

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

INDIVIDUALNE RAZLIKE V STOPNJI
SAMOZAVEDANJA: POSLEDICE IN VPLIVI NA
DUŠEVNO ZDRAVJE

VESNA ŽORŽ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Individualne razlike v stopnji samozavedanja: posledice in vplivi na
duševno zdravje**

(Individual differences in the level of self-awareness: consequences and influences on
mental health)

Ime in priimek: Vesna Žorž

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Vesna ŽORŽ

Naslov zaključne naloge: Individualne razlike v stopnji samozavedanja: posledice in vplivi na duševno zdravje.

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 31

Število referenc: 72

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: samozavedanje, duševne motnje, duševno zdravje, uvid v bolezen

Izvleček:

V tem delu so predstavljene izbrane opredelitve in teorije samozavedanja, tj. teorija nadzora, teorija bega ter teorija objektivnega samozavedanja. Nadalje je iz ugotovitve, da obstajajo individualne razlike v stopnji samozavedanja raziskan vpliv teh razlik na duševno zdravje. Stopnjo samozavedanja lahko ločimo na nizko iz visoko; pri obeh lahko opazimo vzorec posledic na določene duševne motnje. Visoko stopnjo bolj povezujemo z motnjami in vedenji, ki so pogosta pri ljudeh z anksioznimi in/ali depresivnimi osebnostnimi potezami, nizko pa z motnjami, pri katerih je opazen slab uvid v bolezen. Na koncu so podane tri izbrane terapevtske pristope, ki upoštevajo stopnjo samozavedanja pri zdravljenju duševnih motenj in/ali destruktivnih vedenj ter predlagane smernice za nadaljnji raziskovalni in aplikativni razvoj na tem področju.

Key words documentation

Name and SURNAME: Vesna ŽORŽ

Title of the final project paper: Individual differences in the level of self-awareness: consequences and influences on mental health.

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 31

Number of references: 72

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: self-awareness, mental disorders, mental health, insight into illness.

Abstract:

This paper presents selected definitions and theories of self-awareness: the control theory, the escape theory and the objective self-awareness theory. It has been proven that there are individual differences in the level of self-awareness and I further research the impact of these differences on mental health. There are two levels of self-awareness – high and low, and the pattern of the effects of certain mental disorders can be observed from both. The high level of self-awareness is primarily related to mental disorders and behaviors with anxious and/or depressive personality traits; and the low level of self-awareness is associated with mental disorders with poor insight into the illness. Additionally, I discuss three selected therapeutic techniques that include the level of self-awareness in the treatment of mental disorders and/or destructive behaviors, and suggest directions for further research and application development on this subject.

ZAHVALA

Hvala staršem, ki so mi omogočili študij in nikoli ne prenehali verjeti vame. Prav tako hvala prijateljem in partnerju, ki vseskozi izkazujejo zanimanje za psihološke tematike in me na ta način nezavedno podpirajo k dodatnemu branju in raziskovanju psihologije.

Za popravke in realizacijo naloge se zahvaljujem svojemu mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu.

Hvala tudi Simoni Gomboc za vse konstruktivne nasvete, popravke in povode za dodatna razmišljanja pri pisanju zaključne naloge.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 ORIS SAMOZAVEDANJA	2
2.1. Samozavedanje kot dejavnik človeške dileme	2
2.2. Teorije, ki razlagajo posameznikovo stopnjo samozavedanja	2
2.3. Nevrološki pogled na samozavedanje	3
2.4. Medosebne razlike v stopnji samozavedanja in konstruktivnost le-tega	4
3 NEGATIVNE POSLEDICE VISOKE STOPNJE SAMOZAVEDANJA NA DUŠEVNO ZDRAVJE.....	5
3.1. Samomorilnost	5
3.2. Alkoholizem	5
3.3. Spolne motnje.....	6
3.4. Motnja spanja: insomnija	7
3.5. Motnje hranjenja	7
3.6. Depresija.....	8
3.7. Anksioznost in anksiozne motnje.....	9
4 NEGATIVNE POSLEDICE NIZKE STOPNJE SAMOZAVEDANJA NA DUŠEVNO ZDRAVJE.....	10
4.1. Psihoze	10
4.2. Motnje osebnosti	11
4.3. Avtizem	11
4.4. Alzheimerjeva demenca	12
5 SAMOZAVEDANJE V PSIHOTERAPIJI	13
5.1. Tri stopnje samozavedanja do izboljšanja duševnega zdravja (Cloninger, 2004)	13
5.2. Štiri rešitve za doseg zdrave stopnje samozavedanja (Leary, 2004).....	14
5.3. Čuječnost v psihoterapiji (Žvelc, 2012)	16
5.4. Povzetek in ugotovitve orisa pristopov, ki upoštevajo koncept samozavedanja... ..	17
6 SKLEPI.....	18
7 LITERATURA IN VIRI	20

1 UVOD

Samozavedanje je osebnostna lastnost, ki se nanaša na usmerjanje pozornosti k sebi in razmišljanje o lastnih motivih, čustvih, mislih in željah (Leary, 2000). Evolucijsko gledano, se je samozavedanje razvilo zaradi lažjega funkcioniranja posameznika v kompleksnem socialnem življenju (Gaulin in McBurney, 2004).

Samozavedanje igra pomembno vlogo pri načrtovanju in izvedbi posameznikovih dejanj in pri človeški samoregulaciji na splošno (Leary, 2004; Silvia in O'Brian, 2004). Povezano je tudi z ustvarjalnimi dosežki, ki bi težje nastajali brez ustvarjalčeve samokritike in samoocenjevanja (Csikszentmihalyi, 1996).

Iz vidika raziskovalnih vprašanj pričujočega dela pa je pomembna predvsem nujnost sposobnosti samozavedanja, tako za človeško blagostanje, kot tudi za tvorjenje lastne identitete (npr. Morin, 2011, v Selimbegović, 2013); občutja sekundarnih pozitivnih čustev (npr. ponos), ki jih samozavedanje omogoča, namreč tudi izboljšujejo samopodobo (Silvia in O'Brian, 2004).

Raziskave samozavedanja se največkrat usmerjajo na pozitivne posledice le-tega pri posamezniku, v tem delu pa bo pozornost usmerjena predvsem na negativne posledice in vplive, ki jih ima stopnja samozavedanja na duševno zdravje. Na ta način bo razumevanje posledic samozavedanja na duševno zdravje dopolnjeno in bolj celostno.

Namen tega dela je torej predstaviti koncepte, ki upoštevajo samozavedanje kot ključni dejavnik psihološke dinamike ter prikazati posledice in vplive, ki jih ima stopnja samozavedanja na duševne motnje. Skladno z namenom sledijo cilji, ki jih v tem delu želim doseči:

- Orisati izbrane teorije samozavedanja, nevrološko podlago le-tega ter iz vidika medosebnih razlik prikazati (ne)konstruktivnost različno izraženega samozavedanja.
- Predstaviti ključne posledice (pre)visoke in (pre)nizke stopnje samozavedanja na duševno zdravje in duševne motnje.
- Predstaviti nekaj izbranih terapevtskih tehnik, ki pri terapiji upoštevajo posameznikovo stopnjo samozavedanja.

2 ORIS SAMOZAVEDANJA

2.1. Samozavedanje kot dejavnik človeške dileme

Ker se to delo osredotoča predvsem na negativne posledice posameznikove stopnje samozavedanja, naj v uvodu predstavim dilemo, ki jo je Rollo May že leta 1967 videl kot osrednjo za razumevanje razmerja med samozavedanjem in psihološko dinamiko človeka:

» Človeška dilema (*angl.* »*The Human Dilemma*«) izhaja iz naše sposobnosti, da istočasno nase gledamo tako na objekte kot na subjekte lastnega doživljanja.« (May, 1967, v Silvia in O'Brian, 2004, str. 476).

Ko je naša pozornost usmerjena k sebi, sebe vidimo kot objekte. V tem stanju se ocenjujemo podobno kot ocenjujemo druge ljudi ali vse nežive predmete. Gledanje nase kot na predmet oziroma objekt nas opominja, da imamo tako kot drugi tudi mi sami meje in pomanjkljivosti, ki jih okolje ali zunanje sile lahko nadzorujejo in manipulirajo. Nasprotno pa je doživljanje sebe kot subjekta lahko bogato čustveno doživetje z občutki osebne brezmejnosti in svobode. Če sebe doživljamo kot subjekt, nimamo občutka, da smo predmet, ki ga je mogoče upravljati ali omejevati (May, 1967, v Silvia in O'Brian, 2004).

Človeška dilema je po Mayu (1967) torej v tem, da je doživljanje sebe kot objekta in kot tudi subjekta nujno, hkrati pa lahko škodljivo za posameznika. Lahko namreč pride do konflikta med prednostmi in pomanjkljivostmi obeh izkušenj sebe. Posameznik mora doseči sintezo med obema vrstama doživljanja sebe, iz katere mora potegniti maksimalno korist in minimalno mero trpljenja.

2.2. Teorije, ki razlagajo posameznikovo stopnjo samozavedanja

Iz vidika pričujočega dela se zdi pomembno poznati teorije, ki upoštevajo posameznikovo stopnjo in razloge za samozavedanje, saj nam to lahko pomaga pri razumevanju mehanizmov v ozadju negativnih posledic samozavedanja na duševno zdravje.

Samozavedanje je znotraj *teorije objektivnega samozavedanja* (*angl.* »*objective self-awareness*«) Duvala in Wicklunda (1972) razumljeno kot kritični dejavnik, ki odloča o tem ali na vedenje posameznika vpliva situacija, v kateri se znajde ali posameznikovi miselni procesi. Avtorja menita, da je takrat, ko posameznik razmišlja o samem sebi, bolj pod vplivom svojih osebnih značilnosti, meril in vedenj. Ko pa ne razmišlja o sebi, deluje bolj spontano in je bolj pod vplivom trenutne situacije, v kateri se znajde (Leary, 2004). Po tej teoriji je posledica usmerjenosti k lastnemu jazu kritično ocenjevanje tistega vidika jaza, ki je trenutno aktiven. To pa vodi k negativnim čustvom zaradi vidne neskladnosti med dejanskim stanjem in posameznikovimi ideali o sebi (Duval in Wicklund, 1972, po Avsec, 2005).

S posledicami samozavedanja je povezana tudi t.i. *nadzorna teorija* (angl. »control theory») avtorjev Carverja in Scheierja (1978, 1980, 1981, 1982, 1990), ki poleg ugotovitev teorije objektivnega samozavedanja, upošteva tudi medosebne razlike v pogostosti usmerjanja pozornosti nase. Nadzorna teorija razčleni usmerjeno pozornost nase, na zasebne in na javne vidike sebe. Zasebni vidiki so tisti vidiki, ki jih lahko le posameznik zazna sam pri sebi (občutki, razmišljanja, motivi, vrednote ...), javni pa tisti, ki jih lahko opazijo tudi drugi (zunanji videz, govor, obrazna mimika ...). Carver in Scheier (1981) verjameta, da lahko ob sprožitvi doloženih dražljajev predvidevamo, kam se bo usmerila posameznikova pozornost (iz okolja k sebi ali obratno). Na ta način lahko pridejo na plan posameznikove osebne značilnosti.

Nadalje *teorija bega* (angl. »the escape theory») avtorja Baumeisterja (1988, 1990) poudari škodljive posledice usmerjanja pozornosti nase. Postavlja tezo, da so poskusi pobega pred veliko mero usmerjenosti pozornosti nase v osnovi poskusi bega od slabih misli o sebi, od občutkov slabe samopodobe ter od poskusov lastne navidezne transcendence. Zato naj bi bila tudi razna patološka stanja odraz iste tendence; tako se npr. raven samozavedanja pri izvajanju mazohističnega akta zmanjša, saj je takrat posameznik osredotočen le na neposredno sedanjost, svoje telesne občutke in zavedanje sebe kot (zgolj) spolnega objekta (Baumeister, 1988).

2.3. Nevrološki pogled na samozavedanje

Razvoj tehnologije in posledično naprav za slikanje možganov, nam omogoča razumevanje samozavedanja tudi preko nevroloških korelatov. Samozavedanje se po trenutnih ugotovitvah povezuje s tremi ključnimi predeli možganov:

Inzularna skorja je predel možganov, ki je bistven za stimulacijo samozavedanja (angl. »interoceptive awareness») (Craig, 2004). Po tej hipotezi je inzula, še posebej anteriorni predel inzule, podlaga za vse komponente samozavedanja (introspektivne in tiste, ki so vidne drugim).

Tudi *anteriorna cingulatna skorja* igra vlogo pri samozavedanju, še posebej pri zavedanju čustev in stimulaciji samozavedanja (Damasio, 1999) in pri prepoznavanju obrazne mimike (Kircher idr., 2001). Vpletena je tudi pri zavestnem spremljanju konflikta (Mayr, 2004) in pri spremljanju informacij o samem sebi, kar je temelj introspekcije (Northoff in Bermpohl, 2004).

Tretja regija v možganih, povezana s samozavedanjem, pa je *medialna prefrontalna skorja*. Povezujejo jo z avtobiografskim spremljanjem sebe (Damasio, 1999), samoreflektivnimi mislimi (Damasio in Van Hoesen, 1983), uvidom (Stauss, 1991) in s projekcijo sebe v

prihodnosti (Schacter, Addis in Buckner, 2007). Pacienti z okvarami v medialni prefrontalni skorji imajo tudi oslABLJENO samoregulacijo v socialnih situacijah; primer je deljenje zelo osebnih informacij o sebi z neznanci (Beer, John, Knight in Scabini 2006)

2.4. Medosebne razlike v stopnji samozavedanja in konstruktivnost le-tega

Če ugotavljamo negativne posledice samozavedanja na duševno zdravje, to predpostavlja prevzemanje teze o medosebnih razlikah v stopnji samozavedanja.

Empirično je bilo potrjeno s strani Fenigsteinerja, Scheierja in Bussa že leta 1975, ki so pomembno opozorili tudi na to, da je pomembno ločevati med samozavedanjem kot relativno trajno osebnostno lastnostjo in samozavedanjem kot trenutnim stanjem.

Tako je ugotovljeno, da nekatere osebe nenehno razmišljajo o sebi, nadzorujejo svoje vedenje in obsesivno analizirajo svoje misli. Na drugi strani pa so osebe, ki zaradi odsotnosti samozavedanja ne razumejo lastnih motivov ali tega, kako se kažejo pred drugimi ljudmi. Posamezniki, ki veliko usmerjajo pozornost k sebi, bodo bolj odzivni na terapije, ki zahtevajo vpogled vase; nasprotno pa tisti, ki manj usmerjajo pozornost nase, bodo v tovrstnih terapijah manj odzivni. Posamezniki z nizkim in visokim samozavedanjem bodo tudi različno odreagirali na opazovanje sebe v ogledalu, pred kamero in pred občinstvom (Fenigstein, Scheier in Buss, 1975).

Visoko samozavedanje je v osnovi povezano s psihološkim zdravjem in boljšo psihično prilagojenostjo (Leary, 2004).

Kljub temu pa Trapnell in Campbell (1999) ugotavljata, da obstajajo različni razlogi za pogosto usmerjeno pozornost k sebi. To razlikovanje nam pomaga razumeti negativne posledice samozavedanja na duševno zdravje posameznika. Na eni strani so spoznavni razlogi (»refleksija«), ki jih spodbuja posameznikova radovednost o samem sebi. Na drugi strani pa nevrotični razlogi (»ruminacija«), ki jih spodbuja strah in dvomi o samem sebi. Nekonstruktivno razmišljanje o sebi je tako povezano s pogostimi vsiljivimi mislimi in posledično lahko medijira pri pojavu depresivnosti in anksioznosti.

3 NEGATIVNE POSLEDICE VISOKE STOPNJE SAMOZAVEDANJA NA DUŠEVNO ZDRAVJE

Visoko stopnjo samozavedanja in nekonstruktivne razloge za pogosto usmerjeno pozornost nase povezujemo s psihološkimi motnjami, v katere je v osnovi vključeno depresivno in/ali anksiozno čustvovanje o samih sebi. Po teoriji Feningsteina, Scheinerja in Bussa (1975), naj bi bilo za posameznike z visoko stopnjo samozavedanja značilno sledeče: sposobnost prepoznavanja lastnih pozitivnih in negativnih osebnostnih značilnosti, introspektivno vedenje, nagnjenost k vizualizaciji sebe, občutljivost za notranja občutja, zavedanje zunanjega videza in vrste samopredstavitve, preobremenjenost s svojim preteklim, sedanjim in prihodnjim vedenjem ter skrb zaradi ocenjevanja drugih.

V podpoglavjih so povzete raziskave, ki upoštevajo negativne posledice visoke stopnje samozavedanja pri razlagi pojava izbranih destruktivnih vedenj (samomorilnost, alkoholizem) in duševnih motenj (spolne motnje, motnje spanja, motnje hranjenja, depresija in anksiozne motnje).

3.1. Samomorilnost

Baumeister (1990) v okviru teorije bega razvija tezo, da je samomor način bega pred samozavedanjem. Samomorilni proces se začne pri pomembnem življenjskem neuspehu, ki posameznika vodi do razmišljanja o razcepu med realnim in idealnim stanjem. Za neskladje se med procesom samozavedanja okrivi sam sebe, kar mu povzroči negativna občutja in željo, da bi se rešil teh občutij. To ga postopoma pripelje do negativnega osmišljanja izkušenj, nizke stopnje samozavedanja in stanja kognitivne dekonstrukcije. V tem stanju se lahko odloči za samomor, ki ga vidi kot ultimativno rešitev za beg pred negativnimi čustvi o samem sebi.

Raziskava Chatarda in Selimbegovića (2012), ki temelji na Baumeisterjevi tezi o povezavi samomorilnega vedenja s teorijo bega, se je npr. usmerila na *učinek ogledala* na izbiro s samomorom povezanimi besedami med reševanjem izbirnih nalog. Potrjena je bila hipoteza, da udeleženci, ki so bili med reševanjem nalog izpostavljeni svojemu odsevu v ogledalu, pogosteje prepoznavajo s samomorom povezane besede.

3.2. Alkoholizem

Potrjeno je, da uživanje alkohola posega v kognitivne procese, ki so vključeni v samoregulacijo (Leary, 2004).

Hull in Young (1983) sta potrdila, da alkohol zmanjšuje posameznikovo običajno mero samozavedanja, saj so posamezniki, ki so uživali alkohol, manj uporabljali besede, povezane z njimi samimi (»jaz«, »mene«, »moje« ...).

Podobno je ugotovila tudi raziskava Hulla, Levensona, Schera in Younga (1983), v katero je bilo poleg uživanja alkoholnih pijač vključen tudi potencialen občutek neuspeha ob slabih rezultatih pri testih inteligence: udeleženci, ki so imeli višje rezultate na lestvici samozavedanja so ob slabših rezultatih spili opazno več alkohola kot udeleženci, ki so imeli nizke rezultate na tej lestvici.

Ob teh rezultatih se pojavi vprašanje ali ljudje, ki pogosto usmerjajo pozornost k sebi, uživajo alkohol, da bi se izognili svojemu notranjemu, kritičnem glasu ob osebnih neuspehih. Nadaljnja raziskava (Hull, Young in Jouriles, 1986) je to potrdila.

Mogoče je torej, da bi bilo pri programih zdravljenja alkoholizma funkcionalno vključiti tudi komponente, ki bi pomagale odvisnikom pravilno nadzorovati zaznavanje sebe - za odvisnike, ki pogosto usmerjajo pozornost k sebi, bi torej bilo pomembno, da se naučijo drugih, manj destruktivnih načinov za ublažitev kritičnega mišljenja o samih sebi (Leary, 2004).

Včasih pa se pojavi nasprotni učinek alkohola ali alkoholna kratkovidnost (angl. »the alcohol myopia«), ki posamezniku ob uživanju alkohola povzroči še več usmerjene pozornosti k sebi. Ta učinek se navadno pojavi ob pitju brez družbe, saj je posameznikova pozornost v družbi usmerjena drugam, na primer na zanimiv pogovor ali glasno glasbo (Steele in Josephs, 1990). Zakaj potem posameznik ob osebnem neuspehu poseže po alkoholu? Leary (2004) poda razlago, da posameznik pije sam, ker namesto prekomerne osredotočenosti nase pričakuje, da se bo bolje počutil. Zgodí se pa nasprotno.

3.3. Spolne motnje

V navezavi s spolnimi motnjami je bil s samozavedanjem povezan predvsem mazohizem. Baumeister (1988) mazohizem ne prikaže le kot obliko samodestrukcije ali kot konstrukt sadizma, pač pa tudi kot pobeg od zavedanja sebe in svojih neuspehov. Osnovne značilnosti mazohizma (bolečina, ponižnost in uslužnost) pomagajo izvesti hipotetičen pobeg od lastne, visoke ravni samozavedanja. Raven se namreč pri izvajanju mazohističnega akta zmanjša, saj je takrat posameznik osredotočen le na neposredno sedanost, telesne občutke in zavedanje sebe zgolj kot spolnega objekta. Pobeg iz visoke osredotočenosti nase ima še eno posledico: omogoča osebno transformacijo, uresničevanje fantazij in tvorbo nove identitete na višji ravni.

Presenetljivo pa je, da se mazohizma ne poslužujejo le ljudje, ki bi radi pobegnili od svojega kritičnega glasu o lastnih neuspehih. Največ se ga poslužujejo uspešni ljudje, ki jim mazohizem predstavlja beg od vsakdanjih odgovornosti in avtoritete (Baumeister, 1989).

Samozavedanje pa ne vpliva le na motnje spolne preference, kot je na primer mazohizem, pač pa tudi na pogoste spolne motnje, kot je na primer na impotenco.

Impotenco so v eni od raziskav Tennena in Afflecka (1991) povezali z visoko stopnjo samozavedanja. Pri impotentnih moških je namreč zelo pogost strah, da se seksualno ne bodo dobro izkazali. Po neuspešnem spolnem aktu namreč začnejo pretirano skrbeti o svoji spolni moči in o tem, da se bo prizor ponovil. Rešitev za z impotenco povezanimi težavami naj bi torej paradoksalno bila v ovrženi skrbi o lastni impotenci.

3.4. Motnja spanja: insomnija

Raziskava Stormsa in McCaula je že leta 1976 pokazala, da so ljudje z insomnijo nagnjeni k obsesivnemu premlevanju dejstva, da ne morejo zaspati. Pojavi se problem samo-obtoževanja (na primer: »Vedel sem, da ne bi smel spiti kave pred spanjem«) in skrb za posledice v prihodnosti (na primer: »Jutri bom izčrpan v službi«). Tovrstne vsiljive misli o insomniji lahko še poslabšajo prvoten problem; pojavijo se čustva frustracije, jeze in zaskrbljenosti.

Novejša korelacijska analiza (Wicklow in Espie, 2000) je nadalje pokazala, da je psihološke razloge za nespečnost, ki so posredno povezani s samozavedanjem, mogoče razdeliti v tri kategorije: (i) aktivno reševanje problemov pred spanjem, (ii) aktivno spremljanje trenutnega stanja nespečnosti ter (iii) okoljski moteči dejavniki.

3.5. Motnje hranjenja

Kljub temu, da morajo nekateri posamezniki izgubiti težo predvsem zaradi zdravstvenih razlogov, je raziskava Hayesa in Rossa že leta 1987 pokazala, da je več kot polovica ljudi na dieti predvsem zaradi izboljšanja zunanega videza. Podobno je pokazala tudi druga raziskava (Hewitt, Flett in Ediger, 1995), v kateri se je izkazalo, da je večina žensk z motnjami hranjenja obsedena s svojim videzom in s skrbjo o tem kako jih bodo drugi sprejeli. To kaže, da je visoka raven samozavedanja pomemben dejavnik pri motnjah hranjenja. Zato tudi bolniki brez ustreznega zdravljenja, težko prenehajo pretirano razmišljati o svojem videzu, teži in obnašanju pred drugimi ljudmi.

Baumeister in Heatherton (1991) prenašanje povežeta z begom pred visoko stopnjo samozavedanja. Prenašanje se pojavi zaradi pogoste kritične osredotočenosti na samega sebe. Ker ima tak posameznik visoke standarde in pričakovanja do sebe, se mora večkrat soočiti z občutki neuspeha. Tako pride do prenašanja, ki je v svojem bistvu beg pred visoko stopnjo samozavedanja.

3.6. Depresija

Obstaja veliko razlogov za pojav depresije. Nekateri so izključni biološki, drugi pa se nanašajo tudi na to, kako se posameznik sam sebe sprejema (Leary, 2004).

Starejše raziskave predispozicij za depresijo ugotavljajo pri bolnikih značilen depresiven (angl.«depressogenic») način mišljenja o negativnih dogodkih. Posamezniki, s tovrstnim načinom mišljenja za slabe dogodke okrivijo sebe in vedejo na način, ki spodbuja k nastanku novih problemov (Seligman, Abramson, Semmel in Von Baeyer, 1979). Očitno je torej, da je za pojav depresije krivo tudi razmišljanje o svoji vlogi v kontekstu aktualnih problemov.

Smith in Greenberg (1981) sta bila prva, ki sta ugotovila direktno povezanost med samozavedanjem in depresivnimi simptomi. Usmerjena pozornost k sebi naj bi vplivala na povečano čustveno intenzivnost, bolj netočne samo-opise in slabšo samopodobo.

Samozavedanje lahko zaostri izkustvo negativnih življenjskih dogodkov; posledica tega pa je »depresivni stil osredotočanja pozornosti nase« (angl. »depressive self-focusing style«), ki vpliva na nadaljnji negativni razvoj dogodkov v posameznikovem življenju. Vse to vodi do slabe samopodobe, ki je ena izmed ključnih dejavnikov za nastanek depresije (Pyszczynski in Greenberg, 1987).

Skupaj z drugimi procesi ima samozavedanje veliko vlogo pri obsesivnem premlevanju svojega počutja. Prav tako so bile ugotovljene korelacije z nevroticizmom, ki je pomembno povezan z depresijo (Trapnell in Campbell, 1999).

Plant in Ryan (1985) sta ugotovila, da samozavedanje vpliva na upad motivacije in zanimanja za vsakdanje aktivnosti. Ko se pogostost samozavedanja povečuje, se hkrati zmanjšuje osredotočenost na trenutno dejavnost, ki jo posameznik opravlja. Zato pride do izgube volje za vsakdanje dejavnosti; izguba volje pa je eden izmed ključnih simptomov depresije (Silvia, 2002; Silvia, 2002b).

Dokazan pa je tudi obraten odnos med uvidom v bolezen in simptomi depresije; večji kot je uvid v bolezen, bolj izraziti so simptomi (Gonzalez, 2008; Dias, Brissos in Carita, 2008).

3.7. Anksioznost in anksiozne motnje

Potrjeno je, da se je pojav anksioznosti in z anksioznostjo povezanih motenj v zadnjih desetletjih razširil (Leary, 2004).

Martin (1997) razlaga porast anksioznih motenj z dejavniki, ki so povezani tudi s pogosto usmerjeno pozornostjo k sebi. Naši davni predniki naj bi bili namreč bolj kot mi prisiljeni se osredotočati na vsakodnevno preživetje (na primer na lov) in ne toliko na svojo bližnjo prihodnost. Njihovo mišljenje o samih sebi, naj bi bilo v nasprotju s sodobnim, bolj povezano z vsakodnevnimi cilji: če so jih dosegli, so vsak dan prejeli pozitiven odziv. Sodoben človek živi za nejasno prihodnost in ne prejema vsakodnevnih odzivov o tem ali pravilno ravna ali ne. To mu po Martinovo povzroča anksioznost (Martin, 1997).

Leary (2004) meni, da je anksioznost glede lastne smrti tudi produkt samozavedanja. Zmožni smo si namreč dobro predstavljati lastno smrt oziroma svojo prihodnost; ob tem se nam poveča nivo anksioznosti. Podobno kot smrt smo si tudi sposobni predstavljati sebe v različnih drugih nevarnih ali neprijetnih situacijah. Anksioznost glede neprijetne prihodnosti lahko privede do panike in panika lahko privede do panične motnje.

Tako kot depresija je tudi anksioznost povezana s pretirano mero samozavedanja, kar empirično dokazujejo tudi nekatere raziskave (na primer: Woodruff-Borden, Brothers in Lister, 2001). Ugotovljeno je bilo, da je negativen učinek prepogoste usmerjenosti pozornosti k sebi najbolj povezan s socialno anksioznostjo in generalizirano anksiozno motnjo (Clark in Wells, 1995; Wells, 2000). Ko posameznik usmerja pozornost k sebi v stresnih situacijah, ga samozavedanje privede do še večje stopnje anksioznosti.

Socialna anksioznost je torej povezana s samozavedanjem zaradi človeške sposobnosti predstavljati si sebe v stresnih situacijah (Leary in Kowalski, 1995). Vključuje pretirano skrb o svojem videzu, obnašanju in o svojih potencialnih neuspehih v socialnih kontekstih (Schlenker in Leary, 1982).

Raziskava (Storms in McCaul, 1976) razlaga pojav anksioznosti skozi človeško tendenco, da se na lastna čustva odzovemo s ponovno čustveno reakcijo. Na primer, ko imamo čustvene probleme, smo jih s pomočjo razmišljanja o samih sebi sposobni potencirati do točke, da se primarni problemi razvijejo v še večje. Torej potenciramo anksioznost v še višjo stopnjo anksioznosti. Nezlek (2002) prav tako ugotavlja, da posameznikova dnevna mera anksioznosti zelo korelira z dnevno mero pozornosti, usmerjene k sebi.

4 NEGATIVNE POSLEDICE NIZKE STOPNJE SAMOZAVEDANJA NA DUŠEVNO ZDRAVJE

Že Freud (v Avsec, 2004) se je veliko ukvarjal s težavami, ki jih imamo ljudje pri zavedanju lastnih resničnih motivov in želja. Te naj bi pregnali v nezavedno, da bi jim preprečili ogrožanje ega. Freud (1910, po Greenberg in Mitchell, 1983) je opisoval psihotične paciente, ki so po njegovo »neanalizabilni«, saj nimajo sposobnosti za uvid vase. Razlog za težave pri psihoanalizi psihotičnih pacientov je videl v odvrnitvi libida od objektov, kar posledično onemogoča razvoj transferja v psihoanalitični obravnavi.

V kontekstu raziskovanja posledic nizke stopnje samozavedanja na duševno zdravje se bom v tem poglavju osredotočila predvsem na slab uvid (ali vpogled) v bolezen pri posameznikih z nizko stopnjo samozavedanja.

Po definiciji Amadora in Davida (1998) je uvid v bolezen multidimenzionalni koncept, sestavljen iz petih komponent: zavedanje bolezni, zavedanje socialnih posledic bolezni, zavedanje potrebe po zdravljenju, zavedanje simptomov duševne motnje in zavedanje atribucije simptomov duševne motnje.

Vprašanje uvida (ali vpogleda) v bolezen je trenutno aktualno v biološkem in farmakološkem razvoju sodobne psihiatrije. Primarno je uvid v bolezen povezan predvsem z napovedjo poteka zdravljenja psihiatričnih motenj, še posebno na področju psihosocialne rehabilitacije pacientov (Amador idr., 1994; Michalakeas, 1994; Pini, Cassano, Dell'Osso in Amador, 2001)

4.1. Psihoze

Samozavedanje se v navezavi s psihotičnimi motnjami povezuje z nizko stopnjo bolnikovega uvida v bolezen. Že Kraepelin je le-tega opredelil kot eno izmed temeljnih značilnosti psihoz. Slab uvid pri bolnikih s psihotičnimi boleznimi je opisoval že Kraepelin (1919, v Amador in David, 1998) in ga opredelil kot eno izmed temeljnih značilnosti psihoz. Cooke, Peters, Kuipers in Kumari (2005) so slab uvid v bolezen pripisali nevropsihološkim okvaram med potekom bolezni.

David (1990) je pri psihotičnih bolnikih opredelil tri dimenzije kakovostnega uvida: (i) zavedanje o obstoju lastne bolezni, (ii) prepoznavanje psihotičnih simptomov kot abnormalnih, (iii) sprejetje zdravljenja.

Ugotovljena je bila tudi povezava med t.i. teorijo uma in uvidom v bolezen; psihotični bolniki imajo namreč lažno prepričanje o svoji sposobnosti, da lahko vidijo sebe skozi oči

drugega (Bora idr., 2005). V skladu s to ugotovitvijo je bilo tudi poudarjeno, da imajo bolniki s slabim uvidom v bolezen težave pri izmenjavi socialnih podatkov z drugimi in pri uporabi socialnih iztočnic za osebno razlago vedenja drugih ljudi (Lysaker idr., 2007).

Rezultati raziskave (Amador idr., 1994) nakazujejo, da se pomanjkanje samozavedanja velikokrat pojavlja pri shizofreniji. Razlog za pomanjkanje verjetno izvira iz nevropsiholoških disfunkcij, ki jih ta bolezen vključuje v večji meri kot druge psihotične motnje. Tudi uvid v bolezen je pri bolnikih s shizofrenijo slabši kot pri pacientih s shizoafektivnimi motnjami ali pri pacientih z depresijo z ali brez psihotičnih epizod. Slab uvid je tudi en izmed razlogov, zakaj bolniki s shizofrenijo slabše psiho-socialno funkcionirajo

Korelacijska analiza bolnikov s shizofrenijo je pokazala pomanjkanje zavedanja svojih realnih kognitivnih težav. Poleg tega pa je bilo ugotovljeno, da slaba samopodoba in negativni simptomi vplivajo na zmanjšanje samozavedanja. Posamezniki z višjo stopnjo samozavedanja so imeli v povprečju nižjo sposobnost delovnega spomina in višji IQ (Cella, Swan, Medin, Reeder in Wykes, 2013).

Novejši meta-analitični pregled nizke stopnje samozavedanja pri shizofreniji (Hur, Kwon, Lee in Park 2014) je potrdil pretekle izsledke, saj je pokazal, da imajo ljudje s shizofrenijo opazno manjšo stopnjo zaznavanja sebe, ki vključuje *drugačno zaznavanje* svojega telesa in *drugačne občutke* o samih sebi.

4.2. Motnje osebnosti

Pri skoraj vseh motnjah osebnosti je samozavedanje precej odsoten pojav (Cloninger, 2000). Na obnašanje teh ljudi vplivajo predvsem predhodna prepričanja, ki jih vodijo do čustev in dejanj. Zaradi odsotnosti samozavedanja večkrat ravnajo le po trenutnem občutku – po tem ali jim je nekaj všeč ali jim ni. Drugi takšne ljudi pogosto opišejo kot »nezrele« ali kot »egoistične« (Cloninger, 2000).

4.3. Avtizem

Lombardo in Baron Cohen (2010), ki sta se ukvarjala z razumevanjem pojava samozavedanja pri avtistih, sta ugotovila opazne razlike v samozavedanju med avtisti in zdravo populacijo. Avtisti imajo namreč težave pri spremljanju svojih naklepov in čustev, prav tako pa težko sprejmejo sebe kot del socialnega konteksta.

Pomanjkanje samozavedanja pri avtistih pomembno vpliva na procese zdravljenja. Dokler namreč bolniki ne vidijo svojega vedenja kot nekaj, kar je mogoče izboljšati, bodo posledično tudi manj motivirani za zdravljenje.

Rezultati študije (Verhoeven idr., 2012) kažejo, da avtisti z višjo stopnjo samozavedanja pri vajah iz socialnega funkcioniranja hitreje napredujejo. Prav tako so starši avtističnih otrok, ki jim je bila s terapijo dvignjena raven samozavedanja, poročali o manj težavah z otroki pri vsakdanjih opravilih.

4.4. Alzheimerjeva demenca

Bolniki z Alzheimerjevo boleznijo in drugimi neurodegenerativnimi boleznimi kažejo na izrazito pomanjkanje samozavedanja. Ne zavedajo se upada svojih kognitivnih in vedenjskih funkcij. Opazen je pojav *anosognozije*, ki se nanaša na izgubo uvida oziroma zavedanja bolezni (Ecklund-Johnson in Torres, 2005). Vpliv slabega zavedanja svoje bolezni se kaže pri slabših odzivih na zdravljenje, večjem izpostavljanju nevarnim vedenjem in večjo obremenjenostjo skrbnikov dementnih bolnikov (Aalten idr., 2006)

5 SAMOZAVEDANJE V PSIHOTERAPIJI

Proachaska in Norcross (2003) menita, da je vsak psihoterapevtski proces povezan z dvigom stopnje posameznikovega opazovanja samega sebe in s tem povečevanja nabora informacij o samem sebi - torej kot tak vedno vsebuje dejavnik samozavedanja.

V nadaljevanju bodo opisani trije izbrani pristopi in njihovo razumevanje pomena samozavedanja pri zdravljenju duševnih motenj. Iz vidika omejitev diplomskega dela v nadaljevanju zavestno ne bodo raziskani samozavedanju podobni koncepti, kot so npr. »meta-kognicija« ali »mentalizacija«, saj sem ocenila, da bi njihova integracija lahko povzročila manj strukturiran in razumljiv pregled pomena samozavedanja v psihoterapiji.

5.1. Tri stopnje samozavedanja do izboljšanja duševnega zdravja (Cloninger, 2004)

Pri ocenjevanju posameznikove osebnosti je potrebno upoštevati tudi njegovo stopnjo samozavedanja in dobrega počutja. Zdravje in dobro počutje sta namreč več kot odsotnost bolezni in bolezenskih znakov (Cloninger in Svrakic, 2008). Stopnja samozavedanja je odvisna od posameznikovega dobrega počutja, saj je zdrava mera samozavedanja povezana z boljšimi socialnimi veščinami in s pozitivnimi čustvi (Cloninger, 2004).

Obstajajo tri glavne stopnje samozavedanja na poti do dobrega počutja:

Stopnja 1: Odrasla stopnja kognicije (angl. » average adult cognition«)

Na tej stopnji naj bi se posameznik naučil, da občuti hvaležnost ob dosegu osebnih ciljev. Še vedno pa ostaja egocentričen in občuti razočaranje ob osebnih neuspehih. Povprečna oseba lahko deluje dobro pod takimi pogoji, dokler ne pride do stresnih situacij. Posameznik na tej stopnji preneha delovati egocentrično in podvrženo trenutnim impulzom (kot je to v primeru otroka). Sposoben se je sprostiti in pozabiti na negativne občutke; ko to doseže, je pripravljen sprejeti realnost.

Stopnja 2: Meta-kognicija (angl. »meta-cognition«)

Druga stopnja samozavedanja je tipična pri odraslih, ki delujejo kot »dobri starši«. Dober starš je vsestranski v perspektivi gledanja na stvari svojih otrok; to pomeni, da je sposoben mirno predelati tudi potrebe svojih otrok in perspektive drugih ljudi. Ta uravnotežen pristop je dober način do zadovoljstva in harmonije. Stopnja 2 je predvsem stopnja, kjer se posameznik uči opazovati svoje miselne procese in pri tem upoštevati miselne procese drugih ljudi, brez da jih bi pretirano obsojal ali krivil za določeno stvar.

Stopnjo 2 Cloninger (2005) poveže s koncepti, kot so: »meta-kognitivno zavedanje«, »čujučnost« in »mentalizacija«. Sposobnost uma, da opazuje sam sebe, omogoča več

prožnosti v posameznikovih dejanjih in posledično manj razmišljanja tipa »vse ali nič«. (Teasdale idr., 2002). Še vedno pa se pojavljajo čustva, ki so posledica dualistične perspektive; posamezniki na tej stopnji se morajo še vedno držati discipline in nadzorovati svoje čustvene odzive. Takšno prizadevanje pa predstavlja napor, zato je čuječnost po Cloningerjevo (2005) le zmerno učinkovita na poti do dobrega počutja.

Stopnja 3: Kontemplacija (angl. »contemplation«)

Posameznik, ki doseže stopnjo 3, je sposoben neposrednega dojetja svoje perspektive. To pomeni, da lahko predvidi katere sheme mu pritegnejo pozornost in si ustvari okvir, v katerem si organizira svoja pričakovanja, vedenja in razlago dogodkov. Direktno zavedanje samega sebe mu razširi zavest, ker mu odpre dostop do prej nezavednih procesov. S tem se znebi iluzij, nepristranskega (samo)spraševanja in negativnih prepričanj v življenju kot so: »Nemočen sem« ali »Nihče me nima rad« ali »Vera je iluzija«.

Tretjo stopnjo samozavedanja lahko opišemo tudi kot »čustveno« (angl. »soulful«), saj se oseba na tej stopnji zaveda svojih neizrečenih in globokih čustev (na primer: sočutje, upanje, čast), ki se spontano pojavijo ob zavzemanju direktne perspektive.

»Čustvenost« se je pri zdravljenju osebnostnih motenj (na primer pri bordeline osebnostni motnji) izkazala kot učinkovitejša kot čuječnost, saj čuječnost večkrat ne zadostuje za zmanjšanje občutka brezupa pri posamezniku. Vendar pa večina ljudi nikoli popolnoma ne doseže stopnje kontemplacije, saj živimo v svetu, ki postavlja materialne dobrine nad spiritualne (Linehan, 1993).

5.2. Štiri rešitve za doseg zdrave stopnje samozavedanja (Leary, 2004)

Mark R. Leary v svoji knjigi *The curse of the self* ugotavlja različne aspekte usmerjene pozornosti k sebi. Meni, da kadar razumemo na kakšen način self ustvarja težave, se lahko z njimi bolje spoprime in doprinesemo pozitivne spremembe za duševno zdravje.

Predlaga in razloži nadaljnje štiri rešitve za doseg zdrave stopnje samozavedanja:

Rešitev 1: Utišanje self-a (angl. »quieting the self«)

Večina ljudi se obsesivno izgublja v razmišljanju o samih sebi: o svojih spominih, obžalovanjih, skrbeh, načrtih. Ta notranji monolog jih odvrača od življenja v realnem svetu, ohranja neprijetna čustva in ustvarja številne težave kot je na primer anksioznost. Da bi temu ubežali, se ljudje lahko spustijo v različna vedenja in ekstreme: alkohol, avanturistične športe, nakupovanje, gledanje televizije itd. Vsa ta vedenja pa niso vedno mogoča za izvedbo in če so, ne prinesejo dolgotrajne rešitve za utišanje motečega samomonologa.

Zaradi tega Leary vidi ultimativno rešitev v katerikoli vrsti meditacije. Meditacija namreč dokazano zmanjša moteč samomonolog, poleg tega pa ni škodljiva in je izvedljiva v vsakem trenutku.

Rešitev 2: Spodbujanje ego-skepticizma (angl. »*fostering ego-skepticism*«)

Naše dožemanje sveta, drugih ljudi in sebe je skupek na eni strani realnih, objektivnih dogodkov in na drugi naših subjektivnih interpretacij teh dogodkov. Na splošno ljudje menimo, da so naše reakcije realni odzivi na aktualna dogajanja v svetu; v resnici pa igra self pomembno vlogo pri interpretaciji zaznavanja sveta. Realno in subjektivno zaznavanje sebe in sveta sta prepletena tako tesno, da se le redko zavedamo, da si naše doživljanje pravzaprav kreiramo sami.

Rešitev za ta problem je torej v razvoju zdravega občutka ego-skepticizma: priznanje, da naše subjektivno doživljanje ni vedno realen odraz dogajanja okoli nas. Uporabljati moramo zdravo mero skepticizma za interpretacijo izkušenj. Zavedati se moramo, da imamo tako kot drugi enostranski pogled na svet in da so naši pogledi v povprečju prav tako napačni kot pogledi drugih ljudi.

Pri veliko ljudeh se ob spodbujanju ego-skepticizma pojavi strah, da bi izgubili sebe ali da bi bili za vedno paralizirani v negotovosti. Leary meni, da moramo še vedno delovati na podlagi svojih najboljših sodb, hkrati pa se moramo konstantno zavedati, da smo zmotljivi in da je naš pogled na svet le en izmed mnogih.

Rešitev 3: Zmanjševanje egoizma in ego-defenzivnosti (angl. »*reducing egotism and ego-defensiveness*«)

Človeško dožemanje sveta ni samo egocentrično, pač pa tudi egoistično. Nagnjeni smo k temu, da dejstva obrnemo sebi v korist, kolikor je le to mogoče. Naš ego ogrožajo dogodki, ki nam dokazujejo, da smo manj sposobni, zaželeni in etični. To nam povzroča negativne občutke. Ko poskušamo na vse načine zaščititi svoj ego, večkrat postanemo odtujeni, neprijetni ali celo agresivni. Konflikti z drugimi ljudmi tako večkrat izhajajo iz medosebne bitke med egi. Leary podaja dve tehniki za zmanjševanje egoizma in zaščite svojega ega.

Najprej se moramo zavedati, da je naš ego le mentalna ideja in da je ščitenje svojega ega v bistvu ščitenje naše predstave o samih sebi. Spoznati moramo, da je ščitenje ega za nas nepotrebno in nam večkrat prinese negativne občutke o samih sebi. Grožnje ega so večkrat povsem brez realne osnove, poleg tega pa nas prisilijo, da se po nepotrebem ukvarjamo z izidi negativnih dogodkov.

Druga, bolj splošna tehnika za zmanjšanje varovalne funkcije ega, je v spodbujanju sočutja do sebe. Tako kot imamo lahko sočutje do drugih ljudi, ga imamo lahko tudi do sebe. Sočutje do sebe zmanjšuje egoizem, saj znižuje raven pojavov dogodkov, ki ogrožajo naš

ego. Gojiti moramo spoštovanje do sebe in se zavedati, da nam gre lahko kakšna stvar tudi narobe. Tako ne bo potrebe po izzivanju bolečih dejstev o samih sebi, ki slabo vplivajo na samopodobo in ne bo se nam treba ukvarjati z nepomembnimi dogodki, ki škodujejo našemu egu. Sočutje zagotavlja čustveno varnost, boljše sprejemanje sebe in sprejemanje okoliščin brez samo-obsojanja. Sočutje ne pomeni, da bi morali sprejeti svoje pomanjkljivosti, ne da bi jih poskušali izboljšati. Do neke mere moramo pokazati obžalovanje za svoja dejanja. Ob tem pa moramo uporabljati sočutje za svoje napake brez samo-sovrášta.

Rešitev 4: Optimiziranje samokontrole (angl. »*optimizing self-control*«)

Zadnje rešitev Leary vidi v optimizirani samokontroli, ki jo razume nekoliko drugače kot si jo ljudje navadno predstavljamo. Običajno si samokontrolo namreč predstavljamo kot moč, da se upremo nekaterim škodljivim impulzom: kadilec se na primer poskuša upreti cigareti. Moški, ki je jezen postaja še bolj jezen s tem, da razmišlja o situaciji, ki ga je do jeze pripeljala.

Načini, da bi poskušali same sebe kontrolirati, so pogosto neuspešni in nam povzročajo še več težav, še posebej takrat, ko naši cilji niso pazljivo izbrani.

Boljši način do samokontrole je, da vadimo preostale tri rešitve: utišanje self-a, spodbujanje ego-skepticizma, zmanjševanje egoizma in zmanjševanje zaščite svojega ega. Tako lahko pridemo do kvalitetnejše samokontrole, ki nam ne povzroča dodatnih problemov.

5.3. Čuječnost v psihoterapiji (Žvelc, 2012)

V zadnjem času je zanimanje za čuječnost v psihologiji in psihoterapiji naraslo (Černetič, 2011). Čuječnost (angl. »*mindfulness*«) je zavedanje sedanosti ne da bi jo poskušali spremeniti, obsojati ali se ji izogniti. Teorije in metode integrativne psihoterapije so osnovane na filozofiji sprejemanja zavedanja trenutka skozi terapevtski odnos. Černetič (2011) navaja štiri pojave, ki jih mehanizmi čuječnosti obsegajo: sprejemanje, decentrirana perspektiva, samoregulacija in pozitivna distrakcija

Terapevtske metode spodbujanja čuječnosti temeljijo na *povpraševanju, uglaševanju in udeležnosti*.

Povpraševanje krepi zavedanje in povečuje stik s sabo in z drugimi. S pravim načinom spraševanja terapevt izzove pacientovo zavedanje njegovih lastnih izkušenj.

Udeleževanje se nanaša na pripravljenost terapevta, da bo tudi nanj vplivalo dogajanje med pacientom in njim samim (Erskine idr., 1999, po Žvelc, 2012). Tu je vključeno *priznanje, potrditve, normalizacija in prisotnost*. S priznanjem terapevt pokaže, da se zaveda kaj

pacient doživlja in kako se počuti. S potrditvijo terapevt prizna vrednost pacientovih izkušenj. Normalizacija zmanjšuje patološko samo-opredeljevanje pacientovih izkušenj in mehanizmov za spoprijemanje z negativnimi izkušnjami. Na tej terapevt pacientu sporoča, da so njegove izkušnje normalne in ne patološke obrambne reakcije. Erskine in Trautmann (1996, po Žvelc, 2012) menita, da je prisotnost večja, ko se terapevt decentrira od svojih lastnih potreb, čustev, fantazij ter se osredotoči samo na proces pacienta.

Uglaševanje Erskine in Trautmann (1993,1997; po Žvelc, 2012, str. 4) opišeta kot dvodelni proces: »Uglaševanje je popolno zavedanje občutkov in potreb druge osebe ter komunikacija o njegovem zavedanju z drugo osebo.«

Opisane tri metode pomagajo pacientu prideti stik s sabo in z drugimi ter ga spodbujajo, da sprejme svoje notranje izkušnje.

Žvelc (2008, 2009, po Žvelc 2012) meni, da čuječnost spodbuja naravno zdravljenje organizma, kjer do sprememb pride spontano s sprejemanjem in zavedanjem notranjih izkušenj. S čuječim zavedanjem lahko negativne izkušnje lažje procesiramo in integriramo.

5.4. Povzetek in ugotovitve orisa pristopov, ki upoštevajo koncept samozavedanja

V kontekstu izboljševanja duševnega zdravja torej že obstajajo pristopi, ki kot pomembno komponento le-tega razumejo posameznikovo sposobnost samozavedanja. Kot vidimo iz orisa izbranih treh pristopov, je že vzpostavljeno tudi razlikovanje med (pre)nizko in (pre)visoko stopnjo samozavedanja. Prvi opisani pristop upošteva tudi nizko stopnjo samozavedanja in je dokazano uporaben pri zdravljenju motenj osebnosti, druga dva pa se osredotočata predvsem na terapevtski pristop razreševanja negativnih posledic visoke stopnje samozavedanja.

6 SKLEPI

Kvaliteta in pogostost samozavedanja sta ključna elementa za ocenjevanje duševnega zdravja, pri čemer je pozornost raziskovalcev dana predvsem na pozitivne učinke samozavedanja, na primer pri posameznikovem tvorjenju osebne identitete in psihološkega blagostanja.

Cilj naloge je bil ta pogled dopolniti in raziskati negativne vplive samozavedanja na različna psihopatološka vedenja oziroma na duševne bolezni.

Tako se je nizka stopnja samozavedanja pokazala kot pomembno povezana z nevrodegenerativnimi motnjami, avtizmom, motnjami osebnosti in psihozami. Gre torej predvsem za motnje, kjer je okrnjena bolnikova realitetna kontrola. V veliko primerih zgoraj omenjenih motenj se z izboljšanjem uvida v bolezen hkrati zmanjšajo simptomi bolezni.

(Pre)Visoko stopnjo samozavedanja pa povezujemo z motnjami, pri katerih imajo posamezniki ohranjeno realitetno kontrolo in uvid v bolezen. Nekateri ljudje so nagnjeni k pogosti usmerjeni pozornosti k sebi zaradi nekonstruktivnih razlogov: pogosto je obsesivno premlevanje svojega počutja, motivov, čustev idr. To se potem odraža v pojavu samomorilnosti, alkoholizmu, spolnih motnjah, motnjah spanja, motnjah hranjenja, depresiji in anksioznih motnjah.

Tako se zatečejo k izvajanju različnih škodljivih vedenj (na primer: k alkoholu) in iz primarnega problema zaradi nekonstruktivnega samozavedanja in posledičnih negativnih čustev, nastane še dodaten problem (na primer: odvisnost od alkohola).

Iz vidika nekonstruktivnih posledic prenizke ali previsoke stopnje samozavedanja je torej pomembno doseganje kvalitetne ravni samozavedanja. Ne konstruktivno usmerjanje pozornosti k sebi (ruminacija) in posledično posameznikovo negativno čustvovanje, je bolj fokusirano v preteklost in/ali v prihodnost. Pristop čuječnosti lahko k rešitvi le-tega pomembno prispeva, saj dodaja element sprejemajočega zavedanja sedanjega trenutka.

Ker je čuječnost v zadnjem času aktualen koncept v psihoterapiji in tema številnih raziskav, menim, da bi bilo za nadaljnje raziskave (poleg že obstoječih raziskav o pomenu čuječnosti) tudi smiselna temeljita obravnava Learyjevih štirih rešitev za doseg zdrave stopnje samozavedanja. Predlagala bi bolj temeljito teoretsko obravnavo, predvsem pa obravnavo v praksi vseh štirih rešitev. Na ta način bi lahko nastale natančnejše smernice za terapevtsko uporabo vseh štirih rešitev, ki bi mogoče pomembno vplivale na duševno zdravje celotne populacije.

Po pregledu literature na področju povezanosti stopnje samozavedanja z večjim spektrom duševnih motenj je bilo ugotovljeno, da je na tem področju še vedno bolj malo raziskav oziroma so le-te usmerjene le na določeno duševno motnjo ter posledično ne podajo širokega pregleda nad izbranimi koncepti. Znotraj pričujočega dela sem poskušala to pomanjkljivost obravnavanega raziskovalnega področja že nekoliko omiliti, vendar bi kot smernico za nadaljnje raziskave predlagala še bolj temeljit, širši ter bolj integriran pregled nad tem področjem. Ta bi lahko omogočil tako bolj plodno nadaljnje empirično raziskovanje, kot tudi razmislek o aplikativni vrednosti spoznanj s področja samozavedanja na doseganje boljšega duševnega zdravja.

Iz vidika omejitev diplomskega dela v delu zavestno niso bili raziskani samozavedanju podobni koncepti, kot so npr. »meta-kognicija« ali »mentalizacija«, saj sem ocenila, da bi njihova integracija lahko povzročila manj strukturiran in razumljiv pregled povezanosti med duševnimi motnjami in usmerjene pozornosti k sebi. To odločitev lahko razumem tudi kot pomanjkljivost svojega dela in jo uporabim kot predlog za nadaljnje raziskovanje tega področja. Mogoče je torej, da bi spoznanja znotraj drugih sorodnih področij dodatno osvetlila področje samozavedanja oz. da bi že sama primerjalna analiza podobnih konceptov pomembno prispevala k razumevanju koncepta in pojava samozavedanja.

7 LITERATURA IN VIRI

Aalten, P., van Valen, E., de Vugt, M.E., Lousberg, R., Jolles, J. in Verhey, F.R. (2006). Awareness and behavioral problems in dementia patients: a prospective study. *International Psychogeriatrics*, 18, 3-17.

Amador, X.F. (ur.) in David, A.S. (ur.). (1998). *Insight and psychosis*. New York: Oxford University Press.

Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C, Strauss, D.H., Yale, S.A, Clark, S.C in Gorman, J.M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.

Avsec, A. (2005). Korelati samozavedanja oziroma zakaj je bolje manj razmišljati o sebi. *Anthropos*, 37 (1:4), 287-297.

Baumeister, R.F. (1988). Masochism as escape from self. *Journal of Sex Research*, 25, 28-59.

Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.

Baumeister, R.F. in Heatherton, T.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 1, 89-108.

Beer, J.S., John, O.P., Knight, R.T. in Scabini, D. (2006). Orbitofrontal cortex and social behavior: integrating self-monitoring and emotion-cognition interactions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18, 871-879.

Bora, E., Vahip, S., Gonul, A.S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M. in Eryavuz, A. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 110-116.

Carver, C.S. in Scheier, M.F. (1978). Self-focusing effects of dispositional self-consciousness, mirror presence and the audience presence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 324-332.

Carver, C.S. in Scheier, M.F. (1980). Private and public self-attention, resistance to change, and dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 390-405.

Carver, C.S. in Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C.S. in Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality - social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.

Carver, C.S. in Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control – process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.

Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C. in Wykes, T. (2014). Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychological Medicine*, 44, 469-476.

Clark, D.M. in Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Hiemberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. in Schneier, F.R. (ur.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (str. 69-95). New York: Guilford Press.

Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnose personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99-108.

Cloninger, C.R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well Being*. New York: Oxford University Press.

Cloninger, C.R. in Svrakic, D.M. (2008). *Personality Disorders*. Fatemi, S.H. (ur.) in Clayton, P.J.(ur.), *The Medical Basis of Psychiatry*. NJ: Totowa: Humana Press.

Cooke, M.A., Peters, E.R., Kuipers, E. in Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 4-17.

Craig, A.D. (2004). Human feelings: why are some more aware than others. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 239-241.

Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Perennial.

Črnetič, M. (2011). Odnos med anksioznostjo in čuječnostjo. [The relationship between anxiety and mindfulness]. Neobjavljeno delo, Univerza v Ljubljani, Ljubljana, Slovenija.

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harvest Books.

Damasio, A. in Van Hoesen, G.W. (1983). Emotional disturbances associated with focal lesions of the limbic frontal lobe. Heilman, K.M. in Satz, P. (ur.), *Neuropsychology of Human Emotion* (str. 85-110). New York: Guilford.

David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.

Dias, V.V., Brissos, S. in Carita, A.I. (2008). Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 28-34.

Ecklund-Johnson, E. in Torres, I. (2005). Unawareness of deficits in Alzheimer's disease and other dementias: operational definitions and empirical findings. *Neuropsychology Review*, 15, 147-166.

Fenigstein, A., Scheier, M. F. in Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Gaulin, S.J.C. in McBurney, D.H. (2004). *Evolutionary psychology*. Upper Saddle River, NJ:Pearson.

Gonzales, V.M. (2008). Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 724-734.

Hayes, D. in Ross, C.E. (1987). Concern with appearance, health beliefs and eating habits. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 120-130.

Hewitt, P.L., Flett, G.L. in Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in Eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.

Hull, J.G. in Young, R.D. (1983). Self-consciousness, self-esteem and success-failure as determinants of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1097-1109.

Hull, J.G., Young, R.D. in Jouriles, E. (1986). Applications of the Self-awareness model of alcohol consumption: Predicting patters of use and abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 760-796.

Hull, J.G., Levenson, R.D., Young, R.D. in Scher, K.J. (1983). Self-awareness - reducing effects of alcohol consumption. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 461-473.

Hur, J.W., Kwon, J.S., Lee, T.Y. in Park, S. (2014). The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*. 152(1), 58-64.

Kircher, T.T., Bartels, M., Benson, P.J., Brammer, M., Bullmore, E.T., David, A.S., Phillips, M.L., Rabe-Hesketh, S., Senior, C. in Simmons, A. (2001). *Cognition*, 78, B1-B15.

Leary, M.R. (2000). Self-consciousness. Kazadin, A.E. (ur.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 7 (str. 209-210). Washington, DC: American Psychological Association.

Leary, M.R. (2004). *The curse of the self. Self-awareness, egotism and the quality of human life*. New York: Oxford University Press.

Leary, M.R. in Kowalski, R.M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lombardo, M.V. in Baron Cohen, S. (2010). Unraveling the paradox of autistic self. *WIREs Cognition Science*, 1, 393-403.

Lysaker, P.H., Daroyanni, P., Ringer, J.M., Beattie, N.L, Stasburger, A.M. in Davis, L.W. (2007). Associations of awareness of illness in schizophrenia spectrum disorder with social cognition and cognitive perceptual organization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 618-621.

Martin, L. (1997). *Linking and the Neolithic Neuroses: Why thinking you can live happily ever after can make you unhappy*. Keynote speech delivered at North Carolina Research Triangle Park: Society for Southeastern Social Psychologists.

May, R. (1967). *Psychology and the human dilemma*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Mayr, U. (2004). Conflict, consciousness and control. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 145-148.

Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E. in Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 46-49.

Nezlek, J.B. (2002). Day-to-day relationships between self-consciousness, daily events and anxiety. *Journal of Personality*, 70, 105-131.

Northoff, G. in Bermpohl, F. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 102-107.

Plant, R.W. in Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and the effects of self-consciousness, self-awareness and ego-involvement: An investigation of internally controlling styles. *Journal of Personality*, 53, 435-449.

Pini, S., Cassano, G.B., Dell'Osso, L. in Amador, X.F. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158, 122-125.

Prochaska, J.O. in Norcross, J.C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Groove, California: Brooks/Cole.

Pyzczynski, T. in Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.

Schacter, D.L., Addis, D.R., Buckner, R.L. (2007). Remembering the past to imagine the future: the prospective brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 657-661.

Schlenker, B.R. in Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A. in von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.

Selimbegović, L. in Chatard, A. (2013). The mirror effect: Self-awareness alone increases suicide thought accessibility. *Consciousness and Cognition*, 22, 756-764.

Silvia, P.J. (2002a). Self-awareness and emotional intensity. *Cognition and Emotion*, 16, 195-216.

Silvia, P.J. (2002b). Self-awareness and the regulation of emotional intensity. *Self and Identity*, 1, 3-10.

Silvia, P.J. in O'Brian, M.E. (2004). Self-awareness and constructive functioning: Revisiting »the human dilemma.« *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 475-489.

Smith, T.W. in Greenberg, J. (1981). Depression and self-focused attention. *Motivation and Emotion*, 5, 323-331.

Stauss, D.T. (1991). Self, Awareness and the Frontal Lobes: A Neuropsychological Perspective. Strauss, J. in Goethals, G.R. (ur.), *The Self: Interdisciplinary Approaches* (str. 255-278). New York: Springer-Verlag.

Steele, C.M. in Josephs, R.A. (1990). Alcohol Myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45, 921-933.

Storms, M.D. in McCaul, R.D. (1976). Attribution Processes and Emotional Exacerbation of Dysfunctional Behavior. Harvey, J.H., Ickes, W.J. in Kidd, R.F. (ur.), *New Directions in Attribution Research* (str. 143-146). Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Tennen, H. in Affleck, G. (1991). Paradox-based treatments. Snyder, C.R. in Forsyth, D.R. (ur.), *Handbook of Social and Clinical Psychology* (str. 624-643). New York: Pergamon.

Trapnell, P.D. in Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.

Verhoeven, E.W.M., Marijnissen, N., Berger, H.J.C., Oudshoorn, J., van der Sijde, A. in Teunisse, J.P. (2012). Brief report: relationship between self-awareness of real world behavior and treatment outcome in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 889-894.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.

Wicklow, A. in Espie, C.A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 679-693.

Woodruff-Borden, J., Brothers, A.J. in Lister, S.C. (2001). Self-focused attention: Commonalities across psychopathologies and predictors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 169-178.

Žvelc, G. (2012). Mindful Processing in Psychotherapy – Facilitating Natural Healing Process withing Attuned Therapeutic Relationship. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 3(1), 42-58.