvi in akcijami ter prepoznati pomene in vzroke svojega doživljanja in vedenja (Bishop in dr., 2004). Potrebno pa je opozoriti, da nepristransko opazovanje, ki je značilno za čuječnost, ni le nepristransko, temveč tudi vključujoče (Teasdale, 1999b), po čemer se čuječnost razlikuje od obrambnih mehanizmov, kot je npr. intelektualizacija. Pri intelektualizaciji se posameznik postavi v položaj objektivnega opazovalca in misleca, s čimer se izogne emocijam in pritiskom teženj (Praper, 1999), medtem ko je čuječnost naravnana na zavedanje in sprejemanje vseh vidikov doživljanja v sedanjem trenutku.

Wells (2002) učinek čuječnosti na informacijsko procesiranje v čustveni motnji vidi v aktivaciji metakognitivnega načina procesiranja. Za razliko od objektivnega načina procesiranja, ki misli obravnava kot odraz realnosti in zahtevo po akciji, metakognitivni način obravnava misli kot mentalne dogodke, za katere ni nujno, da odražajo resničnost. V kontekstu generalizirane anksiozne motnje strategije objektivnega načina vključujejo evalvacijo grožnje in izvedbo vedenj, ki grožnjo zmanjšujejo (npr. skrb in pretirana pozornost na dražljaje v zvezi z grožnjo), metakognitivni način procesiranja pa vključuje evalvacijo misli in izvedbo vedenj kognitivne kontrole (npr. prekinitev skrbi, preusmeritev pozornosti). Verjetni rezultat objektivnega načina procesiranja je okrepitev neadaptivnih prepričanj, medtem ko metakognitivni način predvidoma vodi v prestrukturiranje

prepričanj in razvoj novih planov. Učinkovita kognitivna terapija naj bi temeljila na vzpostavitvi metakognitivnega načina procesiranja, ki odpravi ovire za modifikacijo kognicije, ki so nastale kot posledica neadaptivnega procesiranja.

Kognitivnopsihološke raziskave so podale zanimive ugotovitve, ki potrjujejo pomen decentrirane perspektive v regulaciji emocij. Sheppard in Teasdale (2000) sta ugotovila, da je za depresivne osebe značilen deficit v kontroliranem procesiranju, natančneje v metakognitivnem spremljanju (metacognitive monitoring). Metakognitivno spremljanje, v povezavi s produkti disfunkcionalnih shem, naj bi bilo podlaga disfunkcionalnega mišljenja v depresiji. V neki drugi raziskavi sta Sheppard in Teasdale (2004) ugotovila, da je zmanjšanje disfunkcionalnega mišljenja pri depresivnih osebah, ki so v delni remisiji, povezano predvsem s povečanim metakognitivnim spremljanjem disfunkcionalnih kognitivnih produktov, ne pa tudi z zmanjšanim dostopom do disfunkcionalnih shem. Teasdale in sodelavci (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams in Segal, 2002) so uvedli koncept metakognitivnega zavedanja in ga opredelili kot kognitivni set, v katerem posameznik negativne misli in čustva doživlja kot mentalne dogodke in ne kot del selfa. Menijo, da je metakognitivno zavedanje povezano z ranljivostjo za depresijo. Pri rezidualno depresivnih osebah so ugotovili manjšo dostopnost metakognitivnih setov v primerjavi s kontrolno skupino oseb brez depresije. Dostopnost metakognitivnih setov je pri rezidualno depresivnih pacientih predicirala ponovni izbruh bolezni. Tako kognitivna terapija kot kombinacija čuječnosti in kognitivne terapije sta pri osebah, pri katerih sta zmanjšali tveganje za ponovno depresivno epizodo, povečali dostopnost metakognitivnih setov.

Tretji pomemben mehanizem čuječnosti je samoregulacija. Le-to omogočajo povratne zveze, ki se vzpostavijo, ko se posameznik zaveda svojega vedenja in duševnih vsebin. Na ta način čuječnost omogoča identifikacijo problemov, zaradi decentrirane perspektive pa tudi prepoznavo alternativnih načinov njihovega reševanja. Shapiro in dr. (1998) menijo, da je samoregulacija bistven mehanizem, s katerim pomoč s čuječnostjo dosega spremembe na področju duševnega in telesnega zdravja. Shapiro in Schwartz (2000) sta celo razvila model samoregulacije, ki temelji na čuječnosti, imenovan intencionalna sistemska čuječnost. Kibernetične teorije trdijo, da je pozornost ključna za procese komunikacije in kontrole, na katerih temelji regulacija vedenja (Brown in Ryan, 2003). Vendar pa sama pozornost naj ne bi bila dovolj za uspešno samoregulacijo. Pozornost, ki jo spremljajo, denimo, perfekcionizem, samokriticizem in frustracija, najverjetneje ne bo vodila k boljšemu zdravju. Nasprotno pa utegne pozornost, prežeta s čuječnostnimi kvalitetami, kot sta npr. nepresojanje in sprejemanje, zdravje izboljšati (Shapiro in Schwartz, 2000).

Iz dosedanjega pregleda je mogoče razbrati pomen čuječnosti za psihoterapevsko delo. Zanimiva je trditev Martina (1997), da je čuječnost eden od ključnih faktorjev, ki so skupni vsem psihoterapevskim orientacijam. Čeprav koncept izhaja iz vzhodne psihologije in meditativne prakse, naj bi bila čuječnost, čeprav prikrito, že ves čas prisotna tudi v zahodnih psihoterapijah. Omenjeni avtor čuječnost definira kot stanje psihološke svobode, ki se pojavi, ko pozornost ostane mirna in prožna, brez

navezanosti na katerokoli določeno gledišče. Na primer v prostem asociiranju, ki ga uporablja psihodinamična orientacija, pacient govori o svojih mislih, čustvih in podobah, medtem ko njegova pozornost prosto drsi po mentalni pokrajini. Takšna lebdeča pozornost omogoča identifikacijo nezavednih konfliktov. V podobnem stanju odprte pozornosti, še navaja Martin (1997), se medtem nahaja tudi terapevt, ki sprejemajoče posluša in se pri tem vzdrži sodbe. Speethova (1982) meni, da obstaja podobnost med čuječnostjo in priporočenim duševnim stanjem psihoanalitika med terapijo. Po Freudu (1912/2001) naj se terapevt ne bi trudil osredotočati pozornosti na nobeno posamezno vsebino v pacientovem pripovedovanju, temveč naj bi ohranjal do vsega, kar sliši, enako mero t. i. prostolebdeče pozornosti.

Dosedanje aplikacije čuječnosti

V psihologiji in medicini strmo narašča interes za vključevanje čuječnosti v klinično delo s klienti (Bishop, 2002; Kabat-Zinn, 2003; Krasner, 2004). Od oblik psihosocialne pomoči, ki kot glavno ali vsaj eno od pomembnejših komponent vključujejo čuječnost, je najpogostejši na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa (MBSR, mindfulness-based stress reduction). Gre za strukturiran, 8- do 10-tedenski skupinski program, v katerem udeleženci z različnimi oblikami meditacije postopno razvijajo čuječnost (npr. Grossman, Niemann, Schmidt in Walach, 2004; Kabat-Zinn, 1990). Skupine so lahko heterogene ali homogene glede na probleme udeležencev. Srečanja potekajo enkrat tedensko in trajajo običajno dve uri in pol, del programa pa je tudi eno celodnevno srečanje. Ker se predpostavlja, da se čuječnost razvija z redno prakso, se udeleženci na začetku obvežejo, da bodo meditirali tudi doma, po 45 minut dnevno (formalna praksa), čuječnost pa naj bi razvijali tudi v vsakdanjem življenju (neformalna praksa). Poleg meditacije program vsebuje tudi psihoedukacijo s področja stresa in emocij. Cilj postopkov, uporabljenih v programu, je učiti udeležence, da bi se bolj zavedali svojih misli in čustev ter spremenili svoj odnos do njih. Z vajo naj bi razvili zmožnost, da se v stresnih situacijah mirno odmaknejo od svojih misli in čustev, namesto da bi zapadli v anksiozno skrb ali druge vzorce negativnega mišljenja, ki bi lahko povečali stres in emocionalno stisko (Bishop, 2002). Program podrobno predstavlja njegov avtor Kabat-Zinn (1990).

Program MBSR je bil apliciran že na številna področja in probleme. Ugotovljeni so bili njegovi ugodni učinki na količino simptomov, blagostanje in kakovost življenja v heterogeni populaciji pacientov (Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig in Walach, 2002; Reibel, Greeson, Brainard in Rosenzweig, 2001), pri pacientih po presaditvi organov (Gross, Kreitzer, Russas, Treesak, Frazier in Hertz, 2004) ter pri osebah po travmatski poškodbi možganov, pri katerih so bile ostale možnosti pomoči že izčrpane (Bédard in dr., 2003). Program je bil učinkovit pri zmanjševanju stresa pri študentih medicine (Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard in Hojat, 2003; Shapiro, Schwartz in Bonner, 1998). Precejšnja vrednost MBSR se je pokazala pri pomoči

bolnikom z rakom, zlasti za zniževanje simptomov stresa in negativnega afekta (npr. Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen in Specca, 2001; Specca, Carlson, Goodey in Angen, 2000). Tacónova (2003) je ugotovila, da čuječnostna meditacija pri bolnikih z rakom povečuje občutek kontrole, ki je pomemben prediktor poteka te bolezni. Poleg tega meni, da čuječnost zmanjšuje zanižanje in potlačevanje negativnih čustev in doživetij, kar naj bi bilo prav tako precej povezano z rakom. Pri ženskah z rakom na dojki so Tacón, Caldera in Ronaghan (2004) kot posledico udeležbe v programu MBSR poleg zmanjšanja stresa ugotovile tudi boljšo psihično adaptacijo na rak in ugodnejši zdravstveni lokus kontrole. Posebno zanimivi so učinki MBSR na imunski sistem: Davidson in sodelavci (2003) so udeležence raziskave cepili proti gripi. Pri osebah, ki so se pred tem udeležile MBSR, so izmerili večjo količino protiteles proti gripi v primerjavi s kontrolno skupino. Podobno je MBSR, v primerjavi s kontrolno skupino, povzročil povečano aktivnost in število naravnih celic ubijalk pri osebah, okuženih z virusom HIV (Robinson, Mathews in Witek-Janusek, 2003). V raziskavi bolnikov z luskavico (Kabat-Zinn, 2003), kožno boleznijo, ki naj bi bila precej povezana s stresom, so udeleženci med običajno terapijo (obsevanje z ultravijolično svetlobo) trikrat tedensko po navodilih z avdio kasete izvajali čuječnostno meditacijo. Rezultati so pokazali, da se je njihova koža celila štirikrat hitreje kot pri kontrolni skupini, ki je prejemale le običajno terapijo.

Čuječnostne strategije so obetavna oblika pomoči tudi na področju psihiatričnih motenj. Na področju anksioznosti velja omeniti raziskavo Millerja in sodelavcev (1995), ki je vključevala osebe z generalizirano anksiozno motnjo in osebe s panično motnjo. Po končanem programu MBSR se je pri udeležencih pojavilo statistično in klinično pomembno izboljšanje simptomatike, ki se je ohranilo še po treh letih. Izboljšanje ni bilo odvisno od tega, ali so osebe jemale anksiolitična zdravila ali ne. Metakognitivno usmerjena terapija, ki je vsebovala tudi elemente čuječnosti, je bila uspešna pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo srednje in močne intenzitete (Wells in Sembi, 2004). Schwartz in dr. (v tisku) opisujejo čuječnostni pristop pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje. Zanimiva je ugotovitev Sugiure (2004) o obstoju negativne korelacije med čuječnostjo kot kognitivnim stilom in nagnjenostjo k skrbi. Roomer in Orsillo (2002) pa sta integrirali obstoječo kognitivno-vedenjsko terapijo za generalizirano anksiozno motnjo z elementi čuječnosti in pristopov, ki temeljijo na sprejemanju. Njuna strategija spodbuja čuječnost, sprejemanje notranjega doživljanja in čuječno akcijo kot nadomestilo za neadaptivne habitualne, fiksne vzorce odzivanja. Čuječnost, tj. zavedanje doživljanja v sedanjem trenutku in pozornost na dražljaje in odzive v sedanjosti, lahko po njunem mnenju teoretično predstavlja protiutež pretirani usmerjenosti posameznika na potencialne negativne dogodke v prihodnosti.

Naslednje področje, kjer so se pokazali ugodni rezultati čuječnosti, je depresija. Segal, Williams in Teasdale so v namene preprečevanja ponovnega nastopa bolezni pri osebah z depresijo integrirali kognitivno-vedenjsko terapijo za depresijo (npr. Butler in Beck, 1995) z elementi MBSR v pristop, imenovan MBCT (čuječnostna kognitivna terapija, mindfulness-based cognitive therapy), ki je pri zmanjševanju verjetnosti

ponovnega izbruha depresije izkazal pozitivne rezultate (npr. Ma in Teasdale, 2004; Teasdale in dr., 2000). MBCT temelji na treningu kontrole pozornosti, ki je značilen za čuječnostno meditacijo, vključuje pa tudi implicitno modifikacijo z afektom povezanih shematskih mentalnih modelov (Teasdale, 1999a; Teasdale, Segal in Williams, 1995). Posameznika usposobi, da se zave potencialno depresogenih misli, čustev in telesnih občutkov, ki lahko vodijo v ponovitev depresivne epizode, ter dovolj zgodaj prekine ta proces z zmanjšanjem disfunkcionalnega, tuhtajočega oz. ruminativnega procesiranja (Teasdale, 1999a). V primerjavi s tradicionalno kognitivno terapijo se MBCT namesto na spreminjanje vsebine disfunkcionalnih misli osredotoča na povečanje metakognitivnega odnosa do tovrstnih misli (Teasdale, 1999b). Teasdale, Segal in Williams (1995) menijo, da lahko s pristopom, ki ga uporablja MBCT, pri preventivi ponovnega izbruha depresije dosežemo podobne učinke kot s kognitivno terapijo. Čuječnostni pristop pa naj bi imel tudi svoje prednosti, saj je časovno bolj ekonomičen ter funkcionalen tudi takrat, ko je posameznik v remisiji, medtem ko kognitivna terapija cilja na specifične misli in vedenja, povezane z depresijo, ti pa so v evtimičnem stanju precej redki.

Čuječnost, bodisi kot samostojna oblika pomoči bodisi kot pomembna sestavina drugih programov, je izkazala obetavne rezultate tudi na področju zlorabe substanc (Curtis Breslin in dr., 2002; Kavanagh, Andrade in May, 2004), v psihoterapiji oseb s kompleksnimi problemi (Herbert, 2002), pri kompulzivnem prenejedanju (Telch, Agras in Linehan, 2001) in v psihoterapiji mejne osebnostne motnje (npr. Simpson in dr., 1998). Posebno zanimiva je dobro kontrolirana raziskava Bachove in Hayes (2002), ki je ugotavljala učinkovitost terapije sprejemanja in predanosti (ACT, acceptance and commitment therapy) pri osebah s psihozo (največ udeležencev je imelo diagnozo shizofrenije). Gre za terapijo, v kateri eno glavnih komponent predstavljajo čuječnostni elementi. V eksperimentalni skupini, ki je bila poleg običajnega zdravljenja deležna tudi ACT, je bil odstotek ponovno hospitaliziranih v štirih mesecih po končani terapiji pol manjši kot v kontrolni skupini, česar ni mogoče pripisati jemanju zdravil, zmanjšanju čustvene stiske ali znižanju pogostosti pojavljanja simptomov (blodnje in halucinacije). Količina simptomov, o katerih so poročali udeleženci, je bila v eksperimentalni skupini celo večja, vendar pa so ti udeleženci svoje simptome ocenjevali kot manj resnične oz. verjetne.

Poleg naštetega lahko v literaturi zasledimo še ugodne učinke čuječnostnih pristopov pri osebah z multiplo sklerozo (v smislu zmanjšanja simptomov in izboljšanja ravnotežja; Mills in Allen, 2000), pri odraslih z motnjo pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti (izboljšanje simptomatike, izmerjeno s psihometričnimi in nevropsihološkimi testi; Hesslinger in dr., 2002), pri obravnavi vedenjskih problemov oseb z blago mentalno retardacijo (Singh, Wahler, Adkins in Myers, 2003), pri izboljševanju partnerskih odnosov (Carson, Carson, Gil in Baucom, 2004), pri otrocih (Ott, 2002) in starostnikih (McBee, 2003), pri delu učiteljev (Napoli, 2004) in zdravnikov (Epstein, 2003a, 2003b), pa tudi v pravni praksi in vrhunskem športu (Keeva, 2004). Program MBSR je bil integriran z nekaterimi drugimi oblikami pomoči in tako sta

nastali čuječnostna realitetna terapija (MBRT, mindfulness-based reality therapy; Pierce, 2003) ter čuječnostna umetnostna terapija (MBAT, mindfulness-based art therapy; Monti in Peterson, 2004).

Kot je razvidno iz zgornjega pregleda, je bila čuječnost aplicirana na številnih področjih. Večina avtorjev se strinja, da so čuječnostni pristopi tudi dejansko učinkoviti pri širokem spektru kliničnih in nekliničnih problemov. Metaanalitične študije (Baer, 2003; Grossman in dr., 2004; Proulx, 2003) takšno mnenje potrjujejo. Leskowitz (2004) meni, da se je uporaba meditacije v zdravstvu razvila do stopnje, ko ni več pojmovana kot oblika alternativne medicine. Čeravno so programi, ki temeljijo na čuječnosti, s svojo zahtevo po redni in časovno dokaj obsežni meditaciji za udeležence precej zahtevni, velik delež udeležencev te programe tudi zaključi ter nadaljuje s prakticiranjem čuječnosti še dolgo po zaključku programa (Baer, 2003). Vendar pa različni avtorji opozarjajo, da so za dokončno oceno uporabnosti in učinkovitosti čuječnostnih oblik pomoči potrebne še nadaljnje raziskave (npr. Curtis Breslin in dr., 2002; Proulx, 2003) in da precej obstoječih študij vsebuje metodološke pomanjkljivosti (npr. Baer, 2003; Bishop, 2002). Teasdale in dr. (2003) svarijo pred tem, da bi čuječnost uporabljali kot generično tehniko in jo aplicirali na različne vrste problemov brez predhodne razjasnitve vloge, ki jo ima tovrstni pristop pri posamezni motnji. V določenih primerih, denimo, se je čuječnost izkazala kot neučinkovita. Poleg tega je trening čuječnosti večplasten, zato je potrebno njegove posamezne komponente uskladiti s ciljno psihopatologijo.

Problemi, odprta vprašanja in smernice za nadaljnje raziskave

Raziskave čuječnosti so še vedno v zgodnji fazi razvoja (Brown in Ryan, 2003, 2004), zato na tem področju, zlasti kar zadeva uporabno vrednost konstrukta, še ni mogoče delati trdnih zaključkov. Veliko avtorjev navaja (npr. Baer, 2003; Bishop, 2002; Dimidjian in Linehan, 2003), da so pristopi, ki temeljijo na čuječnosti, sicer obetajoči, vendar je precej dosedanjih študij nekontroliranih ali imajo druge metodološke omejitve. Potrebne bi bile dobro oblikovane in primerno kontrolirane raziskave, ki bi dosedanje preliminarne rezultate preverile in jih poglobile, in sicer na področju klinične učinkovitosti čuječnostnih oblik pomoči kakor tudi njihovih mehanizmov delovanja. Nadaljnje delo na področju postavljanja modelov, operacionalizacije čuječnostnih konstruktov in razvoja instrumentov za merjenje le-teh bo vodilo k večjemu razumevanju mehanizmov čuječnosti in bo posledično omogočilo prilagajanje programov potrebam specifičnih posameznikov (Proulx, 2003). Ker prakticiranje čuječnosti vključuje več glavnih komponent, je potrebno ugotoviti, ali so nujne vse komponente ali so morda nekatere izmed njih pomembnejše za doseganje kliničnih rezultatov (Dimidjian in Linehan, 2003). Potrebno bi bilo tudi primerjati pristope, ki temeljijo na čuječnosti, z drugimi vrstami pomoči, da bi ugotovili specifične učinke čuječnosti (Dimidjian in Linehan, 2003; Shapiro in dr., 1998). Bishop (2002) v kontekstu programa MBSR opozarja, da mora biti učinkovitost čuječnostnega programa, če naj bo njegova uporaba smiselna, vsaj enaka

ali večja od učinkovitosti drugih validiranih tretmajev. Izpostavlja še vprašanje o morebitnem vplivu osebnostnih značilnosti na učinkovitost pomoči s čuječnostjo, ki je še zlasti relevantno, ker gre pri MBSR za dokaj zahteven program. Poleg tega bi lahko razlike med posamezniki v zmožnosti kontrole pozornosti po njegovem mnenju vplivale na učinkovitost meditacije pri razvijanju čuječnosti. Nadalje bi bilo potrebno ugotoviti, ali MBSR tudi dejansko poveča posameznikovo zmožnost za čuječno stanje ali pa je učinek programa posledica relaksacije in nespecifičnih dejavnikov, kot sta povečana samoučinkovitost in socialna podpora.

Na čuječnosti osnovani pristopi imajo tudi svoje pomanjkljivosti. V kontekstu psihoterapevtskega procesa Frank (2002) opozarja na nevarnost posameznikovega usmerjanja pozornosti zgolj na njegovo sedanje, notranje doživljanje, kar lahko vodi v zanemarjanje preteklosti oz. zgodovinskih pomenov. Meni, da je samoopazovanje koristno pojmovati v širšem kontekstu, ki vključuje tudi opazovanje načinov, kako in zakaj preteklost živi naprej v sedanjosti. Wells (2002) navaja, da čuječno stanje samo po sebi ne vsebuje informacij, ki bi lahko nedvoumno ovrgle vsebino posameznikovih disfunkcionalnih prepričanj in kognitivnih ocen, kljub dejstvu, da lahko čuječnost zmanjša perseverativno procesiranje. Poleg tega je lahko čuječnost neproduktivna, če jo posameznik uporablja v objektivnem načinu procesiranja kot način kontroliranja ali bežanja od neobstoječe grožnje. V tem primeru bo oseba dejstvo, da se katastrofa ni zgodila, lahko pripisala uporabi čuječnosti in ne dejstvu, da se sploh ne bi zgodila (Wells, 2002). Kot pri drugih oblikah pomoči, je tudi pri čuječnosti potrebno upoštevati možnost neugodnih stranskih učinkov in morebitne kontraindikacije, kar je v novejši literaturi o čuječnosti premalo poudarjeno. Miller (1993) meni, da obstaja subpopulacija posameznikov, pri katerih se bodo ob meditativni praksi s precejšnjo verjetnostjo pojavili pomembni psihološki simptomi. Opisuje primer ženske, pri kateri so se kot posledica čuječnostne meditacije obudili potlačeni spomini in močna, boleča čustva, povezani s spolno zlorabo iz otroštva, kar je rezultiralo v panični motnji z močno agorafobijo, zaradi katere pacientka tri mesece ni mogla iti od doma. Po uspešnem zdravljenju, ki je trajalo tri leta in je vključevalo tako farmakoterapijo kot individualno psihoterapijo, je ženska prisostvovala v čuječnostnem programu brez povratka simptomov. Podobno tudi Epstein (1990) opisuje psihodinamiko meditacije z vidika njenih potencialnih neugodnih učinkov.

Zaenkrat še malo raziskano je področje medosebnih razlik v dispozicionalni čuječnosti in povezanost konstrukta z drugimi osebnostnimi značilnostmi. Vendar pa čedalje boljša opredeljenost konstrukta in razvoj inštrumentov za merjenje čuječnosti postavljata temelj za raziskovanje na tem področju. Kot odprto vprašanje, ki še čaka na odgovor, velja omeniti povezanost čuječnosti z duhovnimi tradicijami, iz katerih izvira. Vključitev tehnologij iz duhovnih in religiozних tradicij v empirično klinično psihologijo Hayes (2002) pojmuje kot pozitiven korak naprej, vendar je po njegovem mnenju potrebno poleg tehnologije razvijati tudi ustrezno teoretsko podlago, kar terja odprt prostor za teoretsko interpretacijo in transformacijo čuječnostnih tehnik, brez da bi bili omejeni z njihovo religiozno in duhovno preteklostjo. Po drugi strani Dimidjian

in Linehan (2003) navajata, da je bila čuječnost ob integraciji v različne oblike klinične pomoči večinoma sekularizirana, in opozarjata na možnost, da se pri ločitvi čuječnosti od njenih duhovnih izvorov določene pomembne prvine čuječnosti izgubijo. Koristna bi bila tudi primerjalna raziskava o obstoju čuječnosti v drugih, nebudističnih religioznih, duhovnih in filozofskih tradicijah. Marlatt in Kristeller (1999) menita, da je zelo pomembno prepoznati univerzalnost meditacije čuječnosti. Kot trdi Kabat-Zinn (2003), naj bi bila čuječnost zaradi svoje povezave s pozornostjo nujno univerzalna. V njej naj ne bi bilo nič posebno budističnega, vsak človek je po njegovem mnenju čuječen do te ali one stopnje, saj naj bi bila čuječnost inherentna človeška zmožnost. Prispevek budističnih tradicij je bil deloma le v poudarjanju preprostih in učinkovitih načinov za kultivacijo te zmožnosti in njeno uporabo na vseh življenjskih področjih. Esenca čuječnosti pa naj bi obstajala tudi v jedru drugih tradicij in nauk, tako starodavnih kot sodobnih. Dimidjian in Linehan (2003) opozarjata na povezanost čuječnosti s koncepti, kot sta modrost in sočutje, in s pozitivno psihologijo ter menita, da bi lahko čuječnost pomagala nadoknaditi precej tega, kar je klinična psihologija doslej zanemarjala.

Literatura

- Aftanas, L. I. in Golocheikine, S. A. (2001). Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: High-resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters*, 310, 57-60.
- Alexander, C. N., Langer, E. J., Newman, R. I., Chandler, H. M. in Davies, J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- Bach, P. in Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bédard, M., Felteau, M., Mazmanian, D., Fedyk, K., Klein, R., Richardson, J., Parkinson, W. in Minthorn-Biggs, M.-B. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25, 722-731.
- Bennett-Goleman, T. (2004). *Alkimija čustev: kako um ozdravi srce [Emotional alchemy: How your mind can heal your heart]*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. in Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brantley, J. (2003). *Calming your anxious mind - How mindfulness and compassion can free you from anxiety, fear, and panic*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Brown, K. W. in Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W. in Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Buchheld, N., Grossman, P. in Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Burgoon, J. K., Berger, C. R. in Waldron, V. R. (2000). Mindfulness and interpersonal communication. *Journal of Social Issues*, 56 (1), 105-127.
- Butler, A. C. in Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy for depression. *Clinical Psychologist*, 48 (3), 3-5.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. in Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Center*, 9, 112-123.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. in Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471-494.
- Cauraugh, J. H., Martin, M. in Komer Martin, K. (1999). Modeling surgical expertise for motor skill acquisition. *American Journal of Surgery*, 177, 331-336.
- Cayoun, B. (2004). *Mindfulness-based therapy and research interest group (MTRIG)*. Posneto 12. marca 2005 s <http://www.mindfulness.info/MTRIG/mtrig.htm>
- Curtis Breslin, F., Zack, M. in McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 275-299.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. in Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deatherage, G. (1975). The clinical use of "mindfulness" meditation techniques in short-term psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 7, 133-143.
- Dimidjian, S. in Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- Epstein, M. (1990). Psychodynamics of meditation: Pitfalls on the spiritual path. *Journal of Transpersonal Psychology*, 22, 17-34.
- Epstein, R. M. (2003a). Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. *Families, Systems, & Health*, 21, 1-9.
- Epstein, R. M. (2003b). Mindful practice in action (II): Cultivating habits of mind. *Families, Systems & Health*, 21, 11-17.
- Frable, D. E. S., Blackstone, T. in Scherbaum, C. (1990). Marginal and Mindful: Deviants in Social Interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 140-149.
- Frank, K. A. (2002). Comment on Horowitz's (2002) "Self- and relational observation". *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 128-138.
- Freud, S. (1912/2001). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. V A.

- Strachey in A. Tyson (Ur.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud - Volume XII, The case of Schreber, Papers on technique and other works* (str. 111-120). London: Vintage.
- Grad, A., Škerlj, R. in Vitorovič, N. (2000). *Veliki angleško-slovenski slovar [English-Slovene dictionary]*. Ljubljana: DZS.
- Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P. A. in Hertz, M. I. (2004). Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: A pilot study. *Advances*, 20 (2), 20-29.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. in Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits - A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, A. M. in Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. V S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette in M. J. Dougher (Ur.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (str. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2001). Acceptance and change, Psychology of. V N. J. Smelser in P. B. Baltes (Ur.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (str. 27-30). Oxford: Elsevier Science.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101-106.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. in Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Herbert, C. (2002). A CBT-based therapeutic alternative to working with complex client problems. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 5, 135-144.
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. in Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults - A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 252, 177-184.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living - Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J. in May, J. (2004). Beating the urge: Implications of research into substance-related desires. *Addictive Behaviors*, 29, 1359-1372.
- Keeva, S. (2004). A mindful law practice. *ABA Journal*, 90 (3), 78-79.
- Krasner, M. (2004). Mindfulness-based interventions: A coming of age? *Families, Systems, & Health*, 22, 207-212.
- Kutz, I., Borysenko, J. Z. in Benson, H. (1985). Meditation and psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and mindfulness meditation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1-8.
- Langer, E. J. (1993). A mindful education. *Educational Psychologist*, 28 (1), 43-50.
- Langer, E. J. (2000) Mindful learning. *Current Directions in Psychological Science* 9 (6),

- 220-223.
- Langer, E. J., Bashner, R. S. in Chanowitz, B. (1985). Decreasing prejudice by increasing discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 113-120.
- Leskowitz, E. (2004). Introduction to "The power of the human heart": An adapted presentation with Trisha Meili and Jon Kabat-Zinn. *Advances*, 20 (1), 4-5.
- Ma, S. H. in Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. in Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 719-730.
- Marcks, B. A. in Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.
- Marlatt, G. A. in Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. V W. R. Miller (Ur.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (str. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.
- Massion, A. O., Teas, J., Hebert, J. R., Wertheimer, M. D. in Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, melatonin and breast/prostate cancer: Hypothesis and preliminary data. *Medical Hypotheses*, 44, 39-46.
- McBee, L. (2003). Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers - Changing the practitioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 19, 257-264.
- Miller, J. J. (1993). The unveiling of traumatic memories and emotions through mindfulness and concentration meditation: Clinical implications and three case reports. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 169-180.
- Miller, J. J., Fletcher, K. in Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Mills, N. in Allen, J. (2000). Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis - A Pilot Study. *General Hospital Psychiatry*, 22, 425-431.
- Monti, D. A. in Peterson, C. (2004). Mindfulness-based art therapy: Results from a two-year study. *Psychiatric Times*, 21 (8), 63-66.
- Moscardo, G. (1996). Mindful visitors - Heritage and tourism. *Annals of Tourism Research*, 23, 376-397.
- Napoli, M. (2004). Mindfulness training for teachers: A pilot program. *Complementary Health Practice Review*, 9, 31-42.
- Newberg, A. B. in Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: Neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses*, 61, 282-291.
- Ott, M. J. (2002). Mindfulness meditation in pediatric clinical practice. *Pediatric Nursing*, 28, 487-490.
- Pass, P. (2002). Temeljne psihoanalitske drže: Ponudba in izziv za dialog med psihoterapevtskimi modalitetami [Fundamental psychoanalytic attitudes: An offer and a challenge for the dialogue between psychotherapeutic modalities]. V J. Bohak

- in M. Možina (Ur.), *Dialog: zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo [Dialogue: proceedings of The first study days of Slovenian umbrella association for psychotherapy]*, 8.-9. junij 2001, Rogla, Slovenija (str. 6-12). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Pierce, J. (2003). Mindfulness based reality therapy (MBRT). *International Journal of Reality Therapy*, 23 (1), 20-23.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Proulx, K. (2003). Integrating mindfulness-based stress reduction. *Holistic Nursing Practice*, 17 (4), 201-208.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. in McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. in Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- Reiss, S. (2000). A mindful approach to mental retardation. *Journal of Social Issues*, 56 (1), 65-80.
- Ritchhart, R. in Perkins, D. N. (2000). Life in the mindful classroom: Nurturing the disposition of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56 (1), 27-47.
- Robinson, F. P., Mathews, H. L. in Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: A quasiexperimental study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 683-694.
- Roomer, L. in Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. in Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15 (2), 88-92.
- Schwartz, J. M., Gulliford, E., Stier, J. in Thienemann, M. (v tisku). Mindful awareness and self-directed neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approaches to mental health with a focus on OCD. V S. G. Mijares in G. S. Khalsa (Ur.), *The psychospiritual clinician's handbook*. Haworth Press Inc.
- Shapiro, S. L. in Schwartz, G. E. R. (2000). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances*, 16 (2), 128-134.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. in Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Sheppard, L. C. in Teasdale, J. D. (2000). Dysfunctional thinking in major depressive disorder: A deficit in metacognitive monitoring?. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 768-776.
- Sheppard, L. C. in Teasdale, J. D. (2004). How does dysfunctional thinking decrease during recovery from major depression?. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 64-71.
- Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T.,

- Rosen, K., Stevens, M. (1998). Focus on women: Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49, 669-673.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D. in Myers, R. E. (2003). Soles of the Feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 158-169.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika [Dictionary of the Slovene written language]*. (1995). Ljubljana: DZS.
- Smith, A. (1759/1982). *The Glasgow edition of the works and correspondence of Adam Smith - Vol. I: The theory of moral sentiments*. Indianapolis: Liberty Fund.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. in Angen, M. (2000). Randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Speeth, K. R. (1982). On psychotherapeutic attention. *Journal of Transpersonal Psychology*, 14, 141-160.
- Sugiura, Y. (2004). Detached mindfulness and worry: A meta-cognitive analysis. *Personality and Individual Differences*, 37, 169-179.
- Tacón, A. M. (2003). Meditation as a complementary therapy in cancer. *Family and Community Health*, 26, 64-73.
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M. in Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems & Health*, 22, 193-203.
- Takahashi, T., Murata, T., Hamada, T., Omori, M., Kosaka, H., Kikuchi, M., Yoshida, H. in Wada, Y. (2005). Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *International Journal of Psychophysiology*, 55, 199-207.
- Teasdale, J. D. (1999a). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy*, 37, 53-78.
- Teasdale, J. D. (1999b). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. in Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V. in Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V. in Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J. in Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Telch, C. F., Agras, W. S. in Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 95-100.

Wells, A. in Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.