

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
ČUJEČNOST KOT POMOČ PRI ZDRAVLJENJU
OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

LUCIA ROJS

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Čuječnost kot pomoč pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne
motnje**

(Mindfulness as help with Obsessive Compulsive disorder)

Ime in priimek: Lucia Rojs

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2019

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Lucia ROJS

Naslov zaključne naloge: Čuječnost kot pomoč pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 30

Število referenc: 54

Mentor:izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: čuječnost, obsesivno-kompulzivna motnja, ACT, MBCT

Izvleček: Čuječnost je opredeljena kot koncept, ki zajema posameznikovo sposobnost nepresojačnega, sprejemajočega zavedanja svojega doživljanja v sedanjem trenutku. Mehanizmi, za katere se zdi, da igrajo pomembno vlogo pri doseganju stanja čuječnosti so sprejemanje, decentrirana perspektiva in samoregulacija. V nadaljevanju zaključne naloge obravnavam osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo in ugotavljam, kako jim čuječnost lahko pomaga pri zmanjševanju simptomov. Pri obsesivno-kompulzivni motnji so misli dojete kot čisti odsev realnosti. S pomočjo čuječnosti se posamezniki naučijo te misli zaznati kot mentalne dogodke in s tem zmanjševati njihove učinke. Raziskave podpirajo Terapijo sprejemanja in predanosti kot učinkovito metodo za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje. Poleg tega obstajajo pozitivni dokazi o učinkovitosti na čuječnosti temelječe kognitivne terapije. Menimo, da na čuječnosti temelječi pristopi predstavljajo pomembno dopolnitev obstoječim kognitivno-vedenjskim pristopom.

Key words documentation

Name and SURNAME: Lucia ROJS

Title of the final project paper: Mindfulness as help with Obsessive Compulsive disorder

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 30

Number of references: 54

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: mindfulness, obsessive-compulsive disorder ACT, MBCT

Abstract: Mindfulness is defined as a concept that encompasses the individual's nonjudgmental and accepting awareness of his/ her present-moment experience. Mechanisms that seem to play a role in explaining how mindfulness skills can lead to symptom reduction and behavior changes are acceptance, decentred perspective, and self-regulation. In chapters that follow I am focusing on patients with obsessive-compulsive disorder and I am gathering findings on how mindfulness can help them. In obsessive-compulsive disorder, thoughts are perceived as a pure reflection of reality. With the help of mindfulness, patients learn to perceive these thoughts as mental events and reduce their effects. Research supports the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in treating OCD. There is also evidence that patients with OCD find aspects of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) effective and acceptable. We believe it is important to integrate mindfulness-based approaches into existing cognitive-behavioral approaches.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju izr. prof. dr. Gregorju Žvelcu za pomoč in usmerjanje pri pripravi zaključne naloge.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	ČUJEČNOST	2
2.1	Značilnosti čuječnosti in mehanizmi delovanja.....	3
2.1.1	Sprejemanje	4
2.1.2	Decentrirana perspektiva	5
2.1.3	Samoregulacija	6
2.3	Čuječnost v psihoterapiji	6
3	PROGRAMI, KI TEMELJIJO NA ČUJEČNOSTI	7
3.1	Terapija sprejemanja in predanosti.....	7
3.1.1	Teorija relacijskih okvirov.....	8
3.2	Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija.....	10
4	OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA IN ČUJEČNOST	10
4.1	Zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje	11
4.2	Smiselnost uporabe na čuječnosti temelječih pristopov pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje	12
4.3.1	Obsesivno-kompulzivna motnja in terapija sprejemanja in predanosti (ACT)..	12
4.3.2	Obsesivno-kompulzivna motnja in na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (MBCT).....	14
6	ZAKLJUČEK.....	17
4	LITERATURA IN VIRI.....	18

SEZNAM KRATIC

ACT terapija sprejemanja in predanosti

DBT dialektična vedenjska terapija

ERP tehnika izpostavljanja in preprečevanja odziva

MBCT na čuječnosti temelječa kognitivna terapija

MBSR na čuječnosti osnovan program zmanjševanja stresa

OKM obsesivno-kompulzivna motnja

RFT teorija relacijskih okvirjev

SSRI selektivni zaviralci ponovnega prevzema serotonina

VKT vedenjsko kognitivna terapija

1 UVOD

Čuječnost ne predstavlja novega koncepta; gre za posameznikovo sposobnost nepresojajočega, sprejemajočega zavedanja svojega doživljanja v sedanjem trenutku (Černetič, 2011). Čuječ posameznik se zaveda svojih misli, čustev, telesnih občutkov ter zunanjega dogajanja, takšnih kot so, ne da bi se jim izogibal ali bežal pred njimi. Takšno stanje nam navadno uspe vzdrževati le nekaj trenutkov, saj hitro zdrsnemo v sanjarjenje in osebne zgodbe. Ohranjanje koncentracije iz trenutka v trenutek predstavlja posebno večino, ki se jo na srečo lahko naučimo.

Naše misli, čustva, občutki lahko sprožajo stare vzorce mišljenja in odzivanje na stvari, ki nam običajno niso v pomoč in lahko vodijo v poslabšanje stanja. Zavedanje lastnih misli, čustev in občutkov iz trenutka v trenutek nam dopušča, večjo mero svobode in izbire, ter nam omogoča, da se ne odzovemo na način, ki nam je v preteklosti povzročal težave (Kabat-Zinn, 1990). Mehanizmi, preko katerih dosežemo stanje čuječnosti so sprejemanje, decentrirana perspektiva in samoregulacija. Čuječnost so kot intervencijo za izboljševanje psihološkega blagostanja začeli preučevati v sedemdesetih letih 20. stoletja. Dandanes imamo razvite številne intervencije, ki temeljijo na čuječnosti.

Eden izmed ciljev zaključne naloge je bil pregledati novejšo literaturo na čuječnosti temelječih pristopov za spoprijemanje s simptomi obsesivno-kompulzivne motnje. Programa, ki sta se izkazala za učinkovita sta terapija sprejemanja in predanosti (ACT) ter na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (MBCT). Pri ACT je ključnega pomena sprejemanje, osredotočenost na celoten dogodek in občutljivost na kontekst, ki osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo pomaga k večji psihološki fleksibilnosti. S pomočjo programa MBCT osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo zavzemajo širšo decentrirano perspektivo in se naučijo bolj sprejemajočih odzivov na kompulzivne misli.

2 ČUJEČNOST

Po Kabat-Zinnu (1990) je čuječnost opredeljena kot nepresojajoče zavedanje dogajanja sedanjega trenutka. Vključuje tako notranje (npr. misli, čustva) kot zunanje dogajanje (npr. zvoki, in druge zaznave) ter predstavlja specifičen način usmerjanja pozornosti in ima številne ugodne učinke na zdravje in blagostanje. Ključnega pomena pri prakticiranju čuječnosti je po Kabat-Zinn (2003) notranja naravnost. Navaja sedem elementov notranje naravnosti: nepresojanje, potrpljenje, »začetniški um«, zaupanje, neprizadevanje, sprejemanje in nenavezanost. Bishop in sodelavci (2004) so predlagali dvokomponentni model čuječnosti. Prva komponenta vključuje samoregulacijo pozornosti in omogoča večje prepoznavanje mentalnih dogodkov v sedanjem trenutku. Druga komponenta vključuje specifično usmerjenost k izkušnjam v sedanjem trenutku, ki jo določajo radovednost, odprtost in sprejemanje.

Čuječnost v sodobni psihologiji predstavlja pristop za povečanje ozaveščenosti in odzivanju do miselnih procesov, ki prispevajo k čustveni stiski in neustreznemu vedenju (Bishop idr., 2004). Čuječnost manj obravnavamo kot tehniko sprostitve ali upravljanja razpoloženja, ter bolj kot obliko duševnega usposabljanja za zmanjševanje kognitivne ranljivosti, ki bi drugače lahko povzročili stres in čustveno stisko ali pa se razvili v psihopatologijo. Z oddaljenim opazovanjem misli in čustev se lahko posameznik zaveda svojih misli in celotne situacije bolj jasno (Kabat-Zinn, 1990). Posameznik lahko vidi, kako se misli pojavijo in umikajo ena za drugo. Zmožen je upoštevati vsebino lastnih misli ter prepoznati njihovo netočnost. Pridobi vpogled v to, kaj jih poganja, kako vidijo svet, kaj so njegovi strahovi in želje.

Kot ugotavlja Martin (1997) čuječnost pomeni bistveno več kot samo biti pozoren oziroma ohranjati pozornost. Njena bistvena kakovost je nenavezanost na kakršni koli pogled. Kadar se pojavijo misli ali čustva, jih ne ignoriramo ali poskušamo zatreti, niti jih ne analiziramo ali presojamo o njihovi vsebini. Namesto tega preprosto zabeležimo vse misli, ki se pojavijo in jih čim boljše opazujemo. Takšno sprejemajoče zavedanje lahko povzroči, da se posameznik počuti manj ujetega v svojih mislih in mu daje poglobljen pogled na reakcije pri spopadanju s stresom in pritiski (Kabat-Zinn, 1982). Psihološka svoboda, s katero se ta pozornost povezuje, ni le osvobojenost od pogledov drugih (družine, vrstnikov, kulture), temveč predstavlja osvoboditev od lastnega pogleda nase in na svet (Martin, 1997).

Killingsworth (2010) ugotavlja, da ne glede na to, kaj ljudje delajo, so veliko manj srečni, kadar njihov um potuje, kot kadar je osredotočen. Enako pozornosti bi morali posvetiti temu, kje je naš um, kot temu, kaj počne naše telo. Čuječnost ni tehnika, ki uma uči ne

potovati, to nam bi povzročilo le preglavice (Kabat-Zinn, 2003). Uči nas biti pozoren na to, kdaj naš um potuje, ter potem čim boljše ter čim bolj nežno našo pozornost preusmeriti in se ponovno povezati s tem, kar nam je v danem trenutno najpomembnejše. Kabat-Zinn (1990) kot prisposodbo za čuječnost predstavlja mišico. Bolj kot se povečuje količina vaje, bolj mišica čuječnosti raste, postaja močnejša in bolj prožna. Za rast pa potrebuje ustrezno količino upora, ki jo najdemo v neustreznih misli in stresnem vsakdanu.

Naša kognicija služi doseganju ciljev (Carver in Scheier, 1990). Nenehno smo vpleteni v primerjave tega kar je zaželeno, s tem, kar dejansko je. Ko pride do neskladja nastopijo negativni vplivi (npr. strah, frustracije), ki sprožijo kognitivne in vedenjske procese z namenom premika trenutnih stanj, bližje ciljem, željam in preferencam posameznika. Če se neskladje zmanjša potem lahko um izstopi iz tega načina ter nastopi občutek blaginje, dokler ne bo prišlo do nove razlike. Kadar ciljev ni možno izpolniti, bo um še naprej preučeval neskladja ter iskal možne načine zmanjševanja razlik. To povzroči ruminacijo (tj. tuhtajoče mišljenje). Še posebej je to prisotno pri ciljih, ki posamezniku veliko pomenijo. Kaže se, da igra ruminacija glavno vlogo pri poslabšanju negativnega vpliva (Martin in Tesser, 1996).

2.1 Značilnosti čuječnosti in mehanizmi delovanja

Čuječnost pozitivno vpliva na psihološko blagostanje (Hölzel idr., 2010). Cilja na procese, ki so skupni različnim patologijam, s čimer lahko razložimo učinkovitost na širokem spektru različnih motenj in težav (Martin, 1997). Raziskave so ugotovile učinkovitost čuječnosti pri zmanjševanju anksioznosti (Hölzel, idr., 2011), depresije (Teasdale idr., 2000, po Hölzel idr., 2011), zlorabe substanc (Bowen idr., 2006), motnje hranjenja (Hölzel idr., 2011), kronične bolečine (Hölzel idr., 2011). Pozitiven vpliv ima na izboljšanje dobrega počutja in kakovosti življenja, na prijaznost, vestnost, vitalnost, samozavest, empatijo, občutek avtonomije in optimizem (Keng, Smoski in Robins, 2011).

Nevrološke raziskave s tehnikami, kot sta elektroencefalografija (EEG) in funkcionalna magnetna resonanca (fMRI) raziskujejo mehanizme čuječnosti (Milad., Wright, Pitman, Quirk in Rauch, 2007). V zadnjem času so z raziskavami, kjer so uporabljali fMRI dokazali, da izkušeni meditatorji kažejo drugačno sivo snov v več možganskih predelih v primerjavi s tistimi, ki ne prakticirajo meditacije kot tehnike čuječnosti (Hölzel idr., 2010). Prišlo je do povečanja koncentracije sive snovi v levem hipokampusu (Milad idr., 2007). Hipokampus prispeva k uravnavanju čustev. Strukturne spremembe v tem področju se lahko odrazijo v izboljšani funkciji uravnavanja čustvenega odziva. V nasprotju s tem so lahko številna patološka stanja, kot sta posttravmatska stresna motnja in velika depresija, posledica zmanjšanja gostote in volumna hipokampusu. Farb in sodelavci (2010) so

preučevali učinke čuječnosti pri izražanju čustev. Ugotovili so, da je skupina, ki je prakticirala čuječnost, pokazala manj biokemičnih reakcije na provokacijo žalosti kot kontrolna skupina. Opazovani nevrološki vzorci kažejo, da lahko zmanjšanje izvira iz objektivacije čustva kot neškodljive senzorične informacije in ne kot grožnje.

Kateri so torej mehanizmi, s katerimi na čuječnosti temelječe oblike pomoči dosežejo spremembe? Po Martinu (1997) čuječnost integrira vsebine iz kognitivnih, vedenjskih, izkustvenih in psihodinamskih teorij. Predstavlja čustveno ravnotežje, ki vključuje sprejemanje notranjega življenja, jasnost, sposobnost uravnavanja čustev in razpoloženj, kognitivno prilagodljivost in zdrav pristop k težavam (Hayes in Feldman, 2004). Predstavlja trdno podlago, na kateri lahko posameznik doživi obrat življenja brez izgube ravnotežja in izkrivljanja.

Po Baerovi (2003) se pojavijo spremembe v spoznavanju, ki so rezultat zaznavanja lastnih misli kot začasnih pojavov brez pripisa vrednosti oziroma pomena tem pojavom. Izboljša se tudi samoopazovanje, saj se s treningom čuječnosti naučimo, uporabo različnih spretnosti za spoprijemanje in prepoznavanje težav. Prav tako avtorica kot pozitiven učinek čuječnosti navaja še izboljšanje zmožnosti posameznika za toleriranje negativnih emocionalnih stanj, spremembe v vzorcih mišljenja ali v posameznikovem odnosu do misli ter sproščanje. Ključ do čuječnosti ni toliko v tem, na kaj posameznik osredotoči pozornost, ampak na kakovosti zavedanja sedanjega trenutka (Kabat-Zinn, 1990). Zelo je pomembno, da je nepristransko. Opazovanje brez presojanja sedanjega trenutka posamezniku omogoči videti, kaj je v njegovem umu, ne da ga bi urejal, cenzuriral ali se izgubil v lastnem neprestanem razmišljanju.

V nadaljevanju bom podrobneje predstavila tri mehanizme, za katere se zdi, da imajo največjo vlogo pri nastajanju učinkov, povezanih s čuječnostjo. Ti mehanizmi so sprejemanje, decentrirana perspektiva in samoregulacija.

2.1.1 Sprejemanje

Cilj čuječnosti je boljše zavedanje, boljši stik z resničnostjo in vsem, kar se dogaja v našem telesu in umu v trenutku, ko se le to dogaja- to je v sedanjem trenutku (Kabat-Zinn, 2003). Če nekdo doživlja vznemirljivo misel, občutek ali dejansko fizično bolečino v sedanjem trenutku, se bo skušal upreti impulzom, da pobegne od neprijetnega dogodka in se namesto tega trudi jasno videti položaj kot takšen, kakršen je ter ga sprejel. Baerova (2003) meni, da je čuječnost potrebno izvajat z nepristranskim sprejemanjem. Kar pomeni, da pojave (npr. spoznanja, čustva ali občutke), ki vstopijo v našo zavest med meditacijo pozorno opazujemo, a jih ne ocenimo kot dobre ali slabe, resnične ali lažne, zdrave ali bolne,

pomembne ali nepomembne. Programi, ki temeljijo na čuječnosti vključujejo sprejemanje misli, čustev, impulzov, bolečine brez poskusov spreminjanja, izogibanja. Kabat-Zinn (1990) poudarja, da sprejemanje ne pomeni pasivnosti ali vdanosti, temveč preiščeno sprejemanje tega, kar sedanji trenutek ponuja. Odpreš se možnosti za doživljanje življenja veliko bolj popolno in celostno in tako izboljšaš verjetnost, da se v dani situaciji, odzoveš bolj učinkovito (Kabat-Zinn, 2003).

S pomočjo čuječnosti posameznik neposredno prihaja v stik z dogodki v svoji duševnosti in se nauči sprejemati psihološke vsebine (Hayes, 2002). Funkcijska dimenzija, udeležena v mnogih oblikah patologije, je izkustveno izogibanje in predstavlja čisto nasprotje čuječnosti. Veliko duševnih motenj lahko razumemo kot poskus posameznika pobegniti ali se izogniti neprijetnim čustvom, mislim, spominom (Hayes, Wilson, Gifford, Follette in Strosahl, 1996). V skrajnih oblikah lahko pride tudi do samopoškodovanja ali samomora. Hayes (2002) navaja, da posamezniki z depresijo ali mejnimi motnjami osebnosti, sobiva z negativnimi predstavami o sebi, ki ga lahko preplavijo in sprožijo močno izogibanje ali umik. Oseba z depresijo se tako na primer izogiba bolečini, tesnobi in jezi. Sprejemanje predstavlja strategijo spreminjanja ter je uporabna pri težavnih, kroničnih in na terapijo rezistentnih posameznikih (Hayes, 2002).

2.1.2 Decentrirana perspektiva

Najpomembnejša klinična aplikacija čuječnosti je po mnenju Marlatta in Kristellerja (1999, po Černetič, 2005) zmožnost postaviti se v tako imenovani opazujoči jaz. Decentrirana perspektiva posameznikom omogoča pozornost usmeriti na misli in dogodke, ki se dogajajo v sedanjem trenutku. Pri tem le-te vidijo kot zgolj misli in ne smernice, katerim morajo slediti. Posledično se zmanjša tudi pretirana identifikacija z lastnimi misli. Teasdale je s sodelavci (2000) ugotovil, da se klienti s pomočjo kognitivne terapije naučijo bolj funkcionalno odzivati na simptome in problematične situacije. Poseben pomen pripisujejo premiku v kogniciji, poimenovanem decentriranje ali dezidentifikacija, v katerem se klient ne identificira osebno z negativnimi misli in občutki, ampak jih sprejema kot duševne dogodke v širšem kontekstu ali področju zavedanja. Z večkratno identifikacijo negativnih misli in umikanjem od njih, klienti zavzemajo decentralizirano perspektivo do negativnih misli in čustev. V času relapsa bodo tako negativne misli in čustva imela različne kognitivne, čustvene in vedenjske posledice, kot če si bi jih klient interpretiral kot »jaz« oziroma »resničnost«. Teasdale s sodelavci (2002), opredeljuje decentrirano perspektivo kot metakognitivno zavedanje. Predlaga, da se s kognitivno terapijo utrdi dostopnost do metakognitivnih setov, ki pomagajo posamezniku pri odzivu na negativne misli in občutke s povečanjem verjetnosti doživetja teh misli, kot prehodne dogodke v naši zavesti.

2.1.3 Samoregulacija

Po Černetič (2005) je samoregulacija bistven mehanizem, s katerim pomoč s čuječnostjo dosega spremembe na področju duševnega in telesnega zdravja. Ocenjevanje vedenja je pomemben korak pri samoregulaciji (Shapiro, Schwartz in Bonner, 1998). Samoregulacija je postopek s katerih sistemi ohranjajo stabilnost delovanje in prilagodljivost spremembam (Shapiro in Schwartz, 2000). Temelji na neprestani povratni informaciji, ki jo je mogoče izboljšati s pozornostjo. Privlačnost terapije s samoregulacijo je, da omogoči klientom, da naredijo nekaj zase.

2.3 Čuječnost v psihoterapiji

Terapije, ki temeljijo na čuječnosti poudarjajo doseganje duševnega stanja, za katerega je značilna osredotočenost na sedanji trenutek in zavedanje brez sojenja (Hofman, Sawyer in Fang, 2010). Glavni cilj takšnih intervencij je izboljšanje psihološkega blagostanja s povečanjem zavedanja, na kakšen način avtomatično vedenje in kognitivne reakcije na misli, občutke, čustva povzročajo čustveno stisko. Z osredotočanjem na sedanost, raje kot na preteklost oz. prihodnost se lahko klienti učinkovitejše soočajo s stresorji, ki pogosto sprožajo občutke anksioznosti in depresije.

Za čuječnost pogosto uporabljamo sinonim »notranja meditacija«, kar pomeni globoko, nekonceptualno spoznavanje narave uma in sveta (Kabat-Zinn, 2003). Takšen način gledanja zahteva nenehno raziskovanje in spraševanje vsega, kar se pojavi v zavesti. Bistvo čuječnosti ni popravljanje ali biti nekje drugje. Je povabilo, da si posameznik dovoli biti tam, kjer je in spoznati zunanjo in notranjo pokrajino neposredne izkušnje sedanjega trenutka. To vključuje, da posameznik zajame celotni spekter dane izkušnje, ki je pogosto izkrivljen skozi rutino ter nepredvideno dejavnostjo naših misli. Prav tako je potrebno povedati, da poučevanje čuječnosti od inštruktorja zahteva tudi lastno prakticiranje. Čuječnost ni tehnika, s katero bi se srečali za kratek čas na strokovnem seminarju ali izobraževanju in bi jo nato lahko prenašali na druge. Je pot, ki zajema nenehno prizadevanje za razvoj, ter izboljšavo. Zajema tako vseživljenjsko delo in paradoksalno delo brez časa- ker je njeno polje vedno sedanji trenutek.

Vedenjsko terapijo lahko v grobem razdelimo na tri valove oz. generacije. Z besedo »val« označujemo množico prevladujočih predpostavk, metod in ciljev, ki so nam v pomoč pri organizaciji raziskav, teorij in praks. Prvi val vedenjske terapije se nanaša na vedenjsko terapijo, drugi val na kognitivno-vedenjsko terapijo ter tretji val na čuječnosti in sprejemanju temelječe pristope v terapiji. Tretji val vedenjskih terapij se v primerjavi s prejšnjimi bolj osredotoča na odnos osebe do misli in čustev kot na njihovo vsebino (Hayes

in Hofmann, 2017). Pomembno vlogo pri nastanku duševnih težav pripisuje kogniciji. Ne skuša spreminjati vsebine kognicij temveč se osredotoča na procese sprejemanja, sočutja in kontekstualne strategije (Žvelc, 2019). Novi modeli in intervencijski pristopi vključujejo terapijo sprejemanja in zavezanosti, dialektično vedenjsko terapijo, na čuječnosti temelječo terapijo, funkcionalno analitično psihoterapijo, metakognitivno terapijo in številne druge pristope (Hayes in Hofmann, 2017).

Čeprav so se raziskave čuječnosti začele že v šestdesetih letih 20. stoletja, se je komaj v sedemdesetih letih 20. stoletja začela proučevati čuječnost kot intervencija za izboljšanje psihološkega blagostanja (Keng, Smoski in Robins, 2011). Prvi je čuječnost v klinično prakso vpeljal Jon Kabat-Zinn, ki je preučeval vpliv čuječnosti pri zdravljenju bolnikov s kronično bolečino (Kabat-Zinn, 1982). Obliko intervencije danes poznamo pod imenom na čuječnosti temelječ program za zmanjševanje stresa oz. MBSR. Poleg ustanovitve MBSR so bile razvite tudi številne druge intervencije, ki temeljijo na čuječnosti, kot so: na čuječnosti temelječa kognitivna terapija oz. MBCT (Segal, Williams in Teasdale, 2002), dialektična vedenjska terapija oz. DBT (Linehan, 1993), terapija sprejemanja in zavezanosti oz. ACT (Hayes, Strosahl in Wilson, 1999). Tako na meditaciji temelječe intervencije (tj. MBSR in MBCT) kot intervencije z manj meditacijsko usmerjenostjo (tj. DBT in ACT) obravnavamo kot veliko družino na čuječnosti temelječih programov.

3 PROGRAMI, KI TEMELJIJO NA ČUJEČNOSTI

3.1 Terapija sprejemanja in predanosti

Eden od glavnih vidikov terapije sprejemanja in predanosti (*angl.* Acceptance and Commitment Therapy – ACT) je sprejemanje. S spodbujanjem sprejemanja negativnih misli in občutkov (kot so anksioznost, bolečina, krivda) klienti pridejo do spoznanja, da takšen način predstavlja učinkovito alternativo izkustvenemu izogibanju (Hofman, Sawyer in Fang, 2010). Prakticiranje kognitivne defuzije (tj. prepuščanju nadzora nad svojimi misli in čustvi) lahko klientom pomaga pri osvajanju veščine sprejemanja. Prav tako jim omogoča, da razvijejo bolj nepristransko in premišljeno perspektivo tako zase kot za zunanje okolje. Takšne strategije posamezniku pomagajo pri uresničevanju pomembnih življenjskih ciljev.

Terapija ACT izhaja iz funkcionalnega kontekstualizma (Hayes idr., 1988, Pepper, 1942, po Hayes idr., 2004). Bistveni elementi funkcionalnega kontekstualizma so osredotočenost na celoten dogodek, občutljivost na vlogo konteksta pri razumevanju narave in funkcije dogodka, poudarek na pragmatičnem merilu resnice ter specifični znanstveni cilji, ki jih lahko uporabimo, kot merilo resnice (Hayes, 2004). Funkcionalni kontekstualizem

predstavlja interakcijo med osebo in okoljem ter vključuje celotno dogajanje, z zgodovino in namenom, ne glede na to, kako na široko ali podrobno nanje pogledamo (*holizem*). Na te dogodke gleda kot na interakcijo med organizmom in kontekstom, ki je opredeljen tako zgodovinsko (npr. predhodno učenje zgodovine) kot situacijsko (ustna pravila, trenutne posledice). Uporabljen je *pragmatični kriterij resničnosti*. Resnično je torej tisto, kar deluje in doseže neki namen. Na misli ne gledamo z vidika, ali so realne ali ne, ampak ali so funkcionalne v življenju posameznika.

Pri terapiji ACT nas zanima *pomen*, ki ga ima problematično vedenje (npr. Kaj je ta misel, impulz, čustvo v službi? Pod kakšnimi pogoji deluje na ta način? Čemu služi?) in ne njegova *oblika* (npr. Je ta misel logična? Kako pogosto je prisotna?) (Hayes idr., 2004). Proces ACT je cikel zaznavanja kognitivnega izogibanja, defuzije (pri čemer se vzpostavijo nove, bolj ustrezne funkcije) in premikanje v smeri večje gradnje učinkovitih vzorcev vedenja. Pri ACT uporabljamo nelinearno obliko jezika. Terapevti se močno zanašajo na metafore, zgodbe, vedenjske naloge, paradokse in izkustvene procese. Neposredna navodila in logična analiza imata relativno omejeno vlogo. Ni bistvo vzpostaviti nov sistem prepričanj, ampak vzpostaviti učinkovitejši pristop do jezika. Terapevtski odnos predstavlja sredstvo za vzpostavitev takšnih oblik vedenja. Sam odnos temelji na sprejemanju in vrednotah klienta, pri čemer terapevt skuša modelirati in okrepiti naučeno. V samem jedru sta vztrajnost in spremembe v skladu s pomembnimi cilji.

Z vidika ACT je jezik pomemben faktor pri mnogih specifičnih psiholoških motnjah ter trpljenju na splošno (Hayes idr., 2004). S pomočjo uma, ki temelji na jeziku in kogniciji se lahko vrnemo v sedanji trenutek in tako pridemo v stik s svojimi vrednotami ter kljub neprijetnim mislim, čustvom, spominom, z aktivnostjo ustvarjamo polno ter smiselno življenje (Shapiro, Schwartz in Bonner, 1998). Cilj je »psihološka fleksibilnost«, ki se nanaša na zmožnost biti v polnem stiku s sedanjim trenutkom, z zavedanjem in odprtostjo ter vedenjem, ki je vodeno z vrednotami (Žvelc, 2019). Procesi, ki vodijo v psihološko fleksibilnost so: sprejemanje, defuzija, sedanji trenutek, jaz kot kontekst, vrednote in predana aktivnost (Hayes idr., 2004). Vsi procesi so med seboj povezani in vplivajo drug na drugega ter lahko posledično prispevajo k duševnemu zdravju ali v nasprotnem primeru k razvoju patologije in trpljenja.

3.1.1 Teorija relacijskih okvirov

Teorija relacijskih okvirjev (RFT) je teorija vedenjskih raziskav jezika in kognicije na katerih temelji ACT (Hayes idr., 2001; po Hayes idr., 2004). V skladu z RFT je jedro jezika in kognicije sposobnost naučiti se povezovati dogodke v skladu s kontekstom

(Hayes, 2004). RFT razlaga, kako ljudje razvijemo jezikovne sposobnosti ter se naučimo povezovati različne dogodke med seboj na podlagi socialnega učenja.

Hayes (2004) navaja tri glavne lastnosti socialnega učenja. Prvi je ta, da takšni odnosi kažejo medsebojno povezanost ali »dvosmernost«. Če se oseba nauči, da se A na določen način nanaša na B, to nakazuje na odnos med B in A v tem kontekstu. Na primer, če se oseba nauči, da je vročina enaka kot vrelišče, bo pridobila tudi povezavo, da je vrelišče enako nekaj vročemu. Drugič, takšni odnosi kažejo na kombinirano vpletenost, če se oseba v določenem kontekstu nauči, da se A nanaša na poseben način na B, B pa se na poseben način nanaša na C, mora to pomeniti nekakšno vzajemno sodelovanje razmerja med A in C v tem kontekstu. Tretjič, takšni odnosi omogočajo transformacijo stimulacijskih funkcij med sorodne dražljaje. Kadar so vse tri funkcije vzpostavljene z določeno vrsto relacijskega odziva, to imenujemo relacijski okvir, ki predstavlja torej mrežo vzajemnih odnosov. Kadar mislimo, arbitrarno povezujemo dogodke (npr. okoliške predmete, misli, čustva povežemo z drugimi predmeti, mislimi, čustvi na različne načine- je enako kot, podobno, boljše od). To nam je omogočilo evolucijsko prednost pred živalmi in omogočilo razvoj civilizacije (Žvelc, 2019). Kar je klinično pomembno pri relacijskih okvirjih je, da funkcije, ki so podeljene enemu članu določenega dogodka, spremenijo funkcije drugih članov (Hayes, 2004). Recimo, da otrok še nikoli ni videl ali se igral s psom. Po učenju pojma »pes« kot žival in »pes« kot specifična živalska vrsta se pri otroku omogočijo možnosti za dodatne povezave. Domnevamo, da je bil otrok opraskan med igro s psom, začne jokati in pobegne. Kasneje otrok sliši mamo reči: »Oh, poglej! Pes«. Otrok ponovno začne jokati in pobegne, čeprav ni bil opraskan v prisotnosti besede »Oh, poglej! Pes«. V tem primeru ustno ime nikoli ni bilo uporabljeno v prisotnosti živali. Takšni učinki nam lahko pomagajo razložiti, zakaj imajo določene osebe prvi panični napad, medtem ko so »ujete« v nakupovalnem centru in kmalu za tem ugotovijo, da jih skrbi, da bi bile »ujete« na odprtem polju ali mostu. Kar te situacije združuje, niso njihove formalne lastnosti, temveč verbalne in kognitivne dejavnosti. Zmožnost misliti relacijsko nam omogoča analizo okolja.

Relacijski okvirji, ki nam omogočajo učinkovito reševanje težav (npr. nam omogočajo, da opredelimo težavo, odkrijemo in spremenimo vzrok), lahko povzročajo tudi trpljenje ne glede na sedanje značilnosti našega okolja (npr. s spominjanjem bolečine, izgube) ter tako nepotrebno poslabšajo naše stanje (npr. z nenehnim primerjanjem sedanje situacije z idealno) (Hayes idr., 2004). Tega negativnega učinka ni mogoče nadzorovati z odpravo verbalnih odnosov, ki ga ustvarjajo, saj so nujno potrebni pri delovanju osebe. Pretirana uporaba jezikovnih sposobnosti vodi do rigidnosti in psihološke nefleksibilnosti v življenju (Hayes idr., 2012, po Žvelc, 2019).

3.2 Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija

Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (*angl.* Mindfulness-based cognitive therapy-MBCT) temelji na treningu kontrole pozornosti, ki je značilen za čuječnostno meditacijo. Združuje vaje čuječnosti z elementi kognitivne terapije. Pri MBCT je manj pozornosti namenjene spreminjanju vsebine misli ter več poučevanju posameznikov, da sprejmejo misli kot mentalne dogodke, ki ne odražajo nujno posameznika ali resničnosti (Hofman, Sawyer in Fang, 2010). Poudarek ni na spreminjanju veljavnosti misli in iskanju alternativnih misli, ampak na spreminjanju zavedanja ter odnosa do misli (Segal, Teasdale in Williams, 2013).

MBCT je bil prvotno zasnovan za osebe, ki želijo preprečiti ponovno depresivno epizodo. Je osemtedenski program, vsako srečanje traja po dve uri ter se ga udeleži do 12 oseb na skupino (Segal, Teasdale in Williams, 2013). MBCT klientom omogoča dopolnilno in široko paleto prilagodljivih intervencij v postopku zdravljenja kot tudi prilagojeni model ERP (*angl.* Exposure and response prevention) (Sguazzin, Key, Rowa, Bieling in McCabe, 2017).

MBCT vključuje vaje kot so: meditacija v sedečem položaju, meditacija med hojo, vaja, kjer se skozi meditacijo osredotočamo na posamezne dele telesa, Hatha joga, vaja triminutnega dihanja. Slednja osebo nauči razlikovati med samodejno reakcijo ter kontroliranim odzivom, s čimer dobi vpogled v alternativne izbire (Segal, Teasdale in Williams, 2013). Ohranjanje koncentracije ji pomaga pri spopadanju z občutki bolečine, kar lahko nadomesti naučene oblike izogibanja. Skozi MBCT posamezniki ozavestijo, da misli niso dejstva in jih je potrebno dojeti kot tvorbe uma in ne resničnosti.

4 OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA IN ČUJEČNOST

Obsesivno-kompulzivna motnja (v nadaljevanju OKM) je po DSM-5 (peta verzija ameriškega diagnostičnega in statističnega priročnika za klasifikacijo duševnih motenj) razvrščena v skupino duševnih motenj Obsesivno-kompulzivne in povezane motnje. Glavna značilnost so ponavljajoče se moteče misli (obsesije) in/ ali ponavljajoče se ritualno vedenje (kompulzije) (American Psychiatric Association, 2013).

Obsesije so po DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definirane kot vztrajne in ponavljajoče se misli, impulzi ali podobe, ki so pri posamezniku občutene kot vsiljive in neželene ter pri veliki večini povzročajo izrazito anksioznost ali stisko. Posameznik jih skuša zatreti ali ignorirati z drugimi mislimi ali vedenjem. Kompulzije pa so definirane kot vsa ponavljajoča se vedenja (npr. umivanje rok, preverjanje) ali miselni akti (npr. štetje,

tiho ponavljanje besed) h katerim se posameznik zateka kot odgovor na obsesivne misli ali z namenom preprečevanje anksioznosti ali stiske.

Simptomi se med posamezniki razlikujejo (American Psychiatric Association, 2013). Določeni, kot so *čistoča* (ki vsebuje obsesivne misli o kontaminiranosti in kompulzivnim vedenjem umivanja in čiščenja), potreba po *simetriji in redu* (ki vsebuje obsesivne misli o nujnosti simetrije in kompulzivno vedenje, ki vključuje potrebo po redu, načrtovanju in štetju), *vsiljive misli* (ki so lahko seksualne, agresivne ali religiozne) ter *misli o poškodovanju* (sebe ali drugih), pa so skupni večini. Značilno je, da se posamezniki z OKM izogibajo ljudem, situacijam ali stvarjem, ki sprožajo obsesije ali kompulzije.

4.1 Zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje

Obstajajo različne metode zdravljenja OKM. APA med z dokazi podprte terapije uvršča: vedenjsko kognitivno terapijo (VKT), tehniko izpostavljanja in preprečevanja odziva (*angl.* Exposure and response prevention- ERP) in terapijo sprejemanja in predanosti (ACT) (Society of Clinical psychology, 2019). V nadaljevanju bodo na kratko predstavljene temeljne predpostavke in cilji vsake izmed terapij.

Večina posameznikov z OKM doživlja izkrivljene, nefunkcionalne misli o sebi, svetu in prihodnosti, ki v njih vzbujajo občutke tesnobe. Cilj VKT je pomagati osebi prepoznati, izzvati in spremeniti te disfunkcionalne ideje in usvojiti bolj funkcionalno vedenje (Society of Clinical psychology, 2019). KVT za OKM se osredotoča na poučevanje tehnik s pomočjo katerih posamezniki z OKM lahko raziskujejo, razumejo in izvajajo alternativne oblike razmišljanja in vedenja.

ERP se osredotoča na spreminjanje vedenja (Society of Clinical psychology, 2019). Osnovna predpostavka ERP je, da ko se posamezniki soočijo s svojimi strahovi in prenehajo z odzivom, sčasoma zmanjšajo občutek tesnobe. Posamezniki z OKM se večkrat soočajo z mislimi, slikami, predmeti in situacijami, zaradi katerih so tesnobni in/ ali začnejo z obsesijami, ne da bi pri tem izvajali kompulzivno vedenje, ki običajno služi zmanjšanju tesnobe. Skozi ERP se posameznik postopno izpostavlja strahu in tako obsesije ne povzročajo več stiske.

ACT je vedenjska terapija, ki temelji na teoriji relacijskih okvirjev (Society of Clinical psychology, 2019). Cilj ACT je spremeniti odnos, ki ga imajo posamezniki do lastnih misli, občutkov in spominov, ki se jih bojijo ali se jim izogibajo. Posamezniki se z ACT naučijo razjasniti svoje cilje in vrednote ter se zavezati strategijam uravnavanja vedenja.

4.2 Smiselnost uporabe na čuječnosti temelječih pristopov pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje

Empirični dokazi podpirajo učinkovitost kognitivno vedenjske terapije (KVT) pri zdravljenju OKM (Foa in Franklin 2001). Nekatere študije pa predpostavljajo, da 11-53 % klientov ne zazna sprememb v pogostosti in intenzivnosti simptomov OKM po zaključku VKT (Sguazzin idr., 2017). Nепrekinjeno doživljanje simptomov tudi po zdravljenju poveča ranljivost za relaps, ovira delovanje posameznika ter vpliva na kakovost njegovega življenja. Koristen dodatek VKT po mnenju avtorja Sguazzin s sodelavci (2017) je čuječnost ter na čuječnosti temelječe intervencije.

Zdi se, da so na čuječnosti temelječe intervencije primerne za zdravljenje OKM iz več razlogov (Marijske, Yoru in Nykliček, 2008). Eden od zgodnjih ciljev zdravljenja OKM je klientom pomagati prepoznati, da kompulzivno in izogibajoče se vedenje niso bile uspešne strategije pri spoprijemanju z njihovimi težavami (Hannan in Tolin, 2005). Ker čuječnostna meditacija zagovarja sprejemanje vsake misli in občutka kot dogodek v posameznikovi zavesti, vpliva na zmanjšanje vdorov neučinkovitih misli (Marijske, Yoru in Nykliček, 2008). Čuječnost prav tako uči »spuščanja« obremenjujočih misli in čustev. Tako lahko zmanjša potrebo po kompenzaciji, ki izhaja iz obsesivnih misli ter zmanjša tveganje za pripisovanje pomembnosti. Rachman (1997) opisuje osrednji vidik OKM kot misel-aktivnost-zlitje. Pri OKM so misli dojete kot čisti odsev resničnosti. Z vadbo se naučimo zaznati te misli kot mentalne dogodke ter opazovati razlike med mislimi in dejanskim delovanjem. Pri OKM klienti poskušajo zatreti misli, ki tako vodijo do še večje tesnobe (Wegner, Schnaider, Carter in White, 1987). Čuječnost s pomočjo učenja sprejemanja zmanjšuje potlačitev misli in tako zmanjšuje anksioznost brez kompenzatornih impulzov (Rachman, 1997).

Kadar se OKM ne zdravi se poveča verjetnost, da postane kronična, kar je povezano s precejšnjim poslabšanjem kakovosti življenja in omejitvami v družbenem in poklicnem življenju (Brown in Ryan, 2004). KVT v povezavi s terapijo ERP in/ ali farmakološkim zdravljenjem s selektivnimi zaviralci ponovnega prevzema serotonina (SSRI) velja za najbolj učinkovito zdravljenje OKM.

4.3.1 Obsesivno-kompulzivna motnja in terapija sprejemanja in predanosti (ACT)

Eden ključnih procesov, na katerih temelji ACT je kognitivna defuzija, ki zmanjša verodostojnost misli in nagnjenost k odzivu, ne da bi se pri tem zmanjšala njihova pogostost ali spremenila njihova oblika (Twohig, Hayes in Masuda, 2006). Študije dokazujejo, da ACT intervencije bistveno povečajo posameznikovo pripravljenost,

spopasti se s težkimi dejavnostmi (Masuda, Hayes, Sackett, in Twohig, 2004) in neprijetnimi čustvi (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez in Fink, 2004), kar pomaga pri doseganju sprememb. ACT lahko zagotovi učinkovit način obravnavanja OKM, ki je tako vedenjsko kot tudi kognitivno usmerjen. Osebe z OKM so nezdravo osredotočene na obsesivne misli in se zatekajo k različnim načinom izogibanja, s ciljem spremembe oblike in pogostosti obsesivnih misli. Pri zdravljenju OKM, ACT posameznikom pomaga z ustvarjanjem novega odnosa do obsesivnih misli in anksioznih občutkov, v katerem so obsesije le misli in tesnoba čustvo, ki ga doživljamo. S tem posamezniku omogočimo, da se osredotoči na to, kar je smiselno in ne na poskuse zmanjševanja obsesij oz. izogibanja tesnobe (Twohig, Hayes in Masuda, 2006).

Twohig je s sodelavci (2006) raziskoval učinkovitost terapije ACT pri posameznikih z OKM. Intervencija je potekala osem tednov po eno uro. Vsa srečanja so sledila enakemu vzorcu: na začetku je sledil pregled domače naloge zadnjega srečanja, ponovila se je snov in dodala nova. Dodeljena jim je bila tudi nova domača naloga. Naloge so bile vezane na krepitev vedenj, ki izvirajo iz vrednot posameznika in ne na vedenja, ki skušajo nadzirati zasebno življenje. V prvih dveh srečanjih ACT so se udeleženci naučili razlikovati med obsesijami in kompulzijami. Na tretjem in četrtem srečanju so se osredotočili na problematiko obvladovanja obsesivnih misli. Udeležencem so s pomočjo nalog predstavili omejitve v poskusu nadzorovanja obsesivnih misli. Njihov namen je bil pomagati udeležencem ozavestiti razliko med obsesijami (nekontroliranim zasebnim dogodkom) in kompulzivnimi dejanji (nadzorovanim javnim dogodkom) s ciljem, preusmeritve pozornosti iz zmanjševanja, zatiranja obsesij na zmanjševanje kompulzivnih dejanj. Na petem in šestem srečanju so se osredotočali na spreminjanje psihološke funkcije obsesij, iz nečesa kar nam predstavlja grožnjo, v le še en verbalni dogodek. To so dosegli z vajami defuzije in čuječnosti (npr. hitro ponavljanje obsesije, do točke, kjer ne zveni več kot obsesija, ampak kot smešen niz zvokov). Zadnji dve srečanja sta bili namenjeni razpravi o vrednotah udeležencev. Skozi celotno intervencijo so s pomočjo metafor predstavili različne koncepte. Raziskava je pokazala, da je intervencija povzročila klinično pomembno zmanjšanje kompulzivnih misli, rezultati pa so se ohranili tudi po trimesečnem spremljanju (Twohig, Hayes in Masuda, 2006). Pokazale so se pozitivne spremembe v anksioznosti in depresiji udeležencev kot tudi pričakovane spremembe v zmanjšanju izkustvenega izogibanja, prepričljivosti obsesij in potrebi po odzivanju nanjo. Vsem udeležencem je bila intervencija sprejemljiva.

V randomizirani klinični študiji, ki jo je opravil Twohig s sodelavci (2010) so preučili uporabnost, učinkovitost in sprejemljivost ACT intervencije za osebe z OKM. Učinkovitost ACT so primerjali s progresivno mišično relaksacijo. Obe intervenciji sta bili enako verodostojni, rezultati pa so pokazali večje izboljšanje v obsesivno kompulzivnih

simptomnih pri ACT intervenciji. Pri ACT je višje število posameznikov pokazalo klinično pomembno izboljšanje v primerjavi s progresivno mišično relaksacijo. Prav tako je imela intervencija med tistimi posamezniki, ki so na začetku poročali o vsaj blagi obliki depresije, večji učinek. Kakovost življenja se je tako pri ACT kot pri progresivni mišični relaksaciji izboljšala, vendar so bili rezultati bolj v prid ACT. Na podlagi te študije je ACT uvrščena med z dokazi podprte terapije za OKM.

4.3.2 Obsesivno-kompulzivna motnja in na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (MBCT)

MBCT za OKM poudarja bolj prilagodljive in alternativne odzive na vsiljene misli, s ciljem zmanjševanja anksioznosti in izkustvenega izogibanja (Sguazzin idr., 2017). Te alternativne oblike vključujejo zavedanje in sprejemanje notranjih izkušenj. MBCT posameznika prav tako uči nepristranskega opazovanja obsesij, kar dodatno zmanjšuje potrebo po izogibanju in zatiranju obsesivnih misli. Psihometrični rezultati nakazujejo na prepletenost konstrukta TAF (miselno-akcijske fuzije) (*angl.* Thought action fusion) v OKM (Sguazzin idr., 2017). Konstrukt ima dve glavni komponenti: (a) prepričanje, da prisotnost negativnega razmišljanja povečuje verjetnost neželene posledice in (b) prepričanje, da je prisotnost nesprejemljive misli enakovredno njeni izvedbi. MBCT poudarja decentracijo misli in posameznika uči opazovanja lastnih misli, kot »samo misli«, ne da bi se nanje morali odzvati oz. ukrepati, posledično se tako zmanjšujejo učinki TAF.

Vedenjsko kognitivna terapija z ERP in/ ali farmakološko zdravljenje s selektivnimi zaviralci ponovnega prevzema serotonina (SSRI) je dokazano učinkovito zdravljenje za osebe z OKM (Foa in Franklin, 2001). Učinkovitost VKT z ERP je še vedno omejena s precejšnjim deležem posameznikov, ki se ne odzivajo ali se le delno odzivajo na terapijo, doživljajo relapse ali prekinejo zdravljenje. Külz s sodelavci (2018) pri zdravljenju OKM, kot učinkovito nadomestno metodo zdravljenja navaja MBCT. Še posebej je učinkovita pri pacientih, ki jim VKT z ERP ne prinese zelenih učinkov, ki trpijo za ponavljajočimi se težavami ali imajo težave pri sodelovanju v takšni obliki zdravljenja (Cairns in Murray, 2015). Külz idr. (2018) navaja različne dejavnike, ki bodisi posamezno ali v kombinaciji z drugimi posredujejo pozitivne učinke čuječnosti pri pacientih z OKM. Eden izmed učinkov je večja pripravljenost doživeti težavne misli, čustva in telesne občutke.

Cilj študije, ki jo opisuje Külz s sodelavci (2018) je bil raziskovati učinkovitost MBCT pri osebah z OKM na velikem vzorcu udeležencev. Predpostavljali so, da bo udeležencem z OKM, ki se niso dobro odzvali na VKT, MBCT bistveno zmanjšala simptome OKM v primerjavi s psihoedukacijskim programom. Intervencija je bila sestavljena iz osemtedenskih srečanj po dve uri. Ugotovitve nakazujejo, da MBCT v primerjavi s

psihoedukacijskim programom vodi k pospešenemu izboljšanju samoopazovanja simptomov OKM. Udeleženci v MBCT intervenciji so se v primerjavi z udeleženci v ERP intervenciji bistveno izboljšali na lestvi samoocenjevanja simptomov OKM. MBCT je spodbudila premik iz doživljanja stiske zaradi neuspešnih poskusov zatiranja simptomov OKM k sprejemanju neželenih misli in neprijetnih čustev.

V pilotni študiji Hertenstein idr. (2012) predstavlja dokaze, da osebe z OKM vidijo določene vidike MBCT kot sprejemljive in koristne. Opisujejo spremembe upadanja obsesivno kompulzivnih simptomov, bolj aktivnega življenja v sedanjem trenutku, povečano zmožnost sprejemanja neprijetnih čustev, mirnejše odnose v vsakdanjem življenju ter izboljšanje razpoloženja in spanja. Štirje od dvanajstih udeležencev so poročali, da niso opazili nobenega izboljšanja simptomov OKM po MBCT. Še posebej koristen element MBCT pri osebah z OKM se je izkazalo tri-minutno dihanje.

Hertenstein idr. (2012) so v svoji raziskavi poročali o zaznanem upadu obsesivno kompulzivnih simptomov, večji vključenosti v sedanji trenutek, dopuščanju neprijetnih čustev ter izboljšano razpoloženje in spanje. Triminutno dihanje je bil še posebej koristen element MBCT terapije za OKM. Udeležencem je omogočilo, da so se lahko za trenutek ustavili, kadar so občutili potrebo po kompulzivnem ravnanju, kar je povzročilo povečanje sposobnosti uravnavanja kompulzivnega vedenja. Izboljšala se je tudi sposobnost samoregulacije pozornosti, zaradi česar so udeleženci bolje prepoznali začetne faze kompulzivnega vedenja ter bili bolj sposobni preusmeriti pozornost stran od vsiljivih misli. Pomembna komponenta je bila samosprejemanje, ki je omogočilo bolj prožno in večjo pripravljenost doživljanja neprijetnih stanj. Udeleženci so poročali, da so se naučili na drugačen način zaznavati obsesije (in sicer kot nihajoče dogodke njihovega uma, ki jih lahko spustijo mimo brez vrednotenja).

Sguazzin je s sodelavci (2017) predstavil kvalitativne podatke študije, ki je preiskovala učinke osemtedenske intervencije MBCT, prilagojene osebam z OKM. Udeleženci, ki so predhodno zaključili KVT za OKM in se jim simptomi niso zmanjšali so se lahko pridružili raziskavi. Intervencija je bila sestavljena iz tedenskih dvournih skupinskih srečanj in individualne vaje na domu. Vsaka skupina je imela po približno osem udeležencev. Vključena je bila tudi psihoedukacija o OKM, razprava o simptomih OKM ter osredotočenost na zavedanje obsesij in kompulzij (tj. gledanje misli kot prehodne mentalne dogodke). Vsako srečanje je vključevalo didaktični in izkustveni del. Udeleženci pa so prejeli tudi priročnik s ključnimi točkami programa. V študiji so ugotovili, da je intervencija MBCT koristna in sprejemljiva za udeležence. Natančneje večina udeležencev je poročala o zmanjševanju pogostosti simptomov OKM, o izboljšanju sposobnosti biti čuječ ter kakovosti življenja. Več kot 60 % udeležencev je navedlo, da po intervenciji boljše

prepoznajo, opazujejo in sprejmejo lastne negativne misli ter ne zapadajo v avtomatske odzive. Udeleženci so poudarili pomembnost socialne podpore, ki so jo bili deležni s strani skupine ter mentorja. Prav tako so navedli, da se izkušnje MBCT intervencije dopolnjujejo s predhodno terapijo KVT (tj. koristilo jim je, da je učenje čuječnosti sledilo KVT, MBCT je okrepilo spretnosti, naučene v KVT), kar nakazuje smiselnost uporabe na čuječnosti temelječih pristopov v kombinaciji s KVT za osebe z OKM (Fairfax, 2008).

Čeprav trenutno ni dovolj raziskovalnih študij, ki bi preučevale MBCT kot dodatno terapijo za KVT, za osebe z OKM ugotovitve, predstavljene v tem poglavju, podpirajo razmislek združitve in uporabe obeh pristopov pri zdravljenju OKM.

6 SKLEPI

V zaključni nalogi smo ugotovili, da so na čuječnosti utemeljeni pristopi učinkoviti pri zmanjševanju simptomov obsesivno-kompulzivne motnje (OKM). Osebe z OKM s pomočjo čuječnosti zmanjšujejo izkustveno izogibanje, prepričljivost obsesij in potrebo po odzivanju nanje. Zanimanje za uporabo koncepta čuječnosti v terapevtske namene vztrajno narašča, kar dokazuje vedno večje število raziskav, ki poročajo o pozitivnih učinkih. Glede na ciljno skupino udeležencev obstaja več ustreznih programov, ki temeljijo na čuječnosti.

Terapija sprejemanja in predanosti (*angl.* Acceptance and Commitment Therapy – ACT), spada med z dokazi podprte terapije za OKM. Posameznikom pomaga ustvariti nove povezave oz. spremeniti odnos med obsesivnimi mislimi in občutki tesnobe. Omogoča, da se osredotočijo na početje, ki je smiselno, namesto da porabijo velike količine časa v poskusu, zmanjšati obsedenost ali izogibanju tesnobnih občutkov.

Obstajajo pa tudi dokazi za učinkovitost prirejene oblike na čuječnosti temelječe kognitivne terapije (*angl.* Mindfulness-based cognitive therapy- MBCT). Slednja kombinira vaje čuječnosti z elementi kognitivne terapije. Kot zelo koristna se je izkazala vaja triminutnega dihanja. Prav tako pa z njo posamezniki z OKM pridobijo veščine, ki jim olajšajo odmikanje od rutin in sprejemanje notranjega doživljanja. Še vedno pa so potrebne nadaljnje študije.

4 LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.

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

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. in Devins. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B.D., Larimer, M.E., Blume, A.W., Parks, G.A. in Marlatt, G.A., 2006. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors* 20, 343–347.

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(3), 242–248.

Cairns V. in Murray, C. (2015). How do the features of mindfulness-based cognitive therapy contribute to positive therapeutic change? A meta-synthesis of qualitative studies. *Behav Cogn Psychother*, 43, 342–359.

Carver, C. S. in Scheier, M. F. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour* 2, 3–52.

Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. = Being here and now: Mindfulness, its applicability, and mechanisms of action. *Psihološka Obzorja / Horizons of Psychology*, 14(2), 73–92.

Černetič, M. (2011). Kjer je bil id, tam naj bo... čuječnost- Nepresoajajoče zavedanje in psihoterapija. *Kairos*, 5(3), 37-48.

Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(1), 53–59.

Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D. in Segal, Z. V. (2010). Minding One's Emotions: Mindfulness Training Alters the Neural Expression of Sadness. *Emotion*, 10(1), 25–33.

Foa, E. in Franklin, M. (2001). Obsessive-compulsive disorder. V D. H. Barlow (ur.), *Clinical handbook of psychological disorders* (str. 209–263). New York: Guilford Press.

Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M. in Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767–783.

Hannan S.E. in Tolin D.F. (2005). Mindfulness- and Acceptance-Based Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Series in Anxiety and Related Disorders*. Boston: Springer.

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

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

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.

Hayes, S. C. in Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246.

Hayes S.C., Strosahl K.D., Bunting K., Twohig M. in Wilson K.G. (2004). *What Is Acceptance and Commitment Therapy? A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer US.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. in Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. in Strosahl, K. (1996).

Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.

Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. in Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences, *BMC Psychiatry* 12(185), 1-10.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. in Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701–710.

Hollander, E. in Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(4), 3-6.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. in Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 191(1), 36–43.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. R. in Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (6), 538-559.

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

Kabat-Zinn, J. (1998). Meditation. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (str. 767–79). New York: Oxford University Press.

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

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

Keng, S. L., Smoski, M. J. in Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.

Killingsworth, M. A. in Gilbert, D. T. (2010). A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science*, 330, 932.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philippen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G. in Moritz, S. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(2), 223-233.

Linehan, M. M., Heard, H. L. in Amstron, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Marijske, H, Yori G. in Nykliček, I. (2008). The Effects of a Mindfulness Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Student Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 10(196), 776-779.

Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.

Martin, L. in Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. V R. S. Wyer (ur.), *Advances in social cognition* (str. 1-48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F. in Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.

Milad, M.R., Wright, C.I., Pitman, R.K., Quirk, G.J. in Rauch, S.L., (2007). Recall of fear extinction in humans activates the ventromedial prefrontal cortex and hippocampus in concert. *Biological Psychiatry* 62, 446-454.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.

Ruth, A. B. (2006). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

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

Segal Z. V., Teasdale, J. in Williams, J. M. G. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition*. New York: The Guilford Press.

Sguazzin, C. M. G., Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P. J. in McCabe, R. E. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Residual Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: a Qualitative Analysis. *Mindfulness*, 8(1), 190–203.

Shapiro, S. L. in Schwartz, G. E. (2000). Intentional systemic mindfulness: an integrative model for self-regulation and health. *Advances in mind-body medicine*, 16(2), 28-34.

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.

Society of Clinical Psychology. Pridobljeno avgusta 2019 na <https://www.div12.org/diagnosis/obsessive-compulsive-disorder/>

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

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-stevens, H. in Woidneck, M. R. (2010). *A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Versus Progressive Relaxation Training for Obsessive-Compulsive Disorder*. 78(5), 705–716.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. in Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3–13.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., in White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.

Žvelc, G. (2019). Temeljne predpostavke terapije sprejemanja in predanosti ter model psihološke fleksibilnosti. V G. Žvelc (ur.), *Terapija sprejemanja in predanosti. Čuječnost in psihološka fleksibilnost v psihoterapiji* (str. 11-26). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.