

# **A mindfulness meditáció felhasználásának lehetőségéről a nárcisztikus személyiségzavar terápiájában**

*Bandi Szabolcs*

## TÉMAFELVETÉS

A személyiségzavarok – hatékony – kezelésének problematikája a pszichiátria és a klinikai pszichológia régóta visszatérő témája, egyike a két tudományágra váró nagy kihívásoknak (Comer, 2000; Millon, 2000). Bár prevalenciájuk alacsonynak mondható (átlagosan az egészséges populáció 0,5-3%-át érintik; APA, 2000), a rendellenesség jellegéből adódóan jelentősen próbára tudják tenni mind a beteget, mind pedig környezetét, hatásuk hosszú távon pedig a társadalmi-szociális rendszer átformálásban is tetten érhető (Lasch, 1984). A személyiségzavarok olyan rugalmatlan és tartós szerveződésai a belső élményeknek, illetve az ehhez kapcsolódó viselkedéseknek, melyek jelentős nehézségeket okoznak az élet különböző területein történő szocializációban (iskola, munkahely), az interperszonális kapcsolatokat erodálhatják, és némelyikükhöz társuló viselkedéselemek akár a fennálló törvényi szabályozás elemeivel is ellentétben állhatnak (különösen az antiszociális- és borderline személyiségzavar esetén; APA, 2000; Comer, 2000). Ahogy a személyiségzavarban szenvedőket a klinikai interjú során könnyen beazonosíthatóvá teszi a „mindig is ilyen voltam” típusú megnyilatkozás, könnyen érthetővé válik, hogy a beavatkozás egy ilyen szilárd és részben vagy majdnem egészében adaptív (Millon, 2000) struktúrába igen nehézkes. Egyes teoretikusok felvetették annak is a lehetőségét, hogy ezekben az esetekben nem is beszélhetünk patológiáról, hiszen állításuk szerint csupán egy természetes személyiségvonás előtérbe kerüléséről, túlzott hangsúllyal való megjelenéséről van szó (Comer, 2000). Klinikai értelemben akár patológiásnak tekintjük az ilyen jellegű tendenciákat, akár nem, tagadhatatlan, hogy például az erőszakos bűnelkövetők között szignifikánsan magasabb az antiszociális személyiségzavar DSM-IV-TR kritériumaiknak megfelelő egyén, mint a normál populációban, illetve szintén empirikusan igazolt, hogy a borderline személyiségzavar kritériumainak megfelelő emberek között jelentősen gyakoribb a szuicid kísérletek száma. A személyiségzavarokhoz mindezek mellett gyakran társulnak első tengelyi rendellenességek – elsősorban hangulat- és szorongásos zavarok, de a szomatiform kórképek is előfordulhatnak - illetve ami még fontosabb, nagy komorbiditás mutatkozik a személyiségzavarokon belül is (Comer, 2000; APA, 2000; Millon, 2000). Összefoglalva tehát úgy vélem, érdemes lenne

nagyobb klinikai figyelmet szentelni az ilyen jellegű rendellenességeknek, hiszen közülük számos kifejezett hajlamot mutat a társadalmi folyamatok általi katalizálódásra.

Közhely mára, hogy a nyugati világ – és a politikai elnyomó rendszerek felszámolása óta Magyarország is – egyre egoisztikusabbá, individualistává, nárcisztikussá válik (Lasch, 1984; Kelemen, 2010), ám úgy vélem mégsem hagyható figyelmen kívül az a fajta szemlélet, amit elsősorban a média közvetít értéként. Ugyanis a nárcizmus, és a belőle kialakuló nárcisztikus személyiségzavar (Narcissistic Personality Disorder, a továbbiakban NPD) kifejezetten a szocializáció során, a környezettel való interakcióban születik meg, így a társadalom egyén felé való kommunikációjának, illetve az elsajátított szociális mintáknak hatalmas szerepe van e vonás felerősödésében és esetleges patologizálódásában. A helyzetet tovább rontja, hogy még a személyiségzavarokon belül is – ahol általánosan alacsonynak mondható az adherencia, de már maga a szakemberhez fordulás is relatíve ritka első tengelyi zavar fennállása nélkül (Comer, 2000) – rendkívül alacsonyak a terápiás sikerek, így érdemes lehet megvizsgálni a kortárs és alternatív módszerek – így a mindfulness meditáció – alkalmazásának lehetőségét az NPD terápiájában.

## 2. A NÁRCISZTIKUS SZEMÉLYISÉGZAVAR (NPD)

### 2.1 Tünetek

Az NPD a DSM-IV-TR (2000) szerinti személyiségzavarok osztályozásánál a B-csoportba tartozik az antiszociális-, hisztrionikus- és a borderline zavarok mellett. A B-klasztert gyakran nevezik a „teátrális” vagy „dramatizáló” személyiség rendellenességeinek is, amellyel a zavarok elsősorban interperszonális viszonyokban való megnyilvánulását kívánják hangsúlyozni. Az A- és C-csoporthoz képest („különc” és „szorongó” kórképek) a teátrális kórképek sokkal gyakrabban diagnosztizáltak (Comer, 2000).

Az NPD a belső élmények és a viselkedés szerveződésének olyan belső tartós és rugalmatlan mintázata, melyet fiatal felnőttkortól kezdve jellemez a nagyzás és a csodálat igénye, amely mellett az empátiára való képesség túlnyomórészt hiányzik. Az NPD-ben szenvedő személynek saját fontosságáról nagyzó élménye alakul ki, gyakran fantáziál sikerről, hatalomról, szépségről, ideális szerelemről, azaz teljesen egyedülálló, különleges teremtménynek tarja magát. Ebből adódik, hogy őt csak a társadalmilag magasan álló személyek és intézmények képesek elismerni, és társulni vele. Feljogosultnak érzi magát indokolatlan különleges elbánásra vagy gondolatai mások általi automatikus és feltétel nélküli elfogadására, és általánosan túlzó mértékű csodálatot vár el környezetétől valós

teljesítményétől függetlenül. Hiányzik az empátia belőle, szegényes személyes kapcsolataiban önző, ugyanakkor mélyen képes irigységet érezni mások iránt, vagy ennek ellentétéként úgy véli, hogy mások irigyek rá. Attitűdjei gyakran gőgösek, viselkedése fennhéjázó, a felsőbbrendűség érzését közvetíti (Comer, 2000; APA, 2000; Millon, 2000, Magnavita, 2004; Barlow és Durand, 2012).

A fenti APA által is elfogadott definíció és kórjellemzés az empirikus személyiségpszichológia aktuális kutatásai által már kissé meghaladottnak tekinthető. Ennek oka a narcizmus tipológiák fejlődése során kialakult konszenzus nyomán létrejött nyílt- és rejtett narcizmus megkülönböztetése. (Wink, 1991; Wink, 1996). A különbség a két típus között abban nyilvánul meg, hogy míg a nyílt narcisztikus személy a nagyszerűsége kifejezésével és megélésével kapcsolatos kritikákra sokszor impulzivitással, határozott explicit magatartásváltozással reagál – ezt nevezte Reich „fallikus narcisztikus” típusnak (Wink, 1996) –, addig a rejtett narcisztikus személy nagyzolásos vágyait inkább fantáziájában éli át, nem meri ezt explicitté tenni, ugyanis fél, hogy azokat a környezetét, mivel nem értheti meg, elutasítaná. Emiatt sokszor erős rejtőzködő szorongás jellemzi az ilyen személyeket (Wink, 1991). A fenti jellemzés alapján jól látható, hogy a DSM-IV-TR nozológiai rendszere alapján csupán a nyílt narcizmussal jellemezhető egyének diagnosztizálhatók, míg emiatt a rejtett narcisztikus egyének könnyen kaphatnak téves diagnózist – elsősorban a szorongásos zavarok dimenziójából, például generalizált szorongás, esetleg szociális fóbia, stb. formájában. Fontos lehet a jövőre tekintve ennek a hiányzó megközelítésnek az integrálása a diagnosztikai rendszerekben, ugyanis bár a megnyilvánuló tüneteiben valóban jobban emlékeztetheti a klinikust a szorongásos spektrumra, dinamikája valójában egészen más, így a hatékony kezelés – különösen dinamikus szemléletben – szempontjából nélkülözhetetlen információval bír a kóreredet.

## 2.2. Differenciáldiagnosztikai felvetések

Ahogy az már korábban is említésre került, a személyiségzavarok – és így természetesen az NPD is – gyakran társulnak más típusú (akár más klaszterbe tartozó) személyiségzavarokkal, de gyakran megjelenhetnek első tengelyi rendellenességek is. A kezelés szempontjából három dolog kiemelten fontos: a pontos diagnózis, az etiológia ismerete, illetve a megfelelő terápiás eljárás kialakítása (Sperry, 2003). A DSM-IV-TR (2000) szerint a leggyakrabban tüneti hasonlóságot mutató szindrómák a hisztionikus-, antiszociális-, borderline-, kényszeres-, szkizotip-, paranoid személyiségzavarok, illetve az első tengelyi rendellenességek közül a mániás/hipomániás epizódok. Míg az antiszociális személyeket az esetek majdnem minden

részében jellemzi az agresszió és impulzivitás, addig ez a nárcisztikus egyének esetében nem szükségszerű jegy: ugyanakkor az empátia hiánya mindkét esetben meghatározó jegy. Az obszesszív-kompulzív zavarokkal közös vonása az NPD-nek a perfekcionizmusra való törekvés, ám előzőnél a teljesítmény ezt általában meg is közelíti, míg az NPD esetén ez nem gyakori vagy szükségszerű. Az esetleges elutasítás, a grandiózus fantáziák és azok megnyilvánulásainak el nem fogadása párosulhat depresszív jellegekkel, amik szociális visszahúzódáshoz is vezethetnek (ld. rejtett nárcizmus), amely közös jegye a szkizoid és paranoid zavaroknak is: ebben az esetben a félelem és szorongások etiológiája lehet a döntő disztigáló tényező. A mániás spektrumba tartozó kórképek a grandiózus fantáziák kapcsán merül fel az NPD-ben, ám a mértéke meg sem közelíti egy valódi egodiasztolés hangulatzavar szintjét (a mániás epizódok akár pszichotikus tudatzavarokhoz is vezethetnek – Comer, 2000). A legnehezebb talán a hisztrionikus- és a borderline- zavaroktól való elkülönítése az NPD-nek. Egyes elméletalkotók – mint Otto F. Kernberg – dinamikai szempontok alapján közös eredetűnek tekinti a három rendellenességet, köztük a neurotikus jegyeiktől a pszichotikus jegyek felé fennálló dimenzióval való elhelyezkedés adja a különbséget. Ezek alapján az elsősorban neurotikus jellegű hisztrionikus és az időnként pszichotikus jegyeket is öltő borderline zavar között helyezkedik el az NPD (Fonagy és Target, 2005). A hisztrionikus jellemzőkkel való hasonlóság a csodálat igényében nyilvánul meg, ám míg a hisztrionikus személy elvárásai mögött többségében valamiféle elismert teljesítmény áll, addig ez a nárcisztikus személynél nem szükségszerű, illetve míg az előbbi csoportban az érzelmek átélése központi elem, addig az NPD-t inkább az érzelmek elutasítása, ki nem fejezése jellemzi. A borderline személy kapaszkodó, kötődés iránti vágya hasonlít az NPD-re jellemző elismerésre való vágyakozásra: mindkét zavarban fontos, hogy elfogadják őket, meglegyenek azok a (többnyire igen kis számú) személyek, akik rendelkezésre állnak a vágyaik kielégítésére. Különbség, hogy míg az NPD-ben nem mindegy, hogy ki ez a személy (mennyire kiváló, mennyire képes megérteni a grandiózus intencióit a betegnek), addig ez a borderline zavar esetén nem szükségszerű (APA, 2000; Comer, 2000).

A nozológiai tünetek alapján látható, hogy a különbségtétel nem mindig egyszerű a különböző személyiségzavarok között (tovább bonyolítja a dolgot, hogy közülük is számos kórkép mutat komorbiditást szorongásos- és hangulatzavarokkal), így nagy szerepe van az etiológiának a pontos diagnózis meghatározásában is.

### 2.3. – Az NPD etiológiája

Az NPD megértésére és magyarázatára számos elmélet született. Ezek közül most négy – a pszichodinamikus, kognitív, szociális és vonásméleleti – megközelítés kerül röviden ismertetésre (Wink, 1996; Comer, 2000; Sperry, 2003).

A pszichodinamikus nárcizmus elméletek Freudig vezethetők vissza. Freud volt az első teoretikus, aki a korai analitikus diskurzusba beemelte a nárcizmus tematikáját, megkülönböztetve a fejlődés korai időszakában természetesnek tekinthető primer nárcizmust a később – többnyire felnőtt korban – kialakuló és immár patológiásnak tekinthető szekunder nárcizmustól. Míg Freud esetében ez a megkülönböztetés elsősorban a pszichoszexuális fejlődésben és metapszichológiájában betöltött szerep miatt volt jelentős, addig követői ennél tovább mentek, kialakították saját komplex nárcizmus elméletiket. Kohut – a szelfpszichológia megteremtőjeként tart számon a kánon – úgy vélte, a nárcisztikus patológia mögött a korai időszakban szülői részről érkező nem megfelelő tükrözés problematikája húzódik. Kisgyermekkorban szükséges egyfajta grandiozitás érzés megtapasztalása, a gyermek vágyainak és késztetéseinek feltételek nélküli kielégítése, hogy a fejlődéséhez erőforrásokat nyerjen. Ez a tükröződés a későbbiekben áttevődik más személyekre, meghaladva ezzel a korai primer nárcizmust. A nem kielégítő szülői tükrözés ezt az áttételt lehetetleníti el, így a gyermek kénytelen megragadni a korai, határtalan grandiozitás stádiumában, ami alapvető központi elemévé válhat az NPD-nek. Kernberg hasonló, ám mégis kissé eltérő nézetet vallott a nárcisztikus személyiségzavarok kialakulásáról. A korai időszakban a hidegség, az empátia hiánya lehetetlenné teszi a biztonságos kötődés kialakulását, ám mivel a gyermek ekkor még nem tud más személyhez kötődni, kénytelen ebben a számára frusztráló szociális viszonyrendszerben meghatározni magát. Ez dühöt kelt benne az elutasító szülővel szemben, ami még visszább veti az egészséges kötődési minták kialakulásának lehetőségét, sőt, később ugyanezzel a bizalmatlan érzéketlenséggel, dühvel és akár agresszióval fog reagálni későbbi kapcsolataiban is a korai kötődési mintákra emlékeztető helyzetekben. Mivel megragadt a primer nárcizmus állapotában, egyik kapcsolata sem lehet olyan „tökéletes”, hogy minden igényét kiszolgálja, ami ismét csak tovább dűhíti, esetleg szorongást is kelthet benne (Fonagy és Target, 2005, Sperry, 2003, Wink, 1996). Gyakori kritika a pszichodinamikus elméletekkel kapcsolatban, hogy hiányos az empirikus igazolásuk (vagy akár teljesen hiányzik), illetve hogy szinte az összes személyiségzavar hátterében a nem megfelelő korai szülői gondoskodást vélik felfedezni (Comer, 2000).

A kognitív teoretikusok a dinamikus szemlélettel ellentétben úgy érvelnek, hogy éppen a túlvédő, túlvó, a gyermekkorban a szülők részéről tapasztalt túlzott idealizálás az, ami kialakítja azokat a sémákat, melyek később patológiálhatják a személyiséget. Ha a gyermek

azt tapasztalja meg a családi szocializáció során, hogy ő különleges, egyedi, neki mindig mindenből a legjobb jár, természetesnek tűnik, hogy ugyanezt fogja elvárni a későbbi kapcsolataiban – legyen az akár párkapcsolat, iskolai szocializáció, vagy munkahelyi környezetben. Tehát ezek alapján a túlzott szülői elfogadás, a gyermekeken majomszeretettel csüngő szülői attitűd tehető felelőssé a grandiózus szelf, vagy kognitív sémarendszer kialakulásáért. Egyes szerzők úgy érvelnek, hogy elég a másság hangsúlyozása ahhoz, hogy a nárcisztikus személyiségpatológia kialakulhasson – legyen a másság jellege pozitív vagy akár negatív. Az elmélet empirikusan megbízhatóbbnak tűnik a dinamikus elgondolásoknál, amit igazolni látszik az a tény, hogy az egyikéknél – akik nem kényszerülnek rá a szülői szeretetben való megosztásra – gyakoribb a nárcisztikus patológiák kialakulása (Beck, Freeman és Davis, 2009; Comer, 2000; Sperry, 2003).

A szociális jellegű nárcizmuselméletek közül kiemelkedőek Christopher Lasch, amerikai történész és publicista gondolatai. Lasch rendkívül nyíltan a társadalmi diskurzusokban megjelenő liberális tendenciákat teszi felelőssé a túlzott individualizmus kialakulásáért, amely olykor elérheti a pszichiátriai nárcisztikus patológia szintjét is. A szerző kimerítően elemzi, hogy az élet mely területein kerültek előtérbe az „önimádat” jelei: úgy véli a korábban a közösségiességet hangsúlyozó irodalmi művek öncélú, panaszos hangú és sokszor értelmetlen önvallomásokká váltak, a sport elvesztette közösségépítő szerepét, ugyanis már nem csapatoknak, hanem „celebeknek”, „sztároknak” szurkolunk, miattuk foglalkozunk a sporttal. Sőt, Lasch úgy véli, hogy az Egyesült Államokat és a világot megrázó elnökösségi-kísérletek – legyenek azok „sikeresek” vagy meghiúsítottak – is arról szólnak, hogy az önjelölt gyilkos saját különlegességét öt perc hírnévért főműsor időben megélhesse. Bár Lasch érzékletesen bemutatja az általa rendkívül destruktívnek vélt folyamatokat (melyek szerinte idővel felszámolják a családokat és magát a társadalmat is) és megadja saját megoldását is rá (amely nem más, mint a visszatérés a konzervatív eszmékhez), a kialakító tényezők természetéről, konkrét mechanizmusairól nem ad információt, sőt, a lehetséges empirikus igazolások módszertanát kifejezetten elutasítja (Lasch, 1984, Kelemen, 2010, Comer, 2000).

Végül az egyik legkésőbbi és a tudományos pszichológia szempontjait leginkább figyelembevevő teória Millon vonásméletek alapú elgondolása. Millon úgy véli, hogy a nárcizmus több személyiségvonás együttes hangsúlyos fennállásának nyomán alakul ki. Saját tipológiát is kialakított, amely nyomán elkülönít erkölcstelen, elitista, hedonista és kompenzáló típust (*kieg.: szabad fordítása Millon megnevezéseinek*), attól függően, hogy melyik személyiségvonás dominál, például az erkölcstelen típusnál az antiszociális tendenciák

dominálnak, míg a hedonistában a hisztrionikus jellegek, stb. A vonásméleti jelleg azért tűnik ígéretes vonalnak a nárcizmus kutatásban, mert első ízben tud a komorbiditás problematikájára empirikusan is kielégítő választ adni (Millon, 2000; Sperry, 2003). Millon ezeken túl nagyban hozzájárul a nárcizmus integratív – elsősorban a kognitív- és vonásméleti megközelítések ötvözése nyomán létrejövő – elméletének kialakításához (Sperry, 2003).

### 3. A MINDFULNESS MEDITÁCIÓ

#### 3.1. – Előzmények: relaxációs technikák a klinikai gyakorlatban

A relaxációs eljárások nem új keletűek az alkalmazott pszichológiában, azon is belül elsősorban a klinikumban. Ismeretes, hogy a francia nemzetiségű Mesmer is előszeretettel használta a hipnózist ahhoz, hogy betegeit olyan kívánt módosult tudatállapotba hozza, ahol a konverziós hisztéria tüneteit kedve – és szándéka – szerint idézhette elő. Freud maga is sokáig használta a hipnózist, ám ez a módszer kevésbé volt számára személyesen megfelelő, így kialakította a szabad asszociáció eljárását a tudattalan tartalmak feltérképezésére (Tiringer, 2001; Comer, 2000). A jungi analitikus pszichológusok egyik főeszköze a hipnózis a mai napig, sőt, az ún. integratív pszichoterápiás kortárs irányzatok is előszeretettel használják ezt a módszert a pszichodiagnosztikai eljárások során. A kognitív-viselkedéslélektani terapeuták számos relaxációs módszert használnak, mellyel könnyebbé tudják tenni pl. a szisztematikus deszenzitizációt, különösen annak az in vivo formáját (Beck, Freeman és Davis, 2009). Összességében elmondható, hogy a relaxációs eljárások minden korban meghatározott céllal felruházott segéd eljárások voltak, melyek képesek voltak növelni a terápiás hatékonyságot és együttműködést azáltal, hogy oldani tudta a kliens fennálló gátlásait és szorongásait. A mindfulness meditáció pszichológiai felhasználása szintén beleillik a fenti hagyományba, ám jelentős többlettel is bír (Jain et al., 2007).

#### 3.2. – A mindfulness fogalma

A mindfulness kifejezés alatt a pszichológiában azt a jelenséget és folyamatot értjük, amikor a személy teljes figyelmét a jelenre koncentrálja, és az eseményeket és történéseket egyesével szekvenciálisan dolgozza föl. Mindeközben nem ítélik sem a külső, sem a belső mozzanatokról: tudomásul veszi és felcímkézi őket a valós természetük alapján („ez egy gondolat”). A mindfulness folyamat nem kívánja meg a tudat beszűkülését, sőt, kifejezetten óva int attól, hogy a tudat homályossá váljon: a mindfulness célja a jelen pillanat természetes

állapotának originális megélése. Így elmondhatjuk, hogy a mindfulness meditáció folyamata kétkomponensű: egyrészt először a figyelmet tudatosan ráirányítjuk a jelen történéseire, majd ezek után második lépcsőben kíváncsisággal, nyitottsággal és elfogadással szemléljük, vizsgáljuk meg azokat. Ahogy a tudat elhomályosodása nem kívánatos, a gondolatok, történések melletti megragadás éppen úgy a mindfulness folyamatok ellen hat. Összefoglalva elmondható, hogy a mindfulness célja a letisztult, tiszta, érzelmi- és kognitív torzításoktól mentes tudat megélése a jelenben (Kabat-Zinn, 2009; Baer, 2003; Barlow és Durand, 2012; Pomerantz, 2011; Magnavita, 2004; Ramel, Carmona és McQuaid; 2004).

### 3.3. – A mindfulness eredete és helye a pszichológiában

A mindfulness gyökerei a legősibb buddhista tanításokig nyúlnak vissza. Sziddhárta Gautáma, a „történelmi Buddha” szerint a mindfulness a Nemes Nyolcstréti Ösvény hetedik eleme a helyes szemlélet, - szándék, - beszéd, - cselekvés, - életmód, - erőfeszítés és – életmód mellett. A helyes éberség (azaz a mindfulness) buddhista gyakorlatának a lényege kételemű: tudatosságot, majd éberséget jelent. Öt tulajdonságcsoport van, amelyben fontos az egyén ébersége: a megvilágosodás akadályai terén (pl. érzéki vágy és kétely); a létezés halmazában (pl. észlelés, készítés és tudat); az érzékek, benyomások és a tudat egymásbefonódásának terén; a megvilágosodás hét tényezőjének a megfigyelésében és végül ötödikként a négy nemes igazság illetve a szellemi ismeretek tudatosítása kapcsán.

A keleti filozófiák és stressz redukciós módszerek iránti nyitás jellemezte a 20. századot is (gondoljunk például csak a jungi metapszichológiára, és különösen a mandala szimbolikára), de a gyakorlati pszichoterápiás eljárásokba csupán a közelmúltban terjedtek el igazán. Fontos megjegyezni, hogy a kortárs pszichoterápiás eljárásokban a mindfulness alkalmazása nem igényel vallási elköteleződést, a pszichológiai felhasználása teljesen kiszakad a buddhizmus kontextusából (Kabat-Zinn, 2009). A következőkben ismertetésre kerülnek azok a legfontosabb területek, ahol a mindfulness technikának az alkalmazása a leginkább elterjedt, illetve ahol a legnagyobb mértékben integrálódott egy korábbi pszichoterápiás elméleti- és gyakorlati hagyományba.

### 3.4. – A harmadik generációs kognitív terápiák (MBCT, ACT, DBT)

A harmadik generációs kognitív terápiákat nevezzük összefoglaló néven mindfulness alapú kognitív terápiáknak (Mindfulness Based Cognitive Therapy, a továbbiakban MBCT), mely elnevezés két dologra reflektál (Pomerantz, 2011; Hayes, 2004). Egyrészt kifejezi azt a fejlődési vonalat, amin a viselkedésterápiák az elmúlt közel több, mint száz évben



végighaladtak, azaz a viselkedéslélektan inger-válasz társításon alapuló klasszikus- és operáns kondicionálásos eljárásaitól (első generáció) eljutottak az Aaron Beck és Albert Ellis nevei által fémjelzett kognitív-modellhez, illetve a racionális-emociós terápiáig. Ezekben az elméletekben és a hozzájuk kapcsolódó eljárásokban már nem csupán inger-válasz társítások kialakítása volt a cél, hanem a személyre jellemző – terápiás esetben többnyire parciálisan diszfunkcionálisan rigid – kognitív struktúra – vagy köznapi szóhasználattal élve a „felfogásmód” – átalakítása, korrekciója (második generáció). A harmadik generációs kognitív terápiák ezeken is túllépnek, és bár visszanyúlnak sok esetben a viselkedéslélektani alapokhoz és eljárásokhoz, azokat átdolgozva és aktualizálva (pl. verbális viselkedés előtérbe kerülése) a 21. századi pszichoterápia igényeire. Az MBCT másrészt reflektál egy módszertani újításra is, mégpedig a mindfulness technika kognitív terápiákba való integrálására, akár önálló eljárásként, ám többnyire inkább kiegészítő szerepben (Pomerantz, 2011; Hayes, 2004, Barlow és Durand, 2012).

Az egyik legismertebb MBCT eljárás a Steven C. Hayes által kidolgozott úgynevezett elfogadás- és elköteleződés terápia (Acceptance and Commitment Therapy, továbbiakban ACT). Az ACT végső célja a belső élményvilág, a belső én rugalmassá tétele a gondolatokra, élményekre. Az elfogadás önmagunk, gondolataink és tetteink elfogadását jelenti, mindezt anélkül, hogy ez sérülést okozna az énnel, vagy akár patologizáló módon szűkítené annak terét, funkcionálását (mint pl. generalizált szorongásban). Az elköteleződés a terápia során később kialakuló elem, mely akkor születhet meg, ha a kliens felismeri azon saját értékeit, melyek boldoggá teszik, majd ezekhez hűen, ezek szellemében képes viselkedni, kitart mellettük. A mindfulness meditáció nyilvánvalóan a terápia első felében lehet hatékony eszköz, amikor a kliens megtanulja saját belső állapotait értékítéletektől mentesen szemlélni, leválasztja róla a frusztráló érzelmeket, és elfogadja őket annak, amik. Ez a folyamat facilitálhatja később ezen értékek internalizációját, mely által a kliens személyisége gazdagodik. Hayes és munkatársai drámai sikerekről számoltak be az ACT rövid fennállása óta: a munkahelyi stressztől kezdve a súlyos depressziók kezelésén át egyes kutatások alapján akár a krónikus pszichotikus zavarok, így a szkizofrénia is jól reagált a terápiára. (Hayes, 2004; Pomerantz, 2011). Az ACT empirikus háttere erősnek mondható, ám további kutatások, különösen hosszú távú terápiás hatásvizsgálatok tűnnek szükségesnek a módszer meggyőző validálásához.

A másik ismert eljárás – ami közelebb is áll a dolgozat témájához – a Marsha Linden által kidolgozott dialektikus viselkedésterápia (Dialectical Behavior Therapy, a továbbiakban DBT). A DBT tulajdonképpen egy a borderline személyiségzavarra kidolgozott eljárás, melynek a

sikere akkora volt, hogy ma már az egyik első számú opciója ennek a rendkívül összetett és veszélyes (ld. szuicidum) rendellenességnek (Pomerantz, 2011, Magnavita, 2004). A DBT a borderline patológiát tulajdonképpen egy érzelmi kontroll zavarnak tekinti, így a fókuszában az érzelmek átélésének normalizálása és kanalizálása áll. A DBT központi terápiás elemei a problémamegoldás (a vélhetően érzelmileg felkavaró helyzetek előzetes átgondolása, szimbolikus modellezése, ráhangolás a jobb kimenetelre, érzelmi coping helyett problémafókuszú megküzdések bővítése), igazolás (a kliens érzéseinek feltételek nélküli elfogadása, rávilágítás arra, hogy a problémás helyzetekben megjelenő eltúlzott érzései jogosak és érthetőek, csupán a mértékük diszfunkcionális) és a dialektus (a kommunikációs különbségekre való érzékennyé tétel, demonstrálása annak, hogy mások érzései nem mindig azok, aminek tűnnek, a kiértékelés ad nekik értelmet, érzékennyé tétel az ellentétes érzések közötti választásra – ld. szuicid gondolatok és azok elutasítása). A mindfulness hasznos és szerves része a terápiának: segíti megértetni a klienssel, hogy a gondolatai érzések nélkül is jelentésteliek, nem szükséges a környezet állandó monitorozása és a félelmek anticipációja ahhoz, hogy éber tudjon maradni a jelenre, és megélje a saját teljességét az adott pillanatban (Pomerantz, 2011, Magnavita, 2004). A DBT azért is fontos, mert a borderline és a nárcisztikus patológia sok közös vonással rendelkezik, sőt, egyes elméletek szerint egyazon patológiás mag különböző megnyilvánulásai (Fonagy és Target, 2005), másrészt ez volt az első alkalom, ahol a mindfulness eljárásaként használták a személyiségzavarok kezelésében, ami egyes elméletalkotókat – mint például a séma elméletéről ismertté vált Youngot is – arra a felfedezésre vezette, hogy elképzelhető, hogy a mindfulness lehet a kulcs általánosan a személyiségzavarok kezeléséhez – klasztertől függetlenül (Sperry, 2003).

#### 4. A MINDFULNESS MEDITÁCIÓ INTEGRÁLÁSI LEHETŐSÉGEI AZ NPD TERÁPIÁJÁBAN

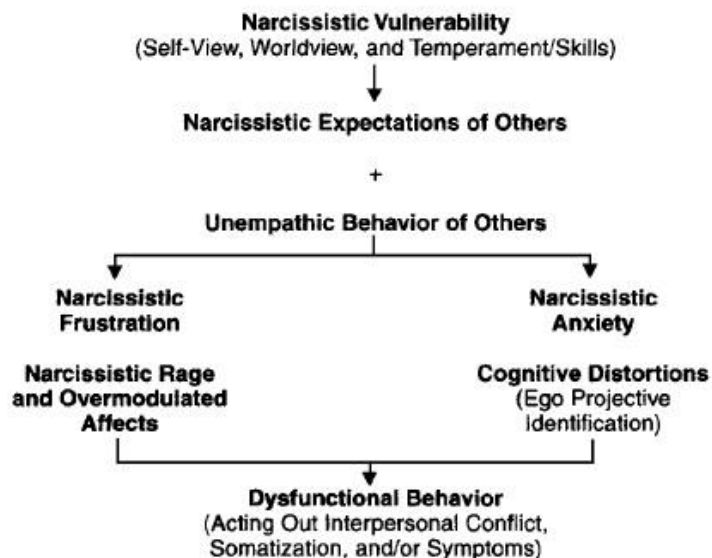
##### 4.1. – Az egyéni módszerspecifikus NPD terápiák

Ahogy azt már más pszichiátriai kórképnél megfigyelhettük, úgy a nárcisztikus személyiségzavarra is igaz, hogy minden jelentős pszichoterápiás iskola megalkotta rá a saját eljárási rendszerét, adott intervenciós formáit (Comer, 2000). Az NPD esetén is megfigyelhetünk többféle dinamikusan orientált terápiát (a klasszikus pszichoanalízist, a pszichoanalitikus pszichoterápiát, a szupportív pszichoterápiát és a rövid pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiát) illetve a kognitív-viselkedéslélektani módszereket is (Beck-féle kognitív terápia, speciális képességfejlesztő kezelési intervenciók, Young-féle séma terápia),

melyeket kiegészítenek az interperszonális-szociális megközelítési módok (Sperry, 2003). Minden iskola fel tudott mutatni saját eredményeket és különböző terápiás hatékonysággal dolgoznak, ám fontos megjegyezni, hogy mindezek ellenére egyéni módszerspecifikus terápiára csak a jól funkcionáló és kevés képességhiánnyal küszködő kliensek alkalmasak igazán (Sperry, 2003). Az alul- vagy túlszabályozott temperamentum mintázat és a jelentős (alkalmazkodási) képességhiány esetében azonban érdemes figyelembe venni egy újfajta, úgynevezett kombinált és integrált terápiás eljárási formát (Sperry, 2003).

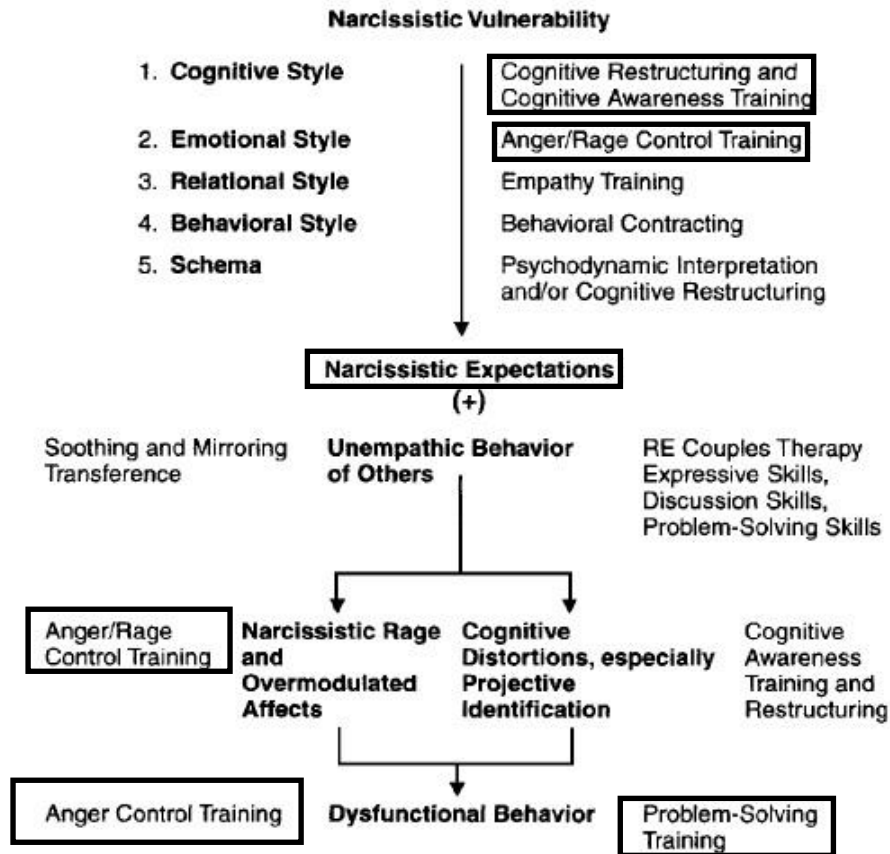
#### 4.2. – Az NPD integrált terápiás kezelési modellje

Az NPD integrált modelljének középpontjában a stressz-diatézis modell áll (Sperry, 2003): a diatézis oldalon a nárcisztikus sérülékenység és a nárcisztikus elvárások állnak, míg a stresszor mások elutasító viselkedése az egyén grandiózus igényeire. Megállapítható az is, hogy a különböző szemléletű terápiák a stressz-diatézis modell más-más komponensén tudtak a leghatékonyabban intervenciót alkalmazni. A pszichodinamikus iskolák a nárcisztikus sérülékenységgel és az ehhez kapcsolódó frusztrációval foglalkoztak elsősorban (a grandiozitás és feljogosultság érzéshez kapcsolódó interpretációk, a hibás tükröződésből adódó frusztráció csökkentése); míg a kognitív szemlélet szintén a vulnerabilitási oldalon igyekezett módosítani és átstrukturálni a személy magára- és világra vonatkozó rugalmatlan és diszfunkcionális nézeteit, illetve a nárcisztikus elvárásokat és kognitív torzításokat. Egyéb terápiás eljárások (pl. viselkedési- és pszichoedukációs technikák, interperszonális szemléletű módszerek) szintén ismertek, ezek célja a külvilágból érkező elutasításokra való felkészítés és érzékenyebbé tétel, azaz hosszútávon a személy által észlelt információkhoz való viszonyulás empatikusabbá, elfogadóbbá tétele. Ami következtetésként levonható az eddigiekből az az, hogy önmagában egyik modell sem képes a teljes rendszert globálisan átfogni. Az *1. ábra* szemlélteti az NPD stressz-diatézis modelljét (Sperry, 2003).



1. ábra – Az NPD stressz-diatézis modellje (bal oldal → nyílt nárc; jobb oldal → rejtett nárc.)

Sperry (2003) megkülönböztet továbbá 5 dimenziót a nárcisztikus vulnerabilitás tekintetében: kognitív, érzelmi, kapcsolati, viselkedési és séma jellegű. A kognitív stílusa az NDP-ben szenvedő embereknek torzításokkal teli, melyek gyakran vezetnek primitív elhárító mechanizmusokhoz (hasítás és projektív identifikáció), amelyhez szükséges lehet a kognitív modellből ismert kognitív újrastrukturálás és az ún. „kognitív-tudatosság” tréning alkalmazása (Beck, Freeman és Davis, 2009). A nárcisztikus dühvel terhelt érzelmi élet miatt érdemes a viselkedéslélektani orientáltságú düh-kezelő tréningek alkalmazása; míg a párkapcsolati viszonyok fejlesztéséhez empátia tréningek szükségesek, ahol az intimitás fontosságát hangsúlyozzák. Kiegészítő eljárásként a viselkedési dimenzió kontrollálásához érdemes lehet ún. viselkedési szerződést kötni a felelősségvállalás és a problémamegoldás promotálásának érdekében. A legmélyebb szint, a viselkedési sémák (és vonások) megváltoztatásának kérdése, ahol előtérbe kerülhetnek a pszichodinamikus interpretációk, ami mellett a kognitív újrastrukturálás is megjelenhet (Sperry, 2003). Az egyéni terápia a fenti kritériumok alapján közel 100 ülést vesz igénybe, ami pár- vagy csoportterápiával azonban akár 30 ülésre is csökkenthető (Sperry, 2003). A 2. ábra szemlélteti a célzott terápiás intervenciók lehetőségét az NPD-ben szenvedő betegek esetén.



2. ábra – Az NPD célzott terápiás intervenciói (bekeretelve a mindfulness alkalmazási lehetőségeit)

#### 4.3. – A mindfulness technika alkalmazásának lehetséges helyei az integrált terápiás modellben

Ahogy azt már korábban is láthattuk, a mindfulness technika elsősorban a kognitív terápiák mellett szokott megjelenni (Hayes, 2004; Pomerantz, 2011), így nem meglepő, hogy az NPD esetén is elsősorban a kognitív-viselkedéslélektani intervencióknál kerülhetne jelentősebb alkalmazásra. A gondolatok újrastrukturálása során, ahogy arról már korábban szó volt, a terapeuta egyik célja a gondolatok tudatosítása és a figyelem felhívása az esetleges torzításokra. Ez a folyamat gondolati tudatosságot igényel, ami a mindfulness meditáció során kifejezetten hatékonyan fejleszthető: a gondolatok értékelés nélküli szemlélése egyrészt növeli a jelen pillanatban átélt tudatosságot, másrészt segíthet leválasztani a torzításokat magukról az alapgondolatokról. A nárcisztikus harag és az ehhez kapcsolódó (elsősorban behaviorista eszközökkel kezelt) indulatkezelő tréningeket szintén kiegészítheti a mindfulness meditáció – még ha nem is helyettesítheti teljes mértékben.

Ahogy a nárcisztikussal rokon borderline patológiánál láthattuk, az érzések általi elárasztottság (vagy annak anticipálása) jelentős viselkedésbeli változásokat indukálhat, a személyt kiszolgáltatva a hangulati változékonyságának és viselkedését kiszámíthatatlanná

téve (Pomerantz, 2011, Magnavita, 2004). A nyílt nárcizmus egyik legveszélyesebb eleme a nárcisztikus düh: Millon szerint ez a típusú vonás az, amiben a legtöbb közös elem megtalálható a pszichopátiával (Millon, 2000). Hasonlóan a DBP-hez, a mindfulness NPD-ben is felhasználható lenne az érzelmi élet rugalmasabbá tételére illetve az emóciók általánosabb elfogadására. Mivel a mindfulness természetéből adódóan együtt jár egyfajta elsajátítható nyugodt, önmagában jutalom értékű attitűddel, úgy vélem az éberség meditációs készség megtanítása és fejlesztése nagymértékben hozzájárulhat a düh és az agresszív harag csökkentéséhez. Ha az egyén képes felismerni a dühe mögötti motivációkat és megélni az ahhoz kapcsolódó gondolatokat az affektív töltetük nélkül, elképzelhető, hogy könnyebben el is tudja fogadni azokat. Amennyiben ez így van, az nagy segítséget jelenhet a sémák átalakításánál használt pszichodinamikus technikáknak éppúgy, mint a korábban már említett becki eljárásoknak.

A diszfunkcionális viselkedésekben megjelenő tünetképződések ellen ható problémamegoldó tréningek szintén párosíthatóak lehetnének a mindfulness eljárásokkal. A problémamegoldó tréningek lényege, hogy a különböző lehetséges problematikus helyzeteket (pl. az elutasításra való agresszív, vagy dühvel terhelt válasz; szorongás és szociális izoláció az el nem fogadottság érzése miatt) gondolatban modellezve a személy és a terapeuta együtt újra végiggondolhatja, még mielőtt azok megtörténnének, és átbeszélhetik, hogy milyen megoldási lehetőségek vannak, mik a költségei és mik a várható nyereségek és következmények. Úgy gondolom az ilyen típusú modellállások előtt egy rövidebb éberségmeditációs gyakorlat – vagy amennyiben az lehetséges, a terapeuta által irányított meditációban in vivo foglalkozni a gondolatokkal – sokat segíthet megszabadulni az adott helyzetre jellemző nemkívánatos emocionális töltet leválasztásáról, így tisztább és tudatosabb képet kapva a lehetséges megoldásokról.

Végül, de nem utolsó sorban a mindfulness eljárás úgy vélem alkalmazható lehet a szubklinikai populációban, illetve a kevésbé súlyos NPD esetén is akár önmagában. A nárcisztikus elvárások az a szintje a stressz-diatézis modellnek, ahol a személy összeütközésbe kerül a szociális hálójával, ezáltal megsértve a viszonyokat: az eltúlzott és grandiózus fantáziájára a környezet képtelen teljes mértékben kielégítő választ adni, amitől a személy frusztrálttá és agresszívvá vagy visszahúzódnóvá válhat. Az elvárások csökkentése önmagában ugyan nem ad oki választ a problémára, de mint intervenció pont lehetőséget adhat a konfrontáció elkerülésére. A mindfulness meditáció erre lehet egy remek eszköz, hiszen egyik fontos lényegi eleme a külső és belső történések elfogulatlan és tiszta megfigyelése és megértése. Ez a jellegzetessége a mindfulnessnek rávilágíthat a nárcisztikus

elvárásokkal teli személy belső élményvilágában húzódo eltúlzott arányokra, azaz, hogy az elvárásai sokszor teljesíthetetlenül nagyok, így mind őt, mind környezetét frusztrálhatják. Amennyiben ehhez a felismeréshez a személy éneje és önismeret nem megfelelő mértékű, kiegészíthető és kombinálható lehet a mindfulness akár egyfajta rövid, tanácsadás jellegű dinamikus eljárással, előtérbe helyezve annak interpretáló jellegét a konfrontatív technikai megoldásokkal szemben. Nagyobb énéhatékonyaságú (többnyire szubklinikai) személyek esetén a mindfulness módszer akár önmagában elég lehet a nárcisztikus elvárások, de akár egy kevésbé terhelt diatézis oldal kontrollálásához.

Kiegészítésként érdemes megjegyezni, hogy bár a DSM-IV-TR a rejtett nárcizmust nem tekinti az NPD klinikai kórkép részének (inkább egyfajta elutasítottságra adott reakcióként értelmezi), az ezzel a jellegzetességgel járó szorongás és szociális inhibíció kezelésében szintén érdemes lehet a mindfulness technika alkalmazása, a stressz- és szorongás oldásának érdekében.

A jelen dolgozat csupán elméleti („gondolatkísérlet” jellegű) felvetések összessége, amit azonban érdemes lehet szűkebb empirikus vizsgálat tárgyává tenni. A harmadik generációs „mindfulness based” terápiák sikerét látva, illetve azok alkalmazásának elterjedése a személyiségzavarok között is, felveti a lehetőségét annak, hogy valóban a mindfulness lehet a kulcs, az eddig terápiásan igen nehezen konceptualizálható, többnyire nem teljesen értett pervazív személyiségbeli kórképek kezeléséhez, amely rengeteg a klinikumban már ismert, és még több csupán szubklinikai területen érintett személy számára hozhat enyhülést és biztosíthat jobb életkörülményeket és életminőséget. A terület klinikai kutatóira váró feladat az kezelési időtartam optimalizálása, hogy a terápia minél szélesebb körben elérhetővé válhasson.

## 5 IRODALOMJEGYZÉK

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. Washington, DC: APA

Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 10. No. 2.125-143.

- Barlow, D. H., Durand, V. M. (2012). *Abnormal Psychology: An Intergrative Approach*, Sixth Edition. Belmont, CA: Wadsworth
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2009). *A személyiségzavarok kognitív terápiája*. Budapest: Animula Kiadó
- Comer, R.J. (2000). *A lélek betegségei – pszichopatológia*. Budapest: Osiris Kiadó
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. Vol. 35. 639-665.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., Schwartz, G. E. R. (2007). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation Training: Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 33. No. 1. 11-21.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Bárhová méz ott vagy. Éberségmeditáció a mindennapi életben*. Budapest: Ursus Libris
- Kelemen Gábor (2010). A narcizmus leltárai. *Orvoslás és társadalom*. 20(12). 872-876.
- Lasch, C. (1984). *Az önimádat társadalma*. Budapest: Európa Kiadó
- Magnavita, J. J. (2004). *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons
- Millon, T. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons Inc.: Hoboken, New Jersey
- Pomerantz, A. M. (2011). *Clinical Psychology: Science, practice and culture*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
- Sperry, L. (2003). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders*. New York: Brunner-Routledge
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., McQuaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients With Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 28. No. 4. 433-455.
- Wink, P. (1996). Narcissism. In: Costello, G.C. (szerk.). *Personality Characteristics of the Personality Disorders*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Wink, P. (1991). Two Faces of Narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 61, No. 4. 590-597.
- Tiringer László (2001). *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó