

UČINCI 8-TJEDNOG TEČAJA *MINDFULNESSA* NA IZRAŽENOST OPĆIH PSIHOPATOLOŠKIH TEŠKOĆA I STRESA NA POSLU – PRELIMINARNI NALAZI

DRAGICA BARBARIĆ i DRAGANA MARKANOVIĆ¹

Privatna psihološka praksa KBT opcija i ¹Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, Zagreb, Hrvatska

*Posljednjih 20-ak godina zamjećuje se sve veći interes za intervencije „trećeg vala“ kognitivno-bihevioralnih terapija i njihovu učinkovitost u tretmanu različitih psihičkih poremećaja, smanjenju stresa te poboljšanju psihičke dobrobiti. Stoga je cilj ovoga rada bio ispitati učinke grupnog 8-tjednog tečaja *mindfulnessa* na izraženost najčešćih psihičkih poteškoća, stresa na poslu te psihičku i fizičku dobrobit. Tečaj se najvećim dijelom zasnivao na programu kognitivne terapije usredotočene svjesnosti s elementima terapije prihvatanjem i posvećenošću. U istraživanje je uključeno 69 sudionika (43 stručnjaka pomagačkih zanimanja i 26 osoba s različitim psihičkim teškoćama). Procjena je učinjena prije, neposredno nakon te 2 mjeseca nakon završetka tečaja primjenom upitnika za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća, intenziteta stresa na poslu te psihičke i fizičke dobrobiti. Nakon završetka programa sudionici su izvještavali o slabijem intenzitetu općih psihopatoloških teškoća nego prije programa te o značajnom smanjenju intenziteta stresa na poslu. Primijetili su umjereno poboljšanje problema koji su bili razlog dolaska na tečaj te su izvijestili da im je njegovanje usredotočene svjesnosti u velikoj mjeri omogućilo poboljšanje psihičke i fizičke dobrobiti. U radu će se raspraviti o praktičnim implikacijama dobivenih rezultata, kao i o ograničenjima i mogućim poboljšanjima provedenog istraživanja.*

*Ključne riječi: *mindfulness*, psihopatološke teškoće, stres na poslu, psihička dobrobit*

*Adresa za dopisivanje: Dragica Barbarić, prof. psiholog.
Privatna psihološka praksa KBT opcija
Novakova 8 B
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: dragica.barbaric@kbt-barbaric.com*

UVOD

Jedna od glavnih značajki kognitivno-bihevioralnih terapija (KBT) je zasnovanost na znanstvenim istraživanjima iz različitih područja psihologije. Rezultati takvih istraživanja utječu na stvaranje novih kognitivno-bihevioralnih modela i odgovarajućih tretmana koji se zatim evaluiraju, a rezultati tih evaluacija ponovno utječu na daljnja istraživanja zbog čega je razvoj KBT-a slijedio trendove u istraživanjima relevantnima za određeno povijesno razdoblje.

Tako se „prvi val“ ovih terapija pojavljuje 1940-ih i 1950-ih godina, kada se na temelju eksperimentalno utvrđenih zakonitosti učenja razvijaju bihevioralne tehnike kao što je, primjerice, sustavna desenzitizacija (1).

Tzv. „drugi val“ započinje 1960-ih godina s kognitivnom revolucijom u istraživanjima, kada nastaju kognitivne terapije (npr. Beckova kognitivna terapija, Ellisova racionalno-emocionalno-bihevioralna terapija). Od kraja

1970-ih i posebice tijekom 1980-tih bihevioralna i kognitivna terapija sve se više spajaju te se počinju koristiti zajedničkim nazivom – kognitivno-bihevioralna terapija (2). Od uvođenja Beckovog originalnog protokola za depresiju razvijaju se specifični KBT protokoli za cijeli niz emocionalnih poremećaja i premda svaki od njih uključuje donekle različite terapijske tehnike, svi oni dijele značajan broj sličnosti (3,4). Njihova glavna sličnost je pretpostavka o centralnoj ulozi neadaptivnih kognicija u održavanju emocionalnih poremećaja njihovom interakcijom s emocijama i ponašanjima. Stoga je većina ovih tehnika usmjerena na modifikaciju kritičnih kognicija s ciljem smanjenja emocionalne neugode i neadaptivnih ponašanja.

Do danas je proveden velik broj istraživanja učinkovitosti KBT-a, što ih trenutno čini psihoterapijskim pristupom koji je utemeljen na najviše dokaza (5). Osim toga, ovaj je pristup tijekom posljednjih 20-ak godina bio vrlo otvoren i za nove spoznaje iz kognitivne psihologije (npr. o metakognicijama, svjesnosti, iskustvenom izbjegavanju itd.) i neuroznanosti (npr. da redovita meditacija dovodi do korisnih strukturnih promjena u mozgu) (6,7) koje su se počele ugrađivati u nove modele i tretmane rezultirajući još jednom revolucijom – tzv. „trećim valom“ KBT-a.

„Treći val“ kognitivno-bihevioralnih terapija

Ključno obilježje intervencija „trećeg vala“ je usmjerenje na kontekst i promjenu *funkcije* nepoželjnog psihološkog događaja, a ne na izravnu promjenu samog psihološkog događaja ili njegovog sadržaja (8). Naglasak se stavlja na prihvaćanje i drugačije odnošenje prema nepoželjnim mislima, emocijama i tjelesnim senzacijama dok se ponašamo na adaptabilan način. Za razliku od „drugog vala“ u kojemu je naglasak na *promjeni* distorziranih i nefunkcionalnih misli i uvjerenja, intervencije „trećeg vala“ pomažu klijentu da nepoželjna unutarnja stanja osvijesti, prihvati i promatra s određene distance, bez vrednovanja, u sadašnjem trenutku i uz razvijanje sućuti prema sebi zbog patnje kroz koju prolazi.

Najpoznatiji tretmani „trećeg vala“ su kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (9), terapija prihvaćanjem i posvećenošću (10), integrativna bihevioralna terapija parova (11), dijalektička bihevioralna terapija (12), metakognitivna terapija (13), terapija usmjerena na sućut prema sebi (14).

Kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT) izvorno nije bila osmišljena kao individualna psihoterapija, već kao grupni trening vještina namijenjen osobama koje pate od ponavljajućih epizoda depresije (15). Njezin program kombinira tehnike iz dokazano učinkovite Beckove kognitivne terapije za akutnu depresiju (16,17) s vježbama iz *mindfulness* meditacije. Te su vježbe većim dijelom preuzete iz *mindfulness* programa za ublažavanje stresa koji je razvio Jon Kabat-Zinn, budući da je dokazano da pomaže u

nošenju s bolešću i poboljšava ishode liječenja kod osoba koje pate od teških i/ili kroničnih tjelesnih bolesti (18,19).

Autori MBCT programa, Segal, Willams i Teasdale (9), primijetili su da brojne studije ukazuju kako ponavljajuće epizode depresije postaju sve autonomnije i zahtijevaju sve manje okidača iz okoline. Osim toga, s brojem depresivnih epizoda povećava se vjerojatnost javljanja još jedne te se skraćuje vrijeme između pojedinih epizoda. Tragajući za učinkovitim pristupom kojim bi se smanjila vjerojatnost javljanja novih epizoda usmjerili su se na otkrivanje psiholoških čimbenika koji su u osnovi vulnerabilnosti na ponovljene depresivne epizode (20,21). Uočili su da bi odgovor mogao biti u ponavljanom povezivanju depresivnog raspoloženja i obrazaca negativnog, samokritičnog, bespomoćnog i beznađnog mišljenja tijekom akutnih epizoda velikog depresivnog poremećaja, što u konačnici rezultira promjenama i na kognitivnoj i na neuralnoj razini. Zbog toga se osobe koje su se oporavile od velike depresije razlikuju od onih koje je nikada nisu imale u obrascima misli koji slijede aktivirano disfornično raspoloženje (15). Na tako aktivirane obrasce negativnih misli one, naime, počinju reagirati ruminacijama i brigama, što opet reaktivno vodi u sve neugodnije emocije, tjelesne senzacije i razmišljanja (22-24). U konačnici dolazi do eskalacije i učvršćivanja začaranih krugova ruminativnog kognitivno-afektivnog procesiranja (25,26).

Osim toga, poznato je da osobe s ponovljenim epizodama depresije i anksioznih poremećaja imaju veću sklonost potiskivanju negativnih misli (27) te da iskazuju veću nevoljnost ostajanja u dodiru s neugodnim unutarnjim doživljajima. To ih stoga tjera na izbjegavanja ili prekomjernu kontrolu sigurnosnim ponašanjima, ali posljedično dovodi do dodatne subjektivne patnje i osiromašenja života. Ovaj je fenomen nazvan iskustvenim izbjegavanjem (28). U nizu istraživanja potvrđeno je da su veće razine iskustvenog izbjegavanja doista povezane s višim razinama opće psihopatologije, depresije, anksioznosti, nizom specifičnih strahova, trauma, te s nižom kvalitetom života (npr. 29-31).

Terapija prihvaćanjem i posvećenošću (engl. *Acceptance and Commitment Therapy*; popularan je izraz ACT koji se čita ne kao inicijali nego kao engl. riječ „act“ - *djelovati*) zasnovana je na teoriji relacijskih okvira (32), a njezini se korijeni nalaze u filozofiji funkcionalnog kontekstualizma koja koristi bihevioralni analitički model kako bi integrirala kognicije i jezik (33,34). U teorijskom smislu ACT je strogo bihevioralna terapija, no ipak je utemeljen na sveobuhvatnoj empirijskoj analizi ljudskih kognicija (32). Istodobno, usmjeren je i na teme kao što su *mindfulness*, prihvaćanje, vrijednosti i „self“. Takva kategorijska višeznačnost je karakteristična za većinu pristupa „trećeg vala“ KBT-a. Primjerice, dok se pretpostavlja da je ACT „bihevioralna“ a MBCT „kognitivna“ terapija, ova dva pristupa imaju daleko više zajedničkog nego, primjerice, sustavna desenzitizacija „prvog vala“ i Beckova kognitivna terapija „drugog vala“ KBT-a.

Temeljna pretpostavka ACT-a je da je psihološka patnja uzrokovana *iskustvenim izbjegavanjem* (nevoljnost da se iskuse negativne emocije, tjelesne senzacije i misli) i *kognitivnom fuzijom* (fenomen da verbalni procesi neusporedivo više utječu na ponašanje osobe od neposrednih okolnosti; npr. na ponašanje osobe sa socijalnom fobijom jače će djelovati misao „*Osrमतit ću se*“ nego neposredno iskustvo sa zabave da se to ne događa). Zbog tih fenomena osoba postaje psihološki rigidna te ne uspijeva poduzeti potrebne bihevioralne korake u smjeru življenja života usklađenog s osobnim vrijednostima (35). S ciljem pomaganja klijentu da razvije psihološku fleksibilnost ACT se koristi različitim setovima tehnika kao što su: kognitivno defuziranje, prihvaćanje, prisutnost u sadašnjem trenutku, promatranje sebe, otkrivanje osobnih vrijednosti te posvećeno djelovanje (36). Umjesto eliminiranja teških emocija i negativnih misli, cilj tih intervencija je naučiti biti ih svjestan i ne postupati po njima, već ih prihvatiti i *djelovati* sukladno ciljevima utemeljenima na svojim životnim vrijednostima.

Istraživanja učinkovitosti tretmana „trećeg vala“ za različite psihičke poremećaje, stres te psihičku i fizičku dobrobit

Iako početne provjere učinkovitosti terapija „trećeg vala“ ponekad nisu ispunjavale stroge metodološke kriterije, u zadnjih 10-ak godina provode se vrlo rigorozna istraživanja koja sve više ukazuju na njihovu učinkovitost u prevladavanju različitih psihičkih poremećaja i smetnji, smanjenju stresa te poboljšanju psihičke dobrobiti (37-39). Također je potvrđeno da su 8-tjedni tečajevi *mindfulnessa* učinkoviti kod cijelog niza zdravstvenih problema (39-41), da smanjuju stopu javljanja novih depresivnih epizoda i korištenje antidepresiva (15,42,43), te da ublažavaju anksioznost (41,44). Osim toga, sudjelovanje na tečajevima *mindfulnessa* smanjuje samoopaženi stres (uključujući i stres na poslu) i povećava psihološku dobrobit, a postignuti učinci se održavaju u razdoblju praćenja od 1 do 3 mjeseca (45-49).

Osim pozitivnih učinaka na mentalno zdravlje i psihološku dobrobit klijenata, čini se da pristupi zasnovani na *mindfulnessu* mogu koristiti i stručnjacima za mentalno zdravlje. Naime, poznato je da je ova populacija posebno osjetljiva na povećane razine stresa (50), maladaptivne strategije nošenja sa stresom (51) te sindrom sagorijevanja na radnom mjestu (52). U kontroliranom istraživanju učinaka *mindfulness* meditacije na zdravstvene stručnjake Shapiro i sur. (53) su pokazali da njezino prakticiranje dovodi do smanjenja ukupne razine stresa te povećanja kvalitete života i suosjećanja prema sebi. Slične rezultate dobili su i za psihoterapeute u treningu (54). Nastave li prakticirati *mindfulness* i nakon završetka tečaja, postoje dokazi da kod stručnjaka dolazi do daljnjeg poboljšanja psihološke dobrobiti te do ublažavanja zabrinutosti, anksioznosti kao crte ličnosti i općih psihopatoloških smetnji (55).

CILJ RADA

Glavna svrha ovoga rada je prikazati neposredne i odgođene učinke 8-tjednog tečaja *mindfulnessa* na izraženost najčešćih psihičkih smetnji, intenzitet stresa na poslu te subjektivnu psihičku i fizičku dobrobit kod osoba s različitim psihičkim teškoćama te stručnjaka pomagačkih zanimanja.

METODE

Sudionici

Sudionici istraživanja bili su polaznici 8-tjednog tečaja *mindfulnessa* koji se održavao u organizaciji Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije (HUBIKOT) u pet različitih grupa u Zagrebu i Rijeci tijekom 2014. i 2015. godine. Od ukupno 77 polaznika uključenih u istraživanje, četvero je u međuvremenu odustalo od tečaja, a za dodatnih četvero nije izvršena procjena učinaka tretmana jer nisu prisustvovali ni posljednjem susretu ni susretu praćenja. Konačni uzorak stoga je činilo 69 polaznika, od čega 43 stručnjaka pomagačkih zanimanja (37 psihologa, 3 liječnika, 1 viša medicinska sestra, 1 socijalni pedagog i 1 pedagog) te 26 osoba s različitim psihičkim poteškoćama (klijenti). Sudionici su bili u dobi od 20 do 51 godine ($M=33.7$; $SD=8.34$), od čega 57 žena i 12 muškaraca.

Stručnjaci su pristupili tečaju ponajprije radi edukacije. Naime, autori tečaja izričito zahtijevaju da budući treneri takvih programa u prvoj fazi svoje edukacije prođu iskusveni tečaj i da se zatim, najmanje godinu dana prije korištenja ovih intervencija s klijentima, posvete samostalnoj meditativnoj praksi (9). Kao druge razloge za uključivanje u tečaj stručnjaci su navodili želju za poboljšanjem vlastite psihičke i fizičke dobrobiti te za radom na određenim problemima (stres na poslu, sklonost brigama i ruminacijama, problemi u odnosima). Klijenti su se na tečaj prijavili radi različitih psihičkih poteškoća, među kojima su najčešće navodili sklonost čestom doživljavanju neugodnih emocija, negativnim načinima razmišljanja, loše nošenje sa stresnim situacijama, probleme u odnosima i slabu koncentraciju. Kriteriji za isključivanje bili su: (i) akutna depresija, (ii) akutna suicidalnost, (iii) akutni psihotični poremećaj, te (iv) ovisnost. Dvoje sudionika je navelo da su ranije patili od psihoze, a jedan da se aktualno liječi od bipolarnog poremećaja, no uključeni su u tečaj kada su predočili dopuštenje svojeg psihijatra za ovu vrstu tretmana (uz nastavak uzimanja propisanih lijekova i redovite psihijatrijske kontrole).

Mjerni instrumenti

Upitnik općih psihopatoloških teškoća (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE – OM; 56). Namijenjen je procjeni općih psihopatoloških teškoća te praćenju učinaka savjetovanja i psihoterapije. Sastoji se od 34 tvrdnje koje obuhvaćaju sljedeća četiri po-

dručja: subjektivna dobrobit, poteškoće/simptomi, funkcioniranje te rizik. Zadatak ispitanika je da koristeći ljestvicu od 5 stupnjeva (od nikada do gotovo uvijek) naznači koliko često se u posljednjih tjedan dana osjećao, razmišljao i ponašao na opisane načine. Rezultat se izračunava kao zbroj odgovora na svim česticama ili kao omjer zbroja svih odgovora i broja odgovorenih čestica. Dosadašnje provjere upitnika ukazuju na zadovoljavajuće metrijske karakteristike (57).

Upitnik intenziteta stresa na poslu (58). Namijenjen je procjeni razine stresa koju osoba doživljava na radnom mjestu. Obuhvaća 20 tvrdnji koje opisuju različite simptome profesionalnog stresa i sagorijevanja, a zadatak ispitanika je da na ljestvici od 0 (nikada) do 4 (gotovo uvijek) označi koliko često doživljava pojedinu teškoću. Rezultat se računa kao ukupni zbroj odgovora na sve tvrdnje.

Samoprocjene psihičke i fizičke dobrobiti. Poboljšanje psihičke i fizičke dobrobiti zbog prakticiranja *mindfulness* procijenjeno je pitanjem „U kojoj mjeri Vam je njegovanje usredotočene svjesnosti poboljšalo opću psihičku i fizičku dobrobit?“, na koje je trebalo odgovoriti koristeći subjektivnu ljestvicu od 0 (uopće nije poboljšalo) do 10 (u potpunosti se poboljšalo).

Upitnik o demografskim podacima, zdravstvenom stanju i motivaciji za uključivanje u tečaj. Upitnik je za potrebe ovoga istraživanja konstruirao autor rada, a bio je namijenjen prikupljanju demografskih podataka kao što su dob, spol, stručna sprema i zanimanje sudionika, kao i podataka o njihovom zdravstvenom stanju (bolovanje od fizičkih i psihičkih bolesti, korištenje lijekova, uključenost u neki oblik psihoterapije). Od sudionika se također tražilo da naznači razloge svoje prijave na tečaj.

Upitnik o samostalnom radu i popratnim učincima tretmana. Upitnik je oblikovan za potrebe ovoga istraživanja, a uključivao je pitanja o redovitosti samostalnog vježbanja između grupnih susreta, poboljšanju problema koji su bili razlog uključivanja u tečaj, elementima tretmana koje sudionik smatra korisnima odnosno nekorisnima, u čemu vidi najveću dobit od njegovanja usredotočene svjesnosti.

Tečaj mindfulness

Tečaj se sastojao od 8 iskustvenih radionica u trajanju od po 120 minuta, između kojih su polaznici za domaću zadaću također trebali provoditi svakodnevne vježbe u trajanju od 30 do 45 minuta. Najvećim dijelom tečaj se zasnivao na programu kognitivne terapije usredotočene svjesnosti [prema protokolu iz priručnika za voditelje tečaja „*Mindfulness-based cognitive therapy for depression*“ (9)], s određenim promjenama i prilagodbama budući da polaznici uglavnom nisu bili osobe s ranijim ni s akutnim epizodama depresije. U one dijelove tečaja u kojima se primjenjuju specifične tehnike za depresivne simptome stoga su unešeni dijelovi standardnih KBT protokola za rad s različitim psihičkim teškoćama, kao i neki elementi ACT-a.

Polaznici su tijekom tečaja upoznali sve formalne vježbe meditacije iz standardnog MBCT programa. Osim formalnih vježbi, polaznici su kao dio domaće zadaće imali i razne neformalne aktivnosti čiji je cilj bio postupno generaliziranje naučenoga u svakodnevnom životu. Osnovne koncepte ovoga pristupa usvajali su uglavnom iskustveno razgovorom o vlastitim doživljajima tijekom meditiranja.

Iz tradicionalnog KBT pristupa preuzete su vježbe odnosa između misli i osjećaja, kalendar ugodnih i neugodnih događaja, rad na prevenciji povrata simptoma te tehnike postupne aktivacije i izlaganja situacijama koje se izbjegavaju.

Vježbe preuzete iz ACT-a uglavnom su se odnosile na tehnike kognitivnog defuziranja, tj. podučavanje različitim načinima postupanja s negativnim mislima (npr. korištenje metafora u distanciranju od misli, zapisivanje misli na papiriće, imenovanje negativnih obrazaca misli). Također su provedene vježbe osvještavanja kontrolnih strategija izbjegavanja i prekomjerne kontrole, vježba iluzije kontrole, voljnost da se napusti kontrola i prepusti unutarnjim mentalnim događajima onakvima kakvi jesu, vježbe razjašnjenja vrijednosti te postavljanje njima sukladnih ciljeva i akcija.

Postupak

Tečaj se održavao tijekom 8 uzastopnih tjedana u trajanju od po 120 minuta, a 2 mjeseca nakon završetka programa održan je susret praćenja. Susreti su održavani grupno, u pet zasebnih skupina od po prosječno 15 sudionika. Voditeljica tečaja u svakoj skupini bila je prva autorica teksta, psihologinja i iskusna kognitivno-bihevioralna psihoterapeutkinja.

Procjena je učinjena primjenom Upitnika općih psihopatoloških teškoća, Upitnika intenziteta stresa na poslu te Upitnika o sociodemografskim podacima, zdravstvenom stanju i motivaciji za uključivanje u tečaj prije početka tečaja. Isti upitnici ponovno su primijenjeni neposredno nakon tečaja (tijekom 8. susreta) te 2 mjeseca nakon njegovog završetka, uz koje su sudionici još dali i samoprocjenu psihičke i fizičke dobrobiti te su popunili Upitnik o samostalnom radu i popratnim učincima tretmana.

REZULTATI

Prikupljeni podaci obrađeni su programom IBM SPSS Statistics 19.

Učinci tečaja mindfulness na izraženost psihičkih poteškoća

S ciljem provjere učinaka provedenog tečaja na intenzitet općih psihičkih poteškoća, za svaku podskupinu sudionika proveden je Friedmanov test kojim su uspoređeni prosječni ukupni rezultati koje su na upitniku CORE-OM

postizali prije, neposredno nakon i 2 mjeseca nakon završetka tečaja. U skupini klijenata koji su se na tečaj javili zbog različitih psihičkih poteškoća u funkciji vremena je došlo do statistički značajnog poboljšanja ($\chi^2(2)=8,71$; $p<.05$). *Post-hoc* testovi (Wilcoxonov test za sve kombinacije parova s Bonferronijevom korekcijom) pokazali su da su u odnosu na početno mjerenje (prije tretmana) ovi sudionici postizali značajno niži rezultat kako nakon 8 tjedana tečaja (poslije tretmana), tako i na kraju 2-mjesečnog razdoblja praćenja (svi $p<.01$). Između druge i treće točke mjerenja (neposredno nakon i 2 mjeseca nakon tečaja) pritom nije pronađena značajna razlika u izraženosti psihičkih poteškoća ($p>.05$). Na sl. 1 je vidljivo da je prosječni rezultat koji su ovi sudionici postigli prije tretmana ($M=39,4$; $SD=23,45$) bio klinički indikativan, odnosno da je prelazio granicu od 34 boda koja ukazuje na moguće postojanje značajnijih psihopatoloških problema ili poremećaja (nešto stroži kriterij nego onaj koji predlažu Jokić-Begić i sur. (57). Nakon tečaja njihovi su se rezultati kretali u rasponu koji postižu zdrave osobe ($M=26,9$; $SD=17,40$ poslije tretmana, te $M=18,8$; $SD=13,51$ nakon 2 mjeseca praćenja). Iste statističke analize provedene su i za skupinu stručnjaka, u kojoj tijekom vremena nije došlo do značajnih promjena u intenzitetu psihičkih poteškoća ($\chi^2(2)=1,24$; $p>.05$). Na sl. 1 se može primijetiti kako je ta skupina već u prvoj točki mjerenja postigla prosječan rezultat ($M=23,6$; $SD=12,82$) koji ne ukazuje na postojanje ozbiljnijih smetnji i koji je ostao stabilan do kraja istraživanja ($M=22,8$; $SD=11,11$ poslije tretmana, te $M=20,7$; $SD=10,65$ nakon 2 mjeseca praćenja).

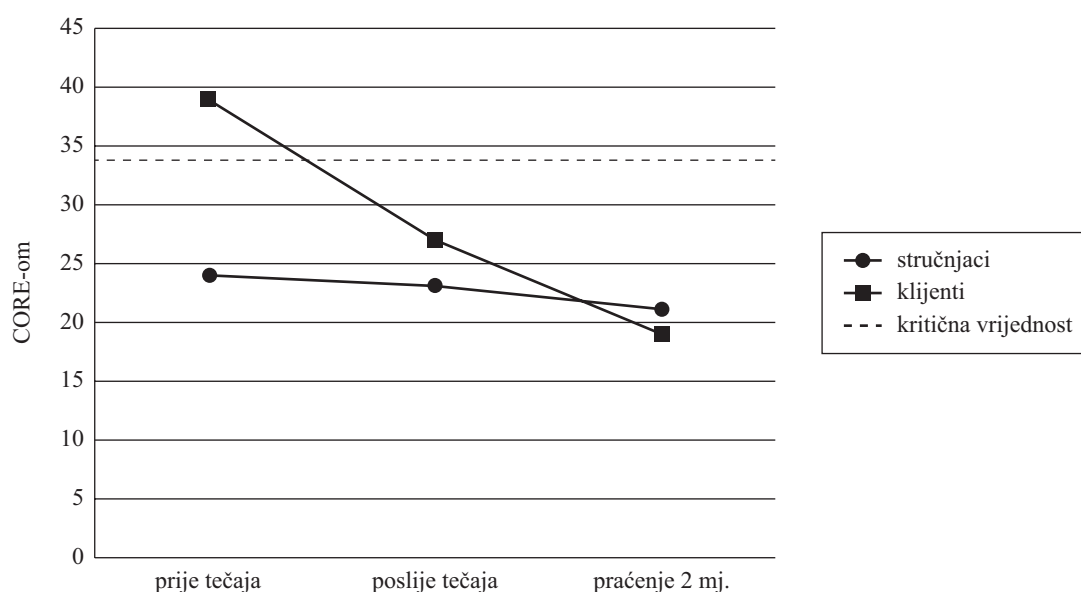
Kako bismo dodatno ispitali u kojoj je mjeri tečaj koristio sudionicima koji su izvještavali o intenzivnijim

psihičkim tegobama, izdvojili smo one koji su na upitniku CORE-OM inicijalno postigli rezultate više ili jednake kritičnoj vrijednosti od 34 boda. Takvih je sudionika bilo ukupno 23, od čega 7 stručnjaka i 16 klijenata. Kod 19 (83 %) ih je nakon tretmana došlo do pouzdane promjene, definirane kao pad ukupnog rezultata na upitniku od najmanje 5 bodovnih jedinica. Pritom je kod 14 (61 %) došlo i do klinički značajne promjene odnosno prelaska ukupnog rezultata u nekliničku kategoriju. Kod preostalih sudionika (17 %) nije uočena nikakva promjena.

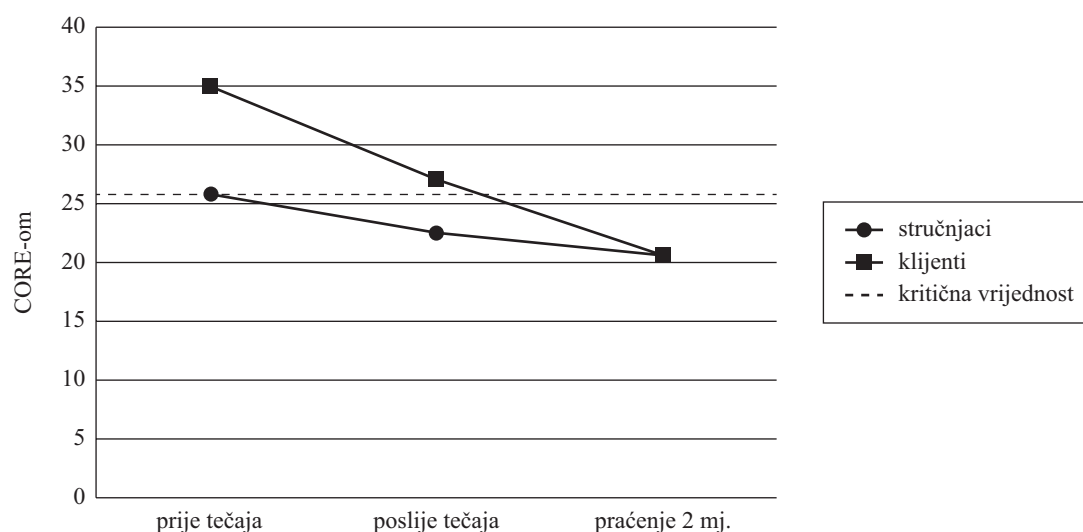
Učinci tečaja na intenzitet stresa na poslu

Učinci tretmana na intenzitet percipiranog stresa na poslu provjereni su Friedmanovim testom. U usporedbi s inicijalnom razinom stresa koja se nalazila na samoj kritičnoj granici od 26 bodova na Upitniku intenziteta stresa na poslu ($M=25,9$; $SD=11,38$), stručnjaci su nakon tečaja izvještavali da doživljavaju značajno manje stresa ($M=22,7$; $SD=10,45$ poslije tečaja; $M=20,9$; $SD=11,05$ nakon 2 mjeseca praćenja; $\chi^2(2)=6,56$; $p<.05$), a Wilcoxonovi testovi s Bonferronijevom korekcijom ukazali su da se poboljšanje postignuto neposredno nakon završetka tečaja održava do kraja razdoblja praćenja ($p>.05$). U podskupini klijenata uočena je tendencija k sve slabijem doživljavanju stresa tijekom vremena ($M=34,9$; $SD=15,55$ prije tečaja; $M=26,9$; $SD=14,77$ poslije tečaja; $M=21,4$; $SD=13,88$ nakon 2 mjeseca praćenja), no razlike koje su u apsolutnim terminima bile relativno velike (sl. 2) nisu uspjele dosegnuti statističku značajnost ($\chi^2(2)=3,46$; $p>.05$).

Budući da nas je zanimalo pomaže li tečaj osobama koje se suočavaju s intenzivnijim stresom na svojem rad-



Sl. 1. Prosječni ukupni rezultat na CORE-OM upitniku prije tečaja *mindfulnessa*, neposredno nakon tečaja i na kraju 2-mjesečnog praćenja kod stručnjaka ($N=43$) i klijenata s različitim psihičkim poteškoćama ($N=26$)



Sl. 2. Prosječne procjene intenziteta stresa na poslu prije tečaja *mindfulnessa*, neposredno nakon tečaja i na kraju 2-mjesečnog praćenja kod stručnjaka ($N=43$) i klijenata s različitim psihičkim poteškoćama ($N=26$)

nom mjestu, posebno smo analizirali rezultate 38 sudionika koji su prije tretmana na Upitniku intenziteta stresa na poslu postigli rezultat jednak ili veći od 26 bodova, koji ukazuje na povišenu razinu stresa koja zahtijeva preventivne mjere. Kod dvije trećine je nakon tečaja došlo do određenog poboljšanja. Pritom je kod 15 (40 %) u drugoj i/ili trećoj točki mjerenja došlo do klinički značajne promjene, koja je definirana kao spuštanje rezultata na razinu koju inače postižu osobe koje se uspješno nose s profesionalnim stresom. Dodatnih 10 (26 %) sudionika je izvijestilo o pouzdanoj promjeni koja je definirana kao prelazak u blažu kategoriju, pri čemu promjena nije dosegla i kliničku značajnost. Kod preostalih sudionika nije došlo do značajnije promjene u intenzitetu doživljenog stresa.

Učinci tečaja na psihičku i fizičku dobrobit

Kako bismo provjerili je li tečaj pomogao sudionicima u poboljšanju opće psihičke i fizičke dobrobiti, nakon završetka 8-tjednog programa te na kraju 2-mjesečnog praćenja zatražili smo jednostavne procjene na subjektivnoj ljestvici od 0 (uopće nije poboljšao) do 10 (u potpunosti poboljšao). Neposredno nakon tečaja stručnjaci su navodili da su doživjeli umjereno poboljšanje problema s kojima su došli na tečaj, kao i da im je program bio vrlo koristan u unaprjeđenju vlastite psihičke i fizičke dobrobiti ($M=6,9$; $SD=1,53$). Pozitivni učinci održali su se i do kraja razdoblja praćenja ($M=6,2$; $SD=1,76$; $Z=-1,78$; $p>.05$). Procjene klijenata bile su vrlo slične ($M=7,2$; $SD=2,41$ neposredno nakon tečaja; $M=6,1$; $SD=2,14$ na kraju praćenja), no čini se da su efekti tečaja tijekom praćenja kod njih značajno oslabili ($Z=-1,99$; $p<.05$).

RASPRAVA

Provedenim istraživanjem željeli smo provjeriti dovodi li inačica 8-tjednog tečaja *mindfulnessa* koja se provodi u HUBIKOT-u do ublažavanja opće psihičke uznemirenosti, smanjenja profesionalnog stresa i poboljšanja opće psihičke i fizičke dobrobiti kod klijenata koji pate od različitih psihičkih poteškoća, kao i kod stručnjaka pomagačkih zanimanja.

Dobiveni rezultati pokazuju da nakon 8 tjedana meditativne prakse kod klijenata dolazi do značajnog smanjenja intenziteta psihičkih poteškoća te da se postignuti učinci održavaju 2 mjeseca nakon završetka tečaja, što su nalazi sukladni onima iz literature (15,37,39,42-45). Za razliku od njih, kod stručnjaka nisu utvrđene značajne promjene u psihičkoj uznemirenosti, premda je zamijećeno određeno ublažavanje simptoma. To je, međutim, razumljivo ako u obzir uzmemo da su stručnjaci već inicijalno postigli prosječan rezultat koji inače postiže neklinička populacija. Ovaj je nalaz u skladu s rezultatima drugih istraživanja kao što je npr. ono Ruthsa i sur. (55), koji kod stručnjaka nisu pronašli značajne pomake u općoj psihičkoj uznemirenosti nakon tečaja *mindfulnessa* nego tek nakon razdoblja praćenja, i to samo kod onih koji su nastavili redovito vježbati i nakon tečaja. Osim toga, čini se da bi tečaj mogao biti posebno koristan osobama koje imaju intenzivnije teškoće. Naime, kod gotovo dvije trećine sudionika koji su inicijalno postigli klinički indikativan rezultat nakon tečaja je došlo do njegovog spuštanja u raspon koji postižu zdrave osobe.

Stručnjacima je tečaj pak značajno pomogao u ublažavanju stresa na poslu. Oni su, naime, na kraju tečaja

izvještavali o značajno manje profesionalnog stresa te su se ti učinci održali sve do kraja istraživanja. Isti je trend uočen i kod klijenata, no nije se pokazao statistički značajnim vjerojatno zbog nedovoljno velikog uzorka. Među sudionicima koji su se inicijalno žalili na izraženi profesionalni stres, čak 66 % ih je neposredno nakon tečaja i/ili 2 mjeseca kasnije navelo da radne stresore svladavaju mnogo bolje nego prije. Ovi su rezultati sukladni nalazima istraživanja na kliničkim i nekliničkim uzorcima kojima su provjeravani učinci prakticiranja *mindfulnessa* na opći stres (45-48), stres na poslu (49,59) te posebno stres na poslu kod stručnjaka za mentalno zdravlje (50-55). U opisnoj evaluaciji tečaja mnogi naši stručnjaci su eksplicitno naveli da im se doživljaj stresa na poslu smanjio, kao i da svoje klijente sada mogu slušati usredotočenije, bez preplavljenosti neugodnim emocijama. U nizu istraživanja pokazalo se da je upravo svjesnost terapeuta o vlastitim pozitivnim ili negativnim mislima tijekom terapijskog susreta osobito važna za njegov doživljaj vlastite učinkovitosti (60). Što je terapeut svjesniji svojih unutarnjih stanja, i on i klijent procjenjuju da susret više pomaže. Osim toga, prakticiranje *mindfulnessa* od terapeuta može imati pozitivan učinak i na ishod tretmana za klijenta (61). Stoga bi u sljedećim istraživanjima bilo zanimljivo pratiti i ove dobrobiti tečaja na rad psihoterapeuta.

Konačno, tečaj se pozitivno odrazio i na psihičku i fizičku dobrobit sudionika. I stručnjaci i klijenti su nakon tečaja izvještavali da su svoju subjektivnu dobrobit unaprijedili u relativno velikoj mjeri. Ta je procjena do kraja razdoblja praćenja ponešto opala u skupini klijenata, što ukazuje na potrebu uvođenja dodatnih radionica praćenja kako bi se postignuti učinci održali što duže vrijeme. Upravo tu sugestiju neki klijenti su i otvoreno iznijeli. Naši su nalazi sukladni onima iz literature (45,48,55,59), no valja imati na umu da su u drugim studijama korišteni standardizirani upitnici psihološke dobrobiti (primjerice *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale*) (59), dok smo mi koristili tek jednostavnu samoprocjenu na subjektivnoj ljestvici od 0 do 10. Jasno je i da različite osobe pod „psihičkom i fizičkom dobrobiti“ mogu podrazumijevati vrlo različite stvari pa bi ovaj problem valjalo riješiti u sljedećim istraživanjima.

Za buduća istraživanja također ostaje odgovoriti na pitanje o povezanosti između stupnja postignutih poboljšanja u mjerenim zavisnim varijablama s redovitošću i dužinom vježbanja. U tu smo svrhu na našem tečaju počeli egzaktnije pratiti redovitost vježbanja na tjednoj osnovici, jer smo te podatke dosad dobivali na temelju subjektivnih procjena. U tim smo procjenama zamijetili da i klijenti i stručnjaci vježbaju „srednje redovito“, što je u skladu i s nekim drugim nalazima o redovitosti vježbanja (39,55), ali i s iskustvima učitelja meditacije iz različitih okružja. Zanimljivo je kako klijenti podjednako često vježbaju i u razdoblju nakon završetka tečaja, dok stručnjaci posustanu i vježbaju značajno manje. Razlog tome možda treba

tražiti u većoj motivaciji klijenata da nastave raditi na svojim poteškoćama. Međutim, neka istraživanja pokazuju upravo suprotno – što netko ima jače simptome prije početka tečaja, to ranije posustaje u vježbanju (39), vjerojatno zbog lakšeg pada motivacije kada prestane vanjska podrška.

Osim već spomenutih, naše istraživanje ima i neka druga ograničenja zbog kojih je potreban oprez u generalizaciji nalaza. Kao prvo, nije postojala kontrolna skupina pa ne možemo biti sigurni da su postignute promjene rezultat samog tečaja, odnosno da opisanim poboljšanjima nisu doprinijeli i neki drugi čimbenici kao što su spontani oporavak ili blagotvorni učinak grupe koja na ovaj način dobiva funkciju grupe podrške. Doista, neki su sudionici u evaluaciji naglašavali kako im je od velike pomoći bila spoznaja da i drugi ljudi (pa čak i stručnjaci) imaju slične probleme, kao i da se o njima može otvoreno razgovarati. Osim toga, mnogi su sudionici na svakoj radionici isticali koristi koje imaju od tečaja, što je moglo utjecati i na stavove ostalih sudionika tečaja. Konačno, sukladno teoriji kognitivne disonance i istraživanjima koja ukazuju da je plaćena terapija obično uspješnija od besplatne (62), i taj je čimbenik mogao povisiti stupanj uvjerenosti polaznika u korist tečaja, budući da se tečaj plaćao.

Jedan od problema istraživanja je velika heterogenost sudionika s obzirom na razlog prijave na tečaj: stručnjaci koji su uglavnom pristupili radi edukacije i stresa na poslu i klijenti koji su se uključili radi izraženijih psihičkih smetnji. Sudionici iz obje skupine također su izvještavali o različitim vrstama psihičkih smetnji. Bilo bi puno bolje kada bi se sudionici grupirali prema vrstama iskazanih problema, jer bi se tečaj mogao sadržajno prilagoditi (npr. za socijalnu fobiju, zdravstvenu anksioznost, depresiju, stres na poslu itd.) te bi pozitivni učinci možda bili i veći. Također bi bilo korisno provesti detaljnu procjenu kliničkog statusa, jer bi se tako razlučili polaznici koji ispunjavaju kriterije za neki određeni psihički poremećaj od onih koji imaju tek izraženije smetnje te bi se učinci tečaja mogli pratiti zasebno. Klijenti uključeni u tečaj imali su i različitu povijest ranijeg pohađanja psihoterapije, što je čimbenik koji bi valjalo kontrolirati. Poboljšanje učinaka tečaja moglo bi se ostvariti i uvođenjem tzv. dana povlačenja, kada se provodi cjelodnevna meditacija, a koji je standardno uključen u neke *mindfulness* programe.

ZAKLJUČAK

Unatoč navedenim ograničenjima koje bi ubuduće valjalo kontrolirati, rezultati ovoga istraživanja ukazuju da naš tečaj *mindfulnessa* pomaže u ublažavanju najčešćih psihopatoloških simptoma, smanjenju stresa i poboljšanju opće psihičke i fizičke dobrobiti, kao što pokazuju i dosadašnja istraživanja. Tečaj bi mogao biti osobito koristan osobama s intenzivnijim psihičkim poteškoćama, a zna-

čajnu korist bi mogli imati i stručnjaci za mentalno zdravlje koji su nakon tečaja izvještavali o manjem doživljaju profesionalnog stresa i boljoj subjektivnoj dobrobiti. To su vrlo ohrabrujući nalazi, jer bi na ovaj način stručnjaci mogli dobiti alat kojim bi prevenirali ili smanjili stres i sagorijevanje na poslu, povećali zadovoljstvo poslom, poboljšali doživljaj vlastite učinkovitosti, smanjili emocionalnu neugodu, a time i poboljšali ishode tretmana za svoje klijente.

LITERATURA

1. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004; 35: 639-65.
2. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46: 296-321.
3. Ellis A. Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: similarities and differences. *Cognit Ther Res* 1980; 4: 325-40.
4. Hofmann SF, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the „new wave“ of CBT. *Psyhiatr Clin North Am* 2010; 33: 701-10.
5. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2005.
6. Singleton O, Hölzel BK, Vangel M, Brach N, Carmody J, Lazar SW. Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being. *Front Hum Neurosci* 2014; 8: 33.
7. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH i sur. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 2005; 16: 1893-7.
8. Teasdale JT. Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies. Paper presented at the The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Annual Congress. Prague, 2003.
9. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: The Guilford Press, 2002.
10. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press, 1999.
11. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 351-5.
12. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press, 1993.
13. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley, 2000.
14. Gilbert, P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther* 2010; 3: 97-112.
15. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68: 615-23.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.
17. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC i sur. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 417-22.
18. Kabat-Zinn J. Živjeti punim plućima – iskoristite mudrost tijela i uma kako biste se uhvatili u koštac sa stresom, bolom i bolešću. Zagreb: V.B.Z., 2006.
19. Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 1038-49.
20. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, Gemar M. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychol Med* 1996; 26: 371-80.
21. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33: 25-39.
22. Lau MA, Segal ZV, Williams JMG. Teasdale’s differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther* 2004; 42: 1001-17.
23. Scher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 487-510.
24. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 2008; 134: 163-206.
25. Teasdale JD. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot* 1988; 2: 247-74.
26. Teasdale JD. The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorders. U: Clark DM, Fairburn CG, eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
27. Wenzlaff RM, Bates DE. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 1559-71.
28. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec* 2004; 54: 553-78.
29. Hayes SC, Pankey J, Gifford EV, Batten SV, Quinones R. Acceptance and commitment therapy in experiential avoidance disorders. U: Patterson T, ed. Comprehensive handbook of psychotherapy: cognitive-behavioral approaches. New York: Wiley, 2002.
30. Andrew DH, Dulin PL. The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging Ment Health* 2007; 11: 596-603.

31. Bordien MJ, Tull MT, McDermott MJ, Gratz KL. The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3: 273-8.
32. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: a post-skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic, 2001.
33. Hayes SC. Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. U: Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW, Sarbin TR, eds. *Varieties of scientific contextualism*. Reno: Context Press, 1993.
34. Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *J Exp Anal Behav* 1988; 50: 91-111.
35. Hayes SC, Masuda A, Bissett R i sur. DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35: 35-54.
36. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson, KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2012.
37. Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2012; 51: 239-60.
38. Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 30-6.
39. Krusche A, Cyhlarova E, Williams JMG. Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. *BMJ Open* 2013; 3: e003498.
40. Grossman P, Niemann L, Schmidt S i sur. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57: 35-43.
41. Piet J, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 1007-20.
42. Ma HS, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 31-40.
43. Barnhofer T, Crane C, Hargus E i sur. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47: 366-73.
44. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA i sur. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 169-83.
45. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 2008; 31: 23-33.
46. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15: 593-600.
47. Carmody J, Baer RA, Lykins LBE i sur. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 2009; 65: 613-26.
48. Englund-Helmeke SR. Mindfulness and well-being. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 313; 2014.
49. Gold E, Smith A, Hopper I, Herne D, Tansey G, Hulland C. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for primary school teachers. *J Child Fam Stud* 2010; 19: 184-9.
50. Margison FR. Stress in psychiatrists. U: Payne R, Firth-Cozens J, eds. *Stress in health professionals*. Chichester: Wiley, 1987.
51. Farber BA. Dysfunctional aspects of the therapeutic role. U: Farber BA, ed. *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon; 1983, 97-118.
52. Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Prof Psychol* 1982; 13: 293-301.
53. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomised trial. *Int J Stress Manag* 2005; 12: 164-76.
54. Shapiro S, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol* 2007; 1: 105-15.
55. Ruths FA, de Zoysa N, Frearson SJ, Hutton J, Williams JMG, Walsh J. Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals – a pilot study. *Mindfulness* 2013; 4: 289-95.
56. Evans C, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *J Ment Health* 2000; 9: 247-55.
57. Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T, Evans C. Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. *Psihologijske teme* 2014; 23: 265-88.
58. Radošević-Vidaček B. Upitnik intenziteta stresa na poslu. Zagreb: Centar za psihodijagnostička istraživanja Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada, 2006.
59. Beshai S, McAlpine L, Weare K, Kuyken W. A non-randomised feasibility trial assessing the efficacy of a mindfulness-based intervention for teachers to reduce stress and improve well-being. *Mindfulness* 2015; 6: 1-11.
60. Williams EN. A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychother Res* 2008; 18: 139-46.
61. Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 332-8.
62. Furnham A. *The new psychology of money*. London: Routledge, 2014.

SUMMARY

EFFECTS OF AN 8-WEEK MINDFULNESS COURSE ON GLOBAL DISTRESS AND WORKPLACE STRESS INTENSITY – PRELIMINARY FINDINGS

D. BARBARIĆ and D. MARKANOVIĆ¹

Private Psychological Practice KBT Opcija and

¹ *Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, Zagreb, Croatia*

There has been growing interest over the last 20 years in interventions from the „third wave“ of cognitive-behavioral therapies and their efficacy in the treatment of various psychological disorders, stress reduction and enhancement of psychological well-being. Hence, the aim of this study was to examine the effects of an 8-week mindfulness group course on the intensity of common psychological difficulties, workplace stress, as well as the psychological and physical well-being. The course was mainly based on the mindfulness-based cognitive therapy program with elements of acceptance and commitment therapy. Sixty-nine participants (43 helping professionals and 26 individuals suffering from various psychological problems) were included in the study. Self-reported measures of global distress, workplace stress intensity and psychological and physical well-being were administered at pretreatment, posttreatment, as well as at 2-month follow up. Following the treatment, participants reported a significant reduction in general psychopathological symptoms and workplace stress intensity. They perceived a moderate improvement in problems which were the reason for seeking treatment and reported that cultivating mindfulness resulted in significant enhancement of their psychological and physical well-being. Practical implications of these findings, as well as limitations of our study and suggestions for future research will be discussed as well.

Key words: mindfulness, global distress, workplace stress, psychological well-being