

Weronika Klon<sup>1</sup>, Katarzyna Waszyńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psycholog, Szkoła Podstawowa nr 4 im. Jana Brzechwy w Swarzędzu

<sup>2</sup>Pracownia Promocji Zdrowia i Psychoterapii, Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

# Mindfulness w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą

*Mindfulness in preventing and therapeutic work with children and adolescents*

## Abstract

**Introduction:** This paper appeals to contemporary trends in positive prevention and therapeutic practice in the context of mindfulness.

**Material and methods:** A description of the mindfulness impact on mental processes of children and youth as well as psychosocial functioning was made. Also there are references to the specific processes from the theoretical model which are activated in mindfulness meditation.

**Results:** In this part of the article are referred findings describing results of adopting mindfulness techniques in the work with children experiencing specific kinds of psychic disturbances along with the short description of the mechanism influencing the process of recovering.

**Conclusions:** This article puts together described findings with potential difficulties in applying of the method and situations which require special carefulness with using it.

**Psychiatry 2020; 17, 4: 204–211**

**Key words:** mindfulness, prevention, psychotherapy, psychopathology, children, adolescents

## Wstęp

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jednym z elementów zdrowia ogólnego jest zdrowie psychiczne. Oznacza ono nie tylko brak choroby lub zaburzenia ale obejmuje także taki poziom rozwoju posiadanego potencjału, który umożliwia zaspokajanie własnych potrzeb, czerpanie satysfakcji z życia, uczenie się, a także adaptacyjne radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz cieszenie się życiem społecznym. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wiąże się z umiejętnością wyrażania emocji, posiadania pozytywnej i realistycznej samooceny oraz zdolnością do prawidłowego funkcjonowania w grupach społecznych, takich jak rodzina czy zespoły rówieśnicze. Obejmuje także umiejętność nawiązywania i podtrzymywania głębokich

i trwałych relacji z osobami najbliższymi [1]. W tym aspekcie widoczny jest wzajemny wpływ funkcjonowania społecznego i psychicznego. Z jednej strony duża część zaburzeń, w tym o charakterze rozwojowym, utrudnia nawiązywanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących relacji społecznych, a z drugiej deprywacja potrzeb społecznych nasila często objawy psychopatologiczne, związane między innymi z zaburzeniami nastroju [2]. Taki rodzaj współoddziaływania wskazuje na potrzebę kompleksowego i holistycznego spojrzenia na tematykę zdrowia psychicznego dzieci.

Pojawiają się w związku z tym licznie doniesienia o znaczącej roli czynników chroniących w funkcjonowaniu dzieci i młodzieży, jako istotnym elementem oddziaływań prozdrowotnych [3, 4]. Podejście to opiera się na koncepcji *resilience*, a więc na budowaniu odporności psychicznej. Założenia łączą się z nurtem psychologii pozytywnej, psychologii społecznej i rozwojowej. Mogą być przydatne w przekształcaniu w „praktyce edukacyjnej” podejścia profilaktycznego skoncentrowanego

## Adres do korespondencji:

dr hab. Katarzyna Waszyńska

WSE UAM

Pracownia Promocji Zdrowia i Psychoterapii

tel.: 606 22 54 12

e-mail: katarzyna.waszyńska@amu.edu.pl

tylko na eliminowaniu zagrożeń na podejście nazywane profilaktyką pozytywną, w której zasadniczy akcent położony jest na wzmacnianie zasobów jednostki i potencjałów tkwiących w jej bliższym i dalszym otoczeniu (z jednoczesnym pamiętaniem o łagodzeniu czy niwelowaniu wpływu czynników ryzyka)” [5]. Koncepcja ta może być użyteczna zarówno w profilaktyce zachowań ryzykownych, jak i w oddziaływaniach terapeutyczno-resocjalizacyjnych [6].

Na rezyliencję składają się takie czynniki, jak wrodzone predyspozycje, między innymi zmienne temperamentalne, samoregulacja emocjonalna, samoocena, czynniki rodzinne i środowiskowe [7]. Obejmuje ona mechanizmy umożliwiające optymalny i harmonijny rozwój pomimo pojawiających się przeciwności. Taki rodzaj adaptacji jest czynnikiem przeciwdziałającym rozwojowi różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i umożliwiającym utrzymanie zdrowia [8].

W obszarze zdrowia psychicznego mamy również do czynienia z wieloma nurtami i szkołami terapeutycznymi, których celem jest pomoc w rozwiązywaniu problemów i trudności w podejmowaniu zadań życiowych, radzeniu sobie z funkcjonowaniem emocjonalnym i społecznym. Takimi usystematyzowanych formami terapii są nurty mieszczące się w obrębie trzeciej fali terapii poznawczo-behavioralnych. Wiele z nich wśród swoich technik uwzględnia uważność. Można wyróżnić kilka usystematyzowanych dróg jej wykorzystywania: trening redukcji stresu oparty na uważności (MBSR, *mindfulness-based stress reduction*), terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT, *mindfulness-based cognitive therapy*), terapia akceptacji i zaangażowania (ACT, *acceptance and commitment therapy*).

### Metoda — specyfika działania

W psychologii pojęcie *mindfulness* pojawiło się w latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku, a wprowadził je Jon Kabat-Zinn. W 1979 roku założył Centrum Uważności na Uniwersytecie Medycznym w Massachusetts [9]. Podejście uważności posiada jednak dużo starszą tradycję w nurtach buddyzmu, taoizmu, judaizmu, chrześcijaństwa i islamu [10]. Uważność sama w sobie wiąże się ze świadomością i procesami uwagi, a nie rozumowaniem [10]. Opiera się na obserwacji chwili obecnej, zamiast rozmyślenia o tym, co było lub ma nastąpić. Podstawowymi filarami uważności są, jak podaje Adamik [11], ciekawość, otwartość i brak oceniania. Jest to zauważanie i akceptacja bieżącego doświadczenia. Uważność stanowi okazję do tego, aby „nawiązać kontakt z samym sobą i docenić pełnię każdej chwili życia” [10]. Dzięki temu łatwiejsze staje się poznanie i zrozumienie siebie

oraz wejście w głębsze relacje z innymi ludźmi. Co jednak niezmiernie istotne, *mindfulness* to także okazja do tego, aby „celowo wpływać na własne zachowanie i zwiększać zakres reakcji na świat, w którym żyjemy” [10].

Wzbudzenie stanu uważności jest uwarunkowane kilkoma czynnikami. Oprócz predyspozycji osobowościowych i właściwości sytuacji, które słabiej podlegają oddziaływaniom treningu, należą do nich także rozwój funkcji uwagi oraz działanie centralnego systemu wykonawczego. Warunkują przebieg aktywowania stanu uważności i przebywania w nim, a równocześnie podczas jego trwania same podlegają rozwojowi [12]. Jest to niezwykle istotne z profilaktycznego i terapeutycznego punktu widzenia. Praktykowanie uważności pomaga w dążeniu do wyznaczonych celów oraz w planowaniu aktywności w sposób umożliwiający realizację. Poprawia także orientację w działaniach własnych, ułatwia aktywny udział w procesie psychoterapeutycznym oraz wzmacnia poczucie własnej skuteczności [13]. Wzmaga również zdolność do przelączania uwagi pomiędzy kolejnymi elementami treści świadomości. Jest to związane z częstym odświeżaniem pamięci roboczej [12]. Wzmocnia funkcje metaświadomości i umożliwia działanie pozostałych procesów terapeutycznych opisanych w niniejszym artykule. Ułatwia zatem zmianę w funkcjonowaniu dziecka i adolescenta również w problematycznych dla niego obszarach.

Dostęp świadomości do własnych procesów psychicznych w tym także należących zwykle do grupy procesów utajonych oraz umiejętność ich obserwacji, pozwala na zrozumienie doświadczanych odczuć i ich źródeł. Rozwojowi podlega więc funkcja metaświadomości, czyli dostępu do doświadczanych aktualnie treści. Umożliwia to zauważenie własnych emocji i myśli, a aspekt braku oceny może zmniejszyć poziom lęku związany z elementami potencjalnie wzbudzającymi niepokój. Ze względu na uświadomienie sobie procesów utajonych, także tych odnoszących się do ewaluacji bieżących treści doświadczenia, obniżone zostaje ich natężenie, ale także osłabia się proces ruminacji odwołujący się do mowy wewnętrznej [12]. Dzieje się tak przez to, że stan uważności wpływa na procesy dysocjacji pomiędzy metaświadomością a świadomością podstawową zarówno w obrębie temporalnym, jak i translacyjnym. Pierwszy rodzaj odnosi się do zjawiska, kiedy uświadomiony zostaje przebieg doświadczenia już minionego. Można to zaobserwować na przykład w sytuacji, w której osoba odkrywa, że do tej pory przez jakiś czas rozmyślała o czymś w sposób zupełnie mimowolny. Dysocjacja o charakterze translacyjnym zachodzi natomiast wówczas, gdy nie potrafimy adekwatnie nazwać treści własnego doświadczenia. Wyniki badań [14] potwierdziły, że treningi o charak-

terze *mindfulness*, bez podziału na podtypy metod wykorzystujących uważność, zwiększały świadomość własnych stanów emocjonalnych, równocześnie jednak zmniejszając zjawisko ruminacji. Skłania to do przyjęcia stanowiska zgodnego z teoretycznym modelem metody, że opisywane oddziaływania nie polegają na ucieczce przed doświadczeniem ani na zanurzeniu się w nim, czy też fuzji. Wręcz przeciwnie — medytację opartą na uważności można nazwać „byciem z” lub „zwróceniem się do” własnego doświadczenia, także tego nieprzyjemnego [14]. Sam opis takiego obcowania z własną świadomością sugeruje bycie z jej treściami, a nie bycie tymi treściami. Występuje więc pewien rodzaj zdystansowania się do nich. W teorii *mindfulness* mamy wówczas do czynienia ze zjawiskiem defuzji.

Często w czasie doświadczenia negatywnych emocji pojawiają się związane z nimi myśli. To one zresztą zgodnie z paradygmatem poznawczo-behawioralnym wpływają na występowanie stanów afektywnych. Nierzadko ma miejsce wówczas zjawisko zwane fuzją, a więc takie połączenie z daną myślą, że brak jest możliwości dostrzeżenia samego jej istnienia. Jednostka przyjmuje ją jako fakt, czyli rzeczywisty opis świata [10]. To samo często dotyczy emocji towarzyszących określonym myślom. Ponieważ wynikają one z subiektywnego obrazu rzeczywistości, może następować uczucie „złania” się z nimi. Zjawisko fuzji jest bowiem tak silnym zniesieniem dystansu psychologicznego pomiędzy jaźnią obserwującą a treściami obserwowanymi w polu świadomości, że niemożliwy staje się sam ich ogląd. Można posłużyć się tutaj metaforą dłoni przytoczoną przez Hayesę i Smitha [15]. Polega ona na tym, że gdy przystawimy sobie własną dłoń bardzo blisko twarzy, niemal jej dotykając, okazuje się, że nie jesteśmy w stanie się jej dokładnie przyrzec. Niektóre jej części znajdują się poza zasięgiem wzroku, reszta stanie się zamazana. Ani kształt dłoni, ani szczegóły jej wyglądu nie będą możliwe do zobaczenia i opisanie. Analogiczne zjawisko zachodzi w momencie fuzji z doświadczeniem. Dystans psychologiczny pomiędzy metaświadomością a świadomością stanie się tak nikły, że bieżące doświadczenia będą jawiły się jako mało klarowne. Mogą zlewać się ze sobą lub powodować uczucie przytłoczenia nimi. Zostaje więc zniesiona podstawowa funkcja metaświadomości polegająca na rejestrze treści w strumieniu świadomości. Dopiero defuzja od własnych przeżyć umożliwia ich ogląd. „Bycie z” treściami własnej świadomości pozwala spojrzeć na nie z pewnego oddalenia, a nastawienie nacechowane ciekawością i otwartością zachęca do tej czynności. Brak oceniania skłania natomiast do wyłączenia procesów ewaluacji w trakcie eksploracji treści świadomości. Zmniejsza się dzięki temu uczucie niepewności i lęku. Możliwe staje się dostrze-

żenie detali i niuansów, ale także szerszego kontekstu, w jakim dane przeżycie jest umiejscowione. Widoczne są związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy wydarzeniami a myślami i pojawiającymi się stanami emocjonalnymi. Dzięki temu doświadczane emocje są bardziej zrozumiałe, a ich geneza łatwiejsza do odkrycia [14]. Prowadzi to więc do obniżenia poziomu lęku związanego z treściami własnej świadomości i zmniejsza tendencję do unikania kontaktu z nimi. Zwiększa się także poziom akceptacji własnych przeżyć [14], a defuzja od ich treści poszerza repertuar zachowań dostępnych w danej sytuacji. Poprawie ulega więc także elastyczność psychologiczna. Ważną rolę w terapeutycznych mechanizmach uważności stanowi także zmniejszanie zjawiska supresji. Zostało ono opisane w 1987 roku przez Wegnera [16], w kontekście eksperymentu przeprowadzonego przez autora. Eksperyment polegał na tym, że badani mogli w czasie jego trwania rozmyślać na dowolne tematy. Został im jednak postawiony warunek, zgodnie z którym jedynym „zabronionym” obszarem rozważań miał być biały niedźwiedź. Okazało się, że chociaż studenci, stanowiący grupę eksperymentalną, spontanicznie prawie nigdy nie rozmyślali o białych niedźwiedziach, w czasie trwania eksperymentu mieli z tym duży problem. Treści zabronione często nachodziły ich podczas badania. Wnioski z eksperymentu opisywały zjawisko, według którego im bardziej staramy się na jakiś temat nie myśleć, tym bardziej staje się on udziałem naszych mimowolnych rozważań. Ten sam mechanizm można zaobserwować w odniesieniu do procesów psychicznych. Ludzie starają się unikać doświadczeń nieprzyjemnych. Dotyczy to także skrajnie przykrego uczucia cierpienia, które jest składową występujących procesów psychopatologicznych. Dlatego niezwykle obciążające jest zjawisko ruminacji, polegające na częstym rozmyślaniu o przykrych doświadczeniach lub ciągłym przywoływaniu przekonań dezadaptacyjnych. Odnosi się to do działania ironicznych procesów kontrolnych [16]. Dzielą się one na dwie grupy: procesów operacyjnych i monitorujących. Ich działanie jest przeciwstawne i polega na kontroli wyszukiwania treści zgodnie z celem działania. Proces operacyjny poszukuje treści zbieżnych z wymogami działania i je aktywuje, natomiast proces kontrolny wyszukuje treści niezgodne i je odrzuca. Pomimo odrzucenia treści zostają jednak zaktywowane i częściej pojawiają się w obrębie świadomości. Kiedy jednostka stara się więc o czymś nie myśleć, jej system kontrolny koncentruje się dokładnie na tych treściach i odrzuca je automatycznie, doprowadzając przy tym do ich zaktywowania [12]. Jeżeli elementy podlegające ironicznemu procesowi kontroli są silnie wzmacniane w codziennym funkcjonowaniu jednostki, łatwiej będą podlegały aktywacji. Proces ten jest widoczny na przykład

w badaniach Murisa i wsp. [17], w których okazuje się, że prośba o unikanie myśli o pająkach wywołuje zwiększone pojawianie się treści z nimi związanych w polu świadomości; jednak efekt ten jest bardziej nasilony u osób z arachnofobią. Można przy tym założyć, że osoby odczuwające nasilony lęk przed pająkami myślą o tych stworzeniach częściej niż pozostali. W związku z czym treści związane z pająkami będą u nich częściej aktywowane niż w grupie kontrolnej. Zwrócić należy uwagę na to, że zwiększona łatwość aktywacji myśli wzbudzających lęk, a próby ich stłumienia nadal będą je wzbudzać w myśl działania mechanizmu supresji. Opisane zjawisko nie dotyczy tylko fobii. Można je odnieść także do sytuacji doświadczenia traumy, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, depresji [16] oraz przy nadużywaniu substancji psychoaktywnych [18].

Regularna praktyka uważności wspiera obniżanie poziomu supresji [14] poprzez zjawisko hamowania pasywnego [12]. W przeciwieństwie do hamowania aktywnego nie powoduje ono wzmacniania aktywacji niechcianych treści. Odnosi się ono do akceptacji pojawiających się w świadomości elementów, niezależnie od tego, czy są one przyjemne, czy też nie. Dzięki otwartości i braku aspektu ewaluacji treści te mogą się swobodnie pojawić i nie ulegać supresji, a poprzez defuzję nie zostają one dłużej w polu świadomości. Praktyka odnosząca się do obserwacji treści doświadczenia z dystansu pozwala na ich zauważenie bez podążania za nimi. Myśli związane z występowaniem zjawisk psychopatologicznych mogą swobodnie pojawić się, ale nie są zatrzymywane w świadomości, więc nie następuje ich wzmacnianie. Obniżone zostaje zatem ryzyko występowania ruminacji.

Ponieważ regularna praktyka uważności rozwija samoświadomość, umożliwia bardziej wnikliwe i całościowe spostrzeganie doświadczanych trudności. Mechanizmy spustowe oraz podtrzymujące zaburzenie stają się widoczne. Możliwe stają się więc aktywne uwzględnianie ich w procesie terapii. Ze względu na stymulację funkcjonowania pamięci roboczej towarzyszącą praktykom mindfulness oraz rozwój centralnego systemu wykonawczego i funkcji uwagowych, w tym zdolności do koncentracji dowolnej i przerzutności zwiększają się zasoby poznawcze jednostki. Przy tym rozwojowi podlegają także kompetencje metapoznawcze. Wiążą się one z wiedzą na temat własnego funkcjonowania poznawczego i zachodzących w jego obrębie zależności przyczynowo- skutkowych. Kluczową rolę odgrywają tu przekonania jednostki na temat własnego funkcjonowania w tym obszarze. Dzięki treningom uważności może zostać wykształcone przekonanie mówiące na przykład o tym, że chwila obecna jest bardziej znacząca od tego, co już minione, oraz od zdarzeń mających dopiero na-

dejsz, lub że myśli i uczucia nie mogą wyrządzić realnej krzywdy. Dzięki takim nastawieniom jednostka z większym zaangażowaniem może podejść do poznawania własnych doznań, ale także poziom lęku przed nimi ulega obniżeniu. Przez to sama analiza własnego stanu budzi mniejszy niepokój i staje się bardziej dostępna.

## Wyniki

Jak pokazuje literatura, można zaobserwować istotny statystycznie wpływ interwencji opartych na uważności w przypadku występowania zaburzeń psychicznych u dzieci. Jednym z nich są objawy związane z doświadczeniem traumy [16, 19]. Okazuje się, że wyniki badań wykazują wzrost zdolności radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz istotną statystycznie redukcję takich symptomów przeżytej traumy, jak sygnały depresji, zachowania autoagresywne, somatyzacje, obniżony nastrój czy dezadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem. Można to połączyć ze zwiększonym dostępem do własnych doświadczeń oraz rozwojem kompetencji radzenia sobie w nieprzyjemnymi doznaniem wewnętrznymi, a przykład poprzez hamowanie pasywne.

Omawiany typ interwencji uzyskuje pozytywne wyniki także w badaniach nad leczeniem oznak depresji, fobii, lęku uogólnionego oraz w zmniejszeniu częstotliwości występowania myśli samobójczych u dzieci i młodzieży [16, 20–22]. Zaobserwowano także znaczący spadek częstości występowania ruminacji [23]. U podstaw tego typu rezultatów może znajdować się zjawisko związane z lękiem przed własnym doświadczeniem. Często same odczuwanie negatywnych emocji stają się powodem ich nasilenia według działania mechanizmu supresji. Mimo wszystko naturalnym odruchem ludzkim jest unikanie cierpienia — także tego związanego z doświadczaniem nieprzyjemnych emocji. Tych ostatnich jednak nie można wybrać. Nie da się zaprogramować emocji, które pojawiają się w naszym doświadczeniu. W zaburzeniach nastroju nieprzyjemne doznania pojawiają się często i są niezależne od tego, czy dana osoba chce je odczuwać. Często głównym źródłem doświadczanego lęku jest obawa przed jego pojawieniem się, a smutek występuje w odpowiedzi na brak zrealizowania własnych potrzeb, których nie zauważamy poprzez odwracanie własnej uwagi od przeżywanych doznań. Taka tendencja pojawia się w konsekwencji próby uniknięcia uczucia smutku, ale jednocześnie uniemożliwia ona poznanie jego przyczyn. Terapeutyczne zastosowanie technik uważności nie odnosi się do stanu relaksacji i poprawy samopoczucia jako głównego celu ich stosowania [15]. Przede wszystkim istotą tego typu oddziaływań jest poznanie własnych potrzeb, pragnień i wartości oraz doświadczanych stanów emocjonalnych i pojawiających

się myśli. Praktykę uważności wykonuje się więc niezależnie od towarzyszącego nastroju wyjściowego. Umożliwia to obserwację własnych procesów psychicznych w ich różnych konfiguracjach i odcieniach. Równocześnie wyrabia także nawyk bycia uważnym, który jest sednem oddziaływań *mindfulness* i umożliwia automatyzację wtórną wzbudzania stanu uważności i pozostawania w nim w ciągu różnego typu aktywności i nastrojów towarzyszących [12]. Dzięki temu możliwa staje się samoobserwacja także w chwilach nasilenia procesów psychopatologicznych, przyglądanie się tym zjawiskom i zrozumienie ich oraz adekwatne dobieranie metod samoregulacji.

W znaczący sposób oddziałuje również na funkcjonowanie dzieci z zespołem nadpobudliwości z deficytami uwagi. Wzmacnia ich zdolności do samokontroli zachowania i pozytywnie wpływa na funkcjonowanie poznawcze. Wiąże się to z wpływem treningu *mindfulness* na rozwój funkcji uwagowych.

W przypadku występowania objawów nadruchliwości i ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder*), funkcjonowanie badanych ulegało poprawie pod wpływem stosowania treningów opartych na podejściu *mindfulness* [22, 24]. Być może sam fakt nieoceniającego nastawienia do własnych myśli i doznań oraz rozwój umiejętności niepodążania za dystraktorami ułatwia dzieciom z tego typu trudnościami szybszy powrót do przerwanej czynności oraz obniżenie nieprzyjemnych emocji towarzyszących pojawiającym się przeszkodom. Jak pokazuje literatura [25], w przypadku deficytów uwagi, praktyka uważności odnosi się do trenowania zdolności podążania uwagą za „kotwicą”, na przykład oddechem. W przypadku pojawienia się dystraktora jest on zauważany, jednak uwaga nie jest kierowana za nim, a wraca do wybranego wcześniej punktu. Ponieważ trening uważności wpływa na refleksyjność, obniża poziom agresji oraz ogranicza liczbę reakcji impulsywnych. Poprawia także jakość relacji społecznych w grupie. Dzięki temu wzrasta umiejętność pracy zespołowej wśród uczniów. Dzieci w sposób bardziej świadomy i dopasowany do własnych potrzeb i zasobów mogą przyjmować formalne i nieformalne role grupowe oraz ograniczać liczbę i natężenie występujących konfliktów. Przez wyrobiony nawyk bycia uważnym są skłonne wcześniej uruchomić funkcje metaświadomości i zwrócić uwagę na treści świadomości. Ponadto, dzięki defuzji zmniejsza się tendencja do zlewania się z emocjami. Przez to impuls nakazujący podążanie za programem uruchamianych przez dany afekt może zostać obniżony.

Jak wskazują niektóre źródła [26, 27], techniki uważności mogą mieć znaczący wpływ w terapii zaburzeń odżywiania. Pozwalają one bowiem na zwiększone

uświadamianie sobie sygnałów wysyłanych przez ciało. Ponadto, dostęp do własnych myśli i emocji, przy jednoczesnym zdystansowaniu się od nich, umożliwiając właściwe odczytywanie własnych potrzeb. Tak zwane „emocjonalne jedzenie” bywa błędnym odczytaniem doświadczanego napięcia, a więc odnosi się do dysocjacji o charakterze translacyjnym. Praktyka uważności zmniejsza ryzyko występowania tego zjawiska [26]. Poza tym umożliwia także lepsze zaspokajanie własnych potrzeb w innych obszarach życia dzięki bardziej poprawnemu ich odczytaniu. Przez to zmniejsza się pobudzenie emocjonalne wywołane stanem depresji potrzeb, a właśnie w sytuacjach stresu najczęściej pojawiają się deficyty samokontroli i związane z nimi niewłaściwe zachowania zdrowotne [28]. Jest to spowodowane przekierowaniem zasobów psychologicznych człowieka na czynności związane z działaniem czynnika stresogennego.

Wyniki badań [29] potwierdzają pozytywny związek między praktyką uważności a wzrostem prężności psychicznej. Może to sugerować polepszenie dobrostanu jednostki na wielu polach pod wpływem opisywanych oddziaływań. Ponieważ odporność psychiczna wiąże się z reakcją na sytuacje trudne, sugeruje to osiągnięcie technikami uważności dobrych rokowań na przyszłość w kontekście nawrotów symptomów zaburzenia. Pozytywny wpływ technik uważności na zapobieganie nawrotom potwierdzają wyniki badania [30].

## Dyskusja

Jak wykazano, wprowadzenie praktyki uważności do pracy z dziećmi i młodzieżą może przynieść liczne korzyści. Należy jednak wspomnieć o ograniczeniach w stosowaniu tego typu oddziaływań. Pierwszym z nich jest podejście do praktykowania uważności przez samych odbiorców. Okazuje się bowiem, że ugodowość i otwartość na doświadczenie jako cechy temperamentu istotnie wpływają na przebieg interwencji oraz na podejście pacjenta do medytacji po zakończeniu terapii [31]. Jednostki o wyższej ugodowości i otwartości na doświadczenie chętniej przystępują do treningów niż osoby o niższym natężeniu tych cech. Trochę inaczej wygląda zaś konotacja cech temperamentu i dalszego praktykowania *mindfulness*. W tym wypadku istotny jest jedynie wyższy poziom otwartości na doświadczenie, który może zwiększać ciekawość, a więc będzie bardziej zgodny z założeniami podejścia uważności. Osoby o niskiej ugodowości mogą natomiast mniej chętnie przystępować do treningu z powodu niechęci do wykonywania poleceń terapeuty. Ponadto, niska otwartość na doświadczenie może powodować obniżenie motywacji do obserwacji własnych przeżyć. Nie będzie także współgrała z cechami treningu jak otwartość i ciekawość.

Jak podaje Shapiro Jr. [32], o ile w większości przypadków sama praktyka uważności przynosi oczekiwane korzyści, o tyle w jej regularnym podejmowaniu mogą pojawiać się także efekty odwrotne od zamierzonych. Są to między innymi: wzrost negatywnych myśli i emocji związanych z własną osobą, wyższy poziom lęku i uczucie dezorientacji w sobie i świecie, a także uczucie uzależnienia od medytacji. Wyniki uzyskane przez autora w odniesieniu do poznawczego modelu treningu uważności mogą wskazywać na to, że praktyka medytacji powinna być rozważanie wprowadzana przy wysokim nasileniu procesów psychopatologicznych, ponieważ sama w sobie opiera się na posiadanych zasobach w celu ich zwiększenia. Jeżeli zaś zasobów posiadanych przez jednostkę będzie zbyt mało, wprowadzenie otwartości, ciekawości i braku oceny może się okazać niemożliwe do zrealizowania. To stanowisko jest zresztą zgodne z teoretycznym modelem procesów poznawczych biorących udział w praktyce uważności, które zakładają, że w *mindfulness* poziom rozwoju funkcji uwagowych i centralnego systemu wykonawczego musi być na odpowiednim poziomie, aby praktyka w ogóle mogła mieć miejsce. Innym istotnym czynnikiem może być także optymalny poziom rezyliencji pozwalający na zetknięcie się z nieprzyjemnymi treściami zawierającymi się w zbiorze obserwowanych doświadczeń.

Wyniki badań zarówno Shapiro Jr [32], jak i innych [33] wskazują na zaskakujący w świetle założeń teoretycznych efekt, polegający na tym, że najważniejsze zmiany następują po krótkim czasie od rozpoczęcia regularnej praktyki. Okazuje się, że większe doświadczenie jednostki w czasie nie przynosi wzrostu korzyści płynących z medytacji. Może to jednak świadczyć, że o ile praktyka przynosi zamierzone efekty na samym początku wprowadzenia jej w życie, o tyle kontynuacja jej stosowania utrzymuje korzystne efekty na tym samym poziomie nie pozwalając im jednak zaniknąć.

Negatywne lub słabsze efekty praktyki wykazują przede wszystkim badania koncentrujące się na wpływie medytacji w różnych jej formach, a nie na ustrukturyzowanych treningach psychologicznych. Niewiele jest jednak prac odnoszących się do weryfikacji niepożądanego wpływu interwencji opartych na praktyce *mindfulness*. Natomiast dostępne są źródła [34] wskazujące, że terapia poznawcza oparta na uważności przynosi istotne obniżenie ryzyka nawrotów objawów zaburzenia.

Kolejnym ważnym aspektem wprowadzania technik uważności w pracy z dziećmi i młodzieżą jest fakt, że mogły one mieć wcześniej styczność z niektórymi ćwiczeniami, co potencjalnie może w różny sposób wpływać na ich motywację. *Mindfulness* jest obecnie bardzo popularną metodą oddziaływania, także w praktyce

profilaktyki zaburzeń i wspierania zdrowia psychicznego. Zawsze należy jednak dopasowywać stosowane techniki do możliwości indywidualnych uczestników zajęć. Szczególną ostrożność należy zachować w pracy z osobami o podwyższonym poziomie lęku lub przy występujących atakach paniki. W tego typu sytuacjach czas poświęcony na uważne kierowanie uwagą powinien być skrócony, a zajęcia może przeprowadzać jedynie osoba będąca specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego [35].

Ponadto, o ile sama praktyka i treningi na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zostały opisane w literaturze, a badania nad ich wpływem przeprowadzono licznie, szczególnie w krajach Europy Zachodniej, o tyle badań nad efektem psychoterapeutycznym w pracy z dziećmi wykazującymi nasilone objawy zaburzeń jest niewiele. Może to sugerować konieczność ostrożnego posługiwania się omawianymi technikami. Ich pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne także wśród dzieci został potwierdzony, jednak mało jest badań odnoszących się do potencjalnych zagrożeń zwłaszcza wśród młodszych grup wiekowych. Mimo to można założyć, że praktyka uważności jest w stanie w wartościowy sposób uzupełnić oddziaływania psychoterapeutyczne. Istotnym może także okazać się odpowiedni dobór interwencji opartych na uważności do indywidualnego przypadku. W odniesieniu do ustrukturyzowanych modeli terapeutycznych, w których uwzględnia się praktykę *mindfulness*, można wybrać taki, który będzie najlepiej korespondował zarówno z potrzebami dziecka, jak i z całością oddziaływań terapeutycznych podejmowanych przez specjalistę.

### Wnioski

Jak wynika z niniejszej pracy, techniki uważności mogą przynieść znaczące korzyści zarówno w działalności profilaktycznej, jak i w obszarze pomocy psychologicznej. *Mindfulness* posiada dobrze opisane podstawy teoretyczne oraz mechanizmy działania w odniesieniu do osób dorosłych oraz w promocji zdrowia psychicznego dzieci. Ułatwia to dostosowanie tej metody do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ponadto jest to technika, która poprzez związek z budowaniem odporności psychicznej oraz zdolności do samoregulacji pozwala nie tylko obniżyć występowanie niektórych zjawisk psychopatologicznych, ale również w pozytywny sposób wpływać na ogólny dobrostan psychiczny. Większość doniesień opisujących jej usystematyzowane wykorzystanie w młodszych grupach wiekowych odnosi się jednak do pracy na rzecz profilaktyki zaburzeń i pogłębiania zdolności samorozwojowych dzieci. Literatura ta jednoznacznie wskazuje na pozytywny wpływ wprowadzenia praktyki *mindfulness* jako ogólnodostępnej formy oddziaływania na rozwój uczniów. W świetle badań wydaje się także być metodą bezpieczną

i przynoszącą liczne korzyści dla ogółu populacji. Według przeglądów i metaanaliz prac [22, 36] na temat wpływu praktyki uważności na dobrostan okazuje się ona mieć znaczenie w funkcjonowaniu emocjonalnym, w tym częstszym występowaniu emocji pozytywnych. Ponadto, wyniki badań wskazują także na znaczący rozwój odporności psychicznej uczniów i ich lepsze funkcjonowanie w obszarze zdrowia fizycznego [22]. Niestety, wykorzystanie uważności w pracy psychoterapeutycznej z dziećmi przy występowaniu nasilonych procesów psychopatologicznych jest słabo weryfikowane w literaturze z obszaru testowania efektywności stosowanych oddziaływań. Jedną z ważniejszych prac na ten temat stanowi opis efektów dostosowania psychoterapii poznawczej opartej na uważności do potrzeb dzieci w wieku 9 do 12 lat dokonany przez Semple [37]. Potwierdza ona zdecydowanie pozytywny wpływ oddziaływań na rozwój funkcji uwagi. Nie daje jednak jednoznacznych wyników w kwestii wpływu zastosowanych metod na odczuwany poziom lęku oraz trudności z samokontrolą zachowania uczestników. Pomimo istnienia pewnych ograniczeń, na które należy zwracać szczególną uwagę podczas

korzystania z technik medytacyjnych, wydają się one interesującym wzbogaceniem repertuaru oddziaływań pomocowych. Ze względu na powiązania poszczególnych technik z funkcjonowaniem poznawczym bardzo ważne jest takie ich dobieranie, by możliwości wynikające zarówno z wieku, jak i cech indywidualnych dziecka pozwalały na ich wykonanie. Ogólny przegląd doniesień na temat efektów wykorzystania praktyki uważności w pracy z dziećmi i młodzieżą sugeruje, że oddziaływania te jakkolwiek powinny zostać poddane bardziej szczegółowym badaniom w przyszłości, stanowić mogą bardzo użyteczne narzędzie psychoterapeutyczne. Ze względu na charakter opisywanej metody warto uwzględnić jej łączenie z innymi technikami z obszaru terapii poznawczo-behawioralnych. Może się to odbywać w formie korzystania z gotowych i ustrukturyzowanych programów terapeutycznych, jak MBCT lub ACT oraz innych stylów terapeutycznych [38]. Ponieważ jednak praktyka uważności ma wpływ na poziom odporności psychicznej, może okazać się przydatna także w pracy nad utrwaleniem pozytywnych wzorców samoregulacji emocjonalnej i kontroli zachowania.

### Streszczenie

**Wstęp:** W niniejszej pracy odwołano się do współczesnych trendów związanych z profilaktyką pozytywną oraz praktyką terapeutyczną w kontekście metod opartych na praktyce uważności.

**Materiał i metody:** Dokonano opisu wpływu *mindfulness* na procesy psychiczne dzieci i młodzieży oraz funkcjonowanie psychospołeczne. Uwzględniono poszczególne procesy umieszczone w modelu teoretycznym i aktywizowane poprzez techniki *mindfulness*.

**Wyniki:** W tej części artykułu odniesiono się do wyników badań opisujących rezultaty stosowania technik *mindfulness* w pracy z dziećmi doświadczającymi poszczególnych rodzajów zaburzeń psychicznych wraz z krótkim opisem mechanizmu wpływającego na proces zdrowienia.

**Wnioski:** Niniejsza praca zestawia opisane rezultaty z potencjalnymi trudnościami w stosowaniu metody oraz sytuacjami wymagającymi zachowania szczególnej ostrożności w korzystaniu z niej.

**Psychiatria 2020; 17, 4: 204–211**

**Słowa kluczowe:** uważność, profilaktyka, psychoterapia, psychopatologia, dzieci, młodzież

### Piśmiennictwo:

1. Tabak I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*. 2014; 38(2): 113–138.
2. Michalska LE, Gruszczyński W. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*. 2010; 7(3): 95.
3. Borucka A, Ostaszewski K. czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko krzywdzone*. 2012; 3(40).
4. Borucka A., Pisarska A. koncepcja resilience, czyli jak pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka. Ośrodek Rozwoju Edukacji. [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl).
5. Junik W. Resilience. Teoria — badania — praktyka. Parpamedia, Warszawa 2011. 2011: Warszawa.
6. Urban B. Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
7. Zolkoski S, Bullock L. Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*. 2012; 34(12): 2295–2303, doi: [10.1016/j.childyouth.2012.08.009](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009).
8. Talaga M, Sikorska I, Jawor M. Resilience in persons with affective and anxiety disorders and the experience of early trauma. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(3): 471–486, doi: [10.12740/pp/66124](https://doi.org/10.12740/pp/66124).
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 10(2): 144–156, doi: [10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016).
10. Harris R. Zrozumieć ACT Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2017.
11. Adamik M. Rozwijanie wewnętrznej wolności. Trening uważności jako praktyka samodystansowania się w świetle teorii Viktora Frankla. 2019.
12. Jankowski T, Holas P. Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii, *Studia Psychologiczne*. 2009; 47(4): 59–79.
13. Gambin M. Procesy samokontroli a poczucie własnej skuteczności u dzieci z objawami impulsywności-nadaktywności i nieuwagi. Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii. 2012.

14. Feldman G, Hayes A, Kumar S, et al. Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006; 29(3): 177–190, doi: [10.1007/s10862-006-9035-8](https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8).
15. Hayes S, Smith SW. *pulapce myśli Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem i lękiem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2019.
16. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol*. 2000; 51–59.
17. Muris P, Merckelbach H, Horselenberg R, et al. Thought suppression in spider phobia. *Behav Res Ther*. 1997; 35(8): 769–774, doi: [10.1016/s0005-7967\(97\)00036-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00036-3), indexed in Pubmed: [9256519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256519/).
18. Breslin F, Zack M, McMain S. An Information-processing analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 9(3): 275–299, doi: [10.1093/clipsy.9.3.275](https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.275).
19. Sibinga E, Webb L, Ghazarian S, et al. School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*. 2015; 137(1): e20152532, doi: [10.1542/peds.2015-2532](https://doi.org/10.1542/peds.2015-2532).
20. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(2): 126–131, doi: [10.1192/bjp.bp.113.126649](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649), indexed in Pubmed: [23787061](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23787061/).
21. Lau Ns, Hue Mt. Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*. 2011; 16(4): 315–330, doi: [10.1080/1364436x.2011.639747](https://doi.org/10.1080/1364436x.2011.639747).
22. Felver J, Hoyos CCd, Tezanos K, et al. A Systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*. 2015; 7(1): 34–45, doi: [10.1007/s12671-015-0389-4](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0389-4).
23. Sibinga E, Perry-Parrish C, Chung Se, et al. School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 2013; 57(6): 799–801, doi: [10.1016/j.ypmed.2013.08.027](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.08.027).
24. Semple R, Lee J, Rosa D, et al. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*. 2009; 19(2): 218–229, doi: [10.1007/s10826-009-9301-y](https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y).
25. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord*. 2008; 11(6): 737–746, doi: [10.1177/1087054707308502](https://doi.org/10.1177/1087054707308502), indexed in Pubmed: [18025249](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18025249/).
26. Lewandowska B. Koncepcje wyjaśniające znaczenie świadomości odczuć cielesnych w profilaktyce i terapii otyłości. *Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*. 2015; 48: 87–98.
27. Starzomska M, Wilkos E, Kucharska K. Modern approaches to the treatment of anorexia nervosa: The third wave of cognitive-behavioral therapy. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(4): 651–662, doi: [10.12740/pp/onlinefirst/75338](https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/75338).
28. Makara- St, Buczyjan A, Moryłowska J. Jedzenie – przyjaciel i wróg. Korelatory psychologiczne otyłości. *Zdr Publ*. 2007; 117(3): 392–396.
29. Keye M, Pidgeon A. Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*. 2013; 01(06): 1–4, doi: [10.4236/jss.2013.16001](https://doi.org/10.4236/jss.2013.16001).
30. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(1): 31–40, doi: [10.1037/0022-006X.72.1.31](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31), indexed in Pubmed: [14756612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14756612/).
31. Barkan T, Hoerger M, Gallegos AM, et al. Personality predicts utilization of mindfulness-based stress reduction during and post-intervention in a community sample of older adults. *J Altern Complement Med*. 2016; 22(5): 390–395, doi: [10.1089/acm.2015.0177](https://doi.org/10.1089/acm.2015.0177), indexed in Pubmed: [27031734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27031734/).
32. Shapiro DH. Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J Psychosom*. 1992; 31(1-4): 62–67.
33. Sedlmeier P, Eberth J, Schwarz M, et al. The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2012; 138(6): 1139–1171, doi: [10.1037/a0028168](https://doi.org/10.1037/a0028168), indexed in Pubmed: [22582738](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22582738/).
34. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(6): 565–574, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2016.0076](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076), indexed in Pubmed: [27119968](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119968/).
35. Dobkin P, Irving J, Amar S. For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? *Mindfulness*. 2011; 3(1): 44–50, doi: [10.1007/s12671-011-0079-9](https://doi.org/10.1007/s12671-011-0079-9).
36. Zenner C, Herrnleben-Kurz S, Walach H. Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2014; 5: 603, doi: [10.3389/fpsyg.2014.00603](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603), indexed in Pubmed: [25071620](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25071620/).
37. Semple R, Lee J. Mindfulness-based cognitive therapy for children. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. 2014: 161–188, doi: [10.1016/b978-0-12-416031-6.00008-6](https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416031-6.00008-6).
38. Muskała M. Mindfulness training in social rehabilitation effects. The theoretical context. *Resocjalizacja Polska*. 2018; 15(1): 49–66.