

A mindfulness és a hozzá kapcsolódó terápiák

Hollósy-Vadász Gábor

Összefoglaló

A mindfulness a buddhista filozófiából származó, meditációval kapcsolatos fogalom, melynek a jelentése tudatos jelenlét. A buddhizmus a lélektan számos ágára hatott, többek között a pszichoanalízisre és a kognitív pszichológiára, ennek eredményként születtek meg a MBCT, MBSR és DBT kognitív viselkedés terápiák, melyek a betegek kezelésébe bevonták a mindfulnessot. Ezek a módszerek nagyon hatékonynak bizonyultak a depresszió és egyéb hangulatzavarokkal összefüggő betegségek gyógyításában, az ezekhez kapcsolódó tünetek kezelésében, illetve a terápiák prediktív faktoroknak bizonyultak, vagyis csökkentették a visszaesés valószínűségét. Ezen gyógymódok kognitív és neuropszichológiai alapjait számos kutatás próbálta feltárni. A mindfulnessot nem csak beteg emberek kezelésére lehet használni. Közismert, hogy ha az ember naponta legalább öt percet meditál, annak rengeteg pozitív hatása van.

Kulcsszavak: mindfulness, meditálás, buddhizmus, depresszió, depresszív epizód, hangulat zavar, kognitív viselkedés terápia.

A Buddhizmus, a pszichoanalízis és a pszichológia

A Buddhizmus és a pszichoanalízis

A nyugati kultúrában a buddhista filozófia a 19. és a 20. században jelent meg (Porosz, 2010). A szerző szerint 1950-es évektől fokozatosan egyre több cikk született, amelyek a buddhista tanokat a pszichológia és a pszichoanalízis alaptéziseivel hasonlították össze. Fromm és Suzuki (1989) szerint jelentős rokonság fedezhető fel a zen-buddhizmus (a Buddhizmus egyik ága, mely Japánban, Kínában és Vietnámban terjedt el) és a pszichoanalízis között. Az előbb idézett szerzők szerint mindkettőre jellemző az etikai orientáció, vagyis hogy morálisan megfelelő viselkedésre buzdítja az egyént, így a zen szerint az embernek képesnek kell lennie

arra, hogy legyőzze a kapzsiság érzését. A freudi pszichoanalízisben ez szintén megjelenik, oly módon, hogy a kezdeti fejlődési állomások során (pl. orális és anális szakasz) az egyén kapzsi módon csak azzal törődik, hogy saját törekvéseit kielégítse. Ezt a fejlődés során felváltja a cselekvő és független én, akinek már nem az a fő célja, hogy saját ösztöntörekvéseit kielégítse. Szintén közös a két rendszerben, hogy elutasítják a tekintélyt, ennek ellenére mindkettőben megtalálható egy autoriter személy, aki a másikat irányítja és vezeti. Az analízisben ezt a terapeuta képviseli, míg a zenben a mester, aki oktatja tanítványát. A mesternek és az analitikusnak is az a célja, hogy ez a fajta tekintély alapján működő rendszer addig álljon fenn, amíg a páciens meg nem gyógyul, illetve amíg a tanítvány el nem éri a megvilágosodást (olyan állapot, amikor a személy képes legyőzni minden szenvedélyét). A pszichoanalízis egyik fő törekvése, hogy a személy tudata képes legyen tudattalanjának ösztöntörekvéseit korlátozni. Ez a zen-buddhizmusban is megjelenik, azzal, hogy a személy a megvilágosodásra törekszik, de a cél elérésének módszere a két irányzatban különbözik. A zen módszere: „az érzékelés elidegenedett módja elleni frontális támadás az ülés, a kóan (olyan probléma, amit a mester és tanítvány együtt oldanak meg) és a mester tekintélye révén” (Fromm & Suzuki, 1989. 196. o.). Ezzel ellentétben a pszichoanalízis rávezeti a páciens arra, hogy figyelme az elfojtó mechanizmusok hatására eltorzult, aminek következtében nem veszi észre ösztöntörekvéseit, melyek tudattalanul irányítják a tudatát.

A buddhizmus és a pszichológia

Porosz (2010) a buddhizmus és a pszichológia főbb jellemzőit hasonlította össze. A buddhizmus kiinduló pontja az egzisztenciális bizonytalanság, ami abból fakad, hogy az emberben nem létezik egy biztos, az idő múlásával is stabil lényegiség, amivel azonosulhatna. Ezt hívják dukhának, amit a szenvedés szóval szoktak lefordítani. Az embernek, annak ellenére, hogy nincs biztos pontja, szüksége van az azonosulásra, ezért különböző készletekkel, motivációkkal, esetleg tudattartalmakkal olvad össze. A buddhizmus szerint ez a téves azonosulás vezet a különböző mentális betegségekhez. Ezzel ellentétben a pszichológia különösen Freud óta számos esetben a mentális diszfunkció mögött gyermekkori traumát feltételez. Ezzel szemben a buddhizmus úgy véli, hogy a fogantatás előtti előző életből származó sérülések is befolyásolják az ember személyiségfejlődését. Szintén jelentős különbség az, hogy a pszichológia bevezette a szelf koncepcióját, vagyis azt, hogy az egyént önálló entitásként kezeli. Ez Buddha követőinek értelmezhetetlen, mivel ők kollektivisták

társadalomban élnek, aminek következtében szerintük az egyén önálló entitásként nem létezik, saját magát csoportján keresztül értelmezi. A buddhisták szerint a szenvedésnek az oka a nem tudás, vagyis az az állapot, amikor az egyén egyedi nézőpontból próbálja értelmezni a világot. Szerintük ezen úgy lehet segíteni, hogy az illető a megfelelő szociális közegbe kerül, ahol már kollektivistá módon fogja értelmezni a világot. A fentebb hivatkozott kutató szerint a buddhizmus minden olyan embert, aki nem felvilágosodott, „betegnek” tart. A felvilágosodás itt azt jelenti, hogy az ember képes önmaga meghaladására, vagyis át tudja adni magát az ürességnek és alkalmas a befelé figyelésre. A huszadik század második felében ehhez a gondolathoz nyúltak vissza az egzisztencialista és humanisztikus pszichológusok.

Porosz (2010) szerint ezeken kívül az is jelentős különbség, hogy pszichológiában a tudományterület születése óta jelen van a test és tudat dualizmusáról szóló vita (egyébként ez a disputa már az ókori görög filozófiában is megjelenik). Buddha követői erről a kérdéstről azt mondják, hogy „nincsen egy változatlan „önmagam”-entitás, ami a halál után újraszülethetne (pl. lélek, vagy tudat), viszont az egyes emberek tetteinek haláluk után mégis van következménye, van további hatása egy-egy későbbi születésre” (Porosz, 2010, 89. o.). A pszichológia és a buddhizmus más módszertant használ a tudat működésének vizsgálatára, mivel a pszichológia fő kérdése, hogyan működik a tudat, míg a buddhizmusé a hogyan nem üzemel az elme. Ennek hátterében az húzódik meg, hogy a meditáló gyakorlatok során pszichológiai értelemben nem detektálható tudati tevékenység, ami felveti, hogy a lélektani értelemben vett elmeműködést magyarázó modelleket újra kellene értelmezni.

A mindfulness és a hozzá kapcsolódó terápiák

A mindfulness

A mindfulness (a szakirodalom alapján nem egyértelmű, hogy a szónak, mi a pontos magyar fordítása, ezért a következőkben én a tudatos jelenlét kifejezéssel fogok utalni a fogalomra) a zen - buddhista filozófiából származó fogalom, amit a pszichológia is átvett. A tudatos jelenlét arra utal, hogy a 21. század nyugati kultúrájában felnőtt ember folyamatosan a múltra és a jövőre koncentrál a jelen helyett (Kabat-Zinn, 2009). Pl. folyamatosan az jár a hallgató fejében, hogy mikorra lesz kész a beadandó dolgozata, ahelyett, hogy a jelen pillanat történéseire figyelne. Abban az esetben, amikor a tanuló elfeledkezik arról, hogy neki időre le kell adnia a beadandó dolgozatát és befelé, illetve a jelenre figyel, akkor átéli a mindfulness érzését. Ezt a meditáció első lépésének is szokták tekinteni. Kabat-Zinn (2009) szerint a

tudatos jelenlét segítségével megtanulhatjuk kezelni a kieső időt, vagyis le tudjuk csökkenteni az olyan periódusokat, amelyek „anélkül befolyásolják az életünket, hogy tudnánk róla, vagy képesek lennénk tenni valamit ellene” (Kabat-Zinn 2009, 8. o.).

A mindfulness technikát elsősorban kognitív pszichológia használja a lélektanon belül. Perczel (2010) szerint a mindfulness a kognitív tudományban „egy olyan tudati beállítódásként jelenik meg, amely növeli az emocionális distresszt keltő és maladaptív viselkedéshez vezető mentális folyamatokkal kapcsolatos tudatosságot, illetve az ezekre való megfelelő reagálás képességét” (Perczel, 2011, 23. o.). Az előbb idézett szerző szerint ez egy radikális váltás, mert korábban a kognitív pszichológia arra törekedett, hogy a személy megváltoztassa a negatív tudattartalmait, most viszont az lesz a cél, hogy páciens ezeket csak szemlélje, illetve fogadja el őket. Ezáltal a páciens a rosszul működő sémákat nem problémának tekinti, illetve figyelmét nem rájuk irányítja, hanem a szomatikus működésre.

Bishop és Lau (2004; idézi Perczel, 2011, 24. o.) megalkották a kétkomponensű modelljüket abból a célból, hogy megmagyarázhassák a tudatos jelenlét készségét, amit egy fejleszhető képességnek gondolnak. A modell első komponense a figyelem önszabályozása, ami kiterjed annak a fenntartásra, váltására és elaborációjára, valamint biztosítja, hogy a figyelem az aktuálisan történő jelenségekre irányuljon. A második komponens az orientáció, ami magába foglalja a kíváncsiságot, a nyitottságot és az elfogadást. A meditáció során a fenti két komponensnek fontos feladatai vannak, mivel ezek biztosítják, hogy az egyén befelé tudjon koncentrálni. A meditáció alatt arra helyeződik a hangsúly, hogy a személy fogadja el az őt ért hatásokat és élményeket anélkül, hogy ezeket részletesebben elemezné (Perczel, 2011). Perczel szerint a meditáció közben a személynek az feladata, hogy figyelmét a cselekedetére - ez általában a légzés, vagy egy testrészére - irányítsa. Ha a légzésről a páciens figyelmét egy gondolat, vagy egy inger eltereli, akkor ezeket tudomásul kell vennie anélkül, hogy azt tudatosan vissza akarná irányítani a légzésére. A meditálót arra biztatják, hogy mindennapi tevékenységük során is alkalmazzák ezt a módszert, úgy, hogy tudatosságot vigyen az itt és mostba, ha annak a hiányát észlelik.

A mindfulness terápiák

A mindfulness a MBSR - program (Mindfulness- Based Stress Reduction; magyarul: mindfulness alapú stressz redukciós program) tette alkalmassá arra, hogy a klinikumban is

elterjedjen. A MBSR-t Kabat-Zinn (1990; idézi Porosz, 2010, 101. o.) fejlesztette ki, oly módon, hogy elhagyta a buddhizmusból származó spirituális célok kijelölését, valamint a klasszikus pszichoterápiás kezelési eljárásokat. A program nyolc hétig tart, ennek ideje alatt a betegek 20 fős csoportokban megtanulják az önvizsgálatot, ezen keresztül megismerik a saját stressz kezelési módszerüket. MBSR program során a betegeknek megtanítják az ülő és a fekvő meditációt. Az előbbi során elsajátítják a páciensek a gondolatok és érzelmek folyamatos megfigyelését, míg a fekvő helyzetben a testi érzelmek pásztázó monitorozását sajátítják el. (Ez azt jelenti, hogy a különböző testrészekben reprezentálódnak az érzelmeink, viszont ezek nagy része tudattalan marad számunkra, de a gyakori pásztázás által megismerhetjük ezeket.) Ezeket kiegészítik a könnyebb fajta jóga gyakorlatok. Az MBSR használja még a szeretet meditációt, amelynek során a páciens egy szeretett lényel kapcsolatos pozitív érzelmeire gondol, majd ezeket kiterjeszti a többi emberre, sőt még ellenségeire is. A MBSR program eredményeként a beteg hozzáállása a betegségéhez megváltozik, elősegítve ezzel gyógyulását, illetve a tünetek csökkenését.

A Mindfulness-based cognitive therapy (magyarul: éberségalapú kognitív terápia, rövidítése: MBCT) egy másik tudatos jelenlét technika, ami szintén egy elterjedt klinikai eljárás. Az MBCT-t Safran és Segal (1990; idézi Porosz, 2010) fejlesztette ki többszörösen visszaeső depressziósok számára. A 8 hetes terápia során a hangulatbetegek megtanulták, hogy a figyelmüket a légzésükre irányítsák, ezáltal elsajátították, hogy érzéseiket, gondolataikat lehetséges a jelenben értékelésmentesen vizsgálni. „Így számukra felismerhetővé válik, hogy a depresszív visszaesések miként kapcsolódnak a gondolkodás, az érzések és a viselkedések automatikus üzemmódjának visszatéréséhez” (Porozs, 2010, 103. o.). A terápia későbbi részében a betegek a terapeuták vezetésével egy tervet dolgoznak ki, aminek segítségével megfelelően tudnak reagálni a visszaesés jeleire, és ilyen módon elkerülhetővé válhat a komolyabb állapotromlás.

A Dialectical behaviour therapy-t (rövidítése: DBT, magyar jelentése: dialektikus viselkedésterápia) Linehan (1993; idézi Porosz, 2010, 104. o.) hozta létre olyan betegségek kezelésének a céljából, melyekben önkárosító viselkedések fordulnak elő. Ilyen viselkedési forma lehet pl. a túlzott alkoholfogyasztás és esetenként kemény drog használata. DBT terápia nem alkalmazza a meditációt, ami a mindfulness terápiák gyakori eszköze, viszont hasznosítja a klasszikus kognitív terápiák módszertanát. A betegnek a terapeuta megtanítja, hogyan ismerheti fel negatív érzelmeit, hogyan csökkentheti azokat, és miként tudja ezzel egy időben a pozitív érzelmeiket megerősíteni. A társas interakció során a betegnek megtanítják, hogyan legyen középutas, vagyis a viselkedése egyik szélsősége irányba se forduljon el. Pl.

megtanulja a páciens, hogy apaként nem szabad se túlzottan kontrollálónak, se végtelenségig engedékenynek lenni. A terápia a tudat három különböző funkcióját különíti el, ezek a racionális, az érzelmi és a bölcs tudat. A terápia hangsúlyt fektet a spontán cselekedetekre, mellyel elősegíti a bölcs tudat működését. A terápia ezen lépéseinek a hatására nagymértékben csökkenthetők az önkárosító tevékenységek.

A mindfulness terápiák kognitív háttere

Az OCD és borderline személyiség zavar

Hertenstein és munkatársai (2012) az MBCT terápia hatását vizsgálta az OCD-re (obsessive-compulsive disorder; magyarul /obszesszív- kompulzív/ rögeszmés-kényszeres zavar). A kutatásban 12 OCD-s beteg vett részt, akiket MBCT terápiával kezeltek, majd két héttel később a kutatók egy félig strukturált interjút készítettek a páciensekkel. Az eredmények szerint a nyolc hetes terápia végére 8 beteg tünete jelentősen csökkentek, így aktívabban éltek mindennapjaikat, ritkábban keletkeztek negatív érzelmeik, javult az emocionális kiegyensúlyozottságuk, valamint ritkábban ébredtek fel éjszaka. 4 beteg állapota változatlan maradt, a kétéves után-követési időszakban. Az MBCT védő faktornak is bizonyult, mivel ezeknél a betegeknél nem alakult ki az OCD-re jellemző major depresszió. Ennek hátterében az állhat, amit a betegek a riportok során említettek, miszerint ha rájuk tört egy kényszerítő gondolat (egy ötlet, ami azt sugallja az egyénnek, hogy valamit meg kell tennie, különben baj történik), akkor a betegek elkezdték alkalmazni azt a légzési technikát, amit a terápia során tanultak, így sikeresen megakadályozták, hogy a kényszerítő gondolat szerint szükséges cselekedetet végre kelljen hajtaniuk

Sachse, Keville és Feigenbaum (2010) a MBCT hatását vizsgálták borderline personality disorderrel (röviden BPD; magyarul borderline személyiség zavar) küzdő betegek esetén. A betegség jellemzője többek között, az instabil interperszonális kapcsolatok, a bizonytalan szelf érzet, és az érzelmi impulzivitás. Eredményeik alapján a nyolc hetes terápia végére a betegeknek megerősödött a figyelmi kontroll képessége. Ez különösen fontos, mivel BPD-s pácienseknek ez a képessége elmarad az egészségesekéhez képest, holott ez az alapja a kognitív rugalmasságnak, ami szintén sérült ennél a csoportnál. A javulás ellenére a betegek teljesítménye továbbra se érte el az egészségesekét.

A depresszió

Teasdale és munkatársai (2000) a MBCT hatását vizsgálták major depressziósokon. A vizsgálatukban a betegek egy részét MBCT-vel kezelték, más részüket TAU- val (treatment as usual; magyarul hagyományos kezelés). Eredményeik alapján a MBCT-vel kezelt betegek esetén csökkent annak a valószínűsége, hogy a depressziós epizód a későbbiek során visszatér, de csak akkor, ha a betegek már legalább kétszer átéltek depressziós epizódot. Náluk 37%-al csökkent a visszaeső beteg száma. Azok esetében, akik egyszer vagy kétszer éltek át depressziós szakaszt életükben, az MBCT hatástalannak bizonyult. E mögött az húzódik meg, hogy az MBCT azáltal bizonyul hatásosnak, hogy megszünteti a szelfre vonatkozó negatív gondolatokat. A kutatók szerint az MBCT-nek ez által egy megelőző hatása is van az újabb depressziós epizód kialakulásában azok esetében, akik legalább három alkalommal átéltek érzelmileg levert állapotot életük során, akik nem, azok esetében nincs a terápiának preventív hatása.

Ramel, Goldin, Carmona, és McQuaid (2004) a mindfulness hatását vizsgálták depressziósok és szorongók esetében, pontosabban azt kutatták, hogy az affektív zavarok, a diszfunkcionális attitűdök és a gondolkodás hogyan változik meg a MBSR terápia hatására. Hipotézisük szerint az előbbi két változó csökken, illetve az önmagukról való gondolkodás pozitív irányba fordul át. A feltételezésüket bizonyítja a regresszió elemzés, mely szerint a mindfulness önmagában az összvariancia 15%-t magyarázza. Továbbá a mindfulness terápiával kezelt személyek a házi feladatokat sokkal nagyobb valószínűséggel végrehajtották, mint a kontroll csoport tagjai. A mindfulness terápia végére, ami nyolc hétig tartott, a betegeknek csökkentek az affektív zavarból és depresszióból eredő tünetei, szorongásuk szintje és maladaptív gondolataik száma. E mögött az áll, hogy depresszió és szorongás gyakran együtt járnak, amit ez a kísérlet is igazolt, mert a kettő között korrelációt ($r = 0,46$) találtak a kutatók. A vizsgálati alanyok két harmada már korábban részt vett kognitív viselkedés terápián, mely célja a depresszió tüneteinek a csökkentése volt, továbbá a kísérleti személyek 57% százaléka vett részt korábban pszichoszomatikus kezelésen. Eredményeik szerint azok, aki már korábban részt vettek valamilyen kognitív terápián szignifikánsan kevesebb negatív gondolatról számoltak be a MBSR terápia végén, mint azok, akik korábban nem részesültek kognitív terápiában. Szerintem ez az eredmény bizonyítja Teasdale és munkatársai (2000) következtetéseit is, akik szerint a mindfulness terápia azok esetében hatásos, akik már legalább kétszer áttestek depressziós epizódon.

Kuyken és munkatársai (2008) azt vizsgálták, hogy a MBCT terápiának van-e preventív hatása a depresszióval szemben. Összesen 123 vizsgálati személy vett részt a kutatásban, akik életük során már legalább háromszor átéltek depressziós epizódot, illetve antidepresszánsokat szedtek a vizsgálatot megelőző hat hónapban. Az MBCT hatására a betegek 75%-nál a kezelés végére el lehetett hagyni az antidepresszáns gyógyszerek használatát a tizenöt hónapos után-követési időszakban. Ezen kívül az MBCT-vel kezelt betegek 50%-a számolt be arról, hogy jól érzi magát a terápiát követő időszakban. Ez az arány a gyógyszeres kezelés esetén csak 40%. Az MBCT csökkentette a depresszióval együtt járó pszichoszomatikus tünetek megjelenésnek a valószínűségét. Ez viszont egy prediktív faktornak tekinthető, vagyis az MBCT terápia védőhatással bír a depresszió újabb megjelenésével szemben. A háttérben két különböző mechanizmus állhat a szerzők szerint, melyek közül az első, hogy a pácienseknek az MBCT hatására megnövekszik az öntudatossága, vagyis képesek lesznek arra, hogy érzékeljék a visszaesés tüneteit, így időben segítséget tudnak kérni. A második lehetséges ok, hogy kliens megtanulja, hogyan tudja használni a társas támogatást, vagyis a páciens a depressziós epizód alatt sem fogja megszakítani a szociális kapcsolatait, ami viszont a depresszió megjelenésben, illetve felerősödésben egy védő faktort jelent.

Willims (2008) szerint az emocionális problémákkal küszködőknek a legfontosabb feladata, hogy időben azonosítani tudják a maladaptív jeleket, melyek lehetnek gondolatok, érzések, testi tünetek, valamint cselekvéssorozatok is. A meditáció során a személyek megtanulják, hogyan lehetséges figyelmüket tartósan egyvalamire (pl. légzés) irányítani. Ezen kívül képesek lesznek a tárgyak közötti figyelmi váltásra (pl. egyik tárgyról egy másik tárgyra vált a figyelem), illetve a figyelmi szintek közötti cserére. Ezen gyakorlatok során a betegek elsajátítják az önmaguk észlelésének technikáját, mind exteroceptív, mind interoceptív és proprioceptív módon is. Így képessé válnak korán észlelni a maladaptív forgatókönyvek aktivizálódását, és így lehetővé válik számukra, hogy azok tényleges működésbe lépése előtt a helyzet értelmezéséhez másfajta sémát válasszanak.

A mindfulness neuropszichológiai háttérre

Creswell (2007) kísérletében két csoportot alakított ki, melyek közül az első erőteljes mindfulness-t élt át meditáció során, míg a másik csak gyengébbet. A mindfulness alatt a kísérleti személyeknek arcokról kellett affektív döntéseket hozniuk, miközben fMRI-vel vizsgálták őket. Eredményeik szerint a mindfulness hatására erőteljes csökkenést figyeltek meg a PFC-ben (prefrontális cortex) és az amygdalában azon személyek esetében, akik

erőteljes mindfulnessot éltek át, míg a másik csoportban ilyen eredmény nem volt kimutatható. A kutatók a MPFC (medio prefrontális cortex) aktivitása és mindfulness-re való hajlam között kaptak együtt járást. A fent említett agyi területek felelősek a szubjektív fájdalom érzetért, valamint összefüggnek a szorongással, továbbá ezen agyterületek működése korrelál azzal, hogy a beteg mennyire érzi úgy, hogy fizikailag javult az állapota.

Farb és munkatársai (2010) fMRI-vel azt vizsgálták, hogyan változik meg az agyi aktivitás az MBSR terápia hatására. A kísérleti személyek bár az MSBR programban vettek részt, de nem voltak depressziós személyek. A baloldalra lateralizálódott nyelvműködéssel kapcsolatos területek (pl. Broca és Wernicke area) aktivizálódtak, amikor a személy levertnek érezte magát, míg a szomatoszenzoros cortex, a jobboldali insula, a dorsolaterális prefrontális kéreg és az anterior cinguli deaktiválódott. Eredményeik szerint az csoport, amelyik a vizsgálatot megelőzően MSBR programban vett részt kisebb neurális aktivitást mutatott a fent említett agyterületeken a kontroll csoporthoz képest, amikor a kutatók megpróbálták őket szomorú állapotba hozni. Továbbá a tudatos jelenlét terápiával kezelt csoport esetén a kortikális középvonali régióban (a Fissura longitudinalis cerebri melletti területek) kisebb neurális aktivitás találtak, a kontroll csoportéval összehasonlítva, amikor a kutatást vezető megkísérelték őket lehangolt érzelmi állapotba hozni. Az előbb említett agyrégió felelős az önéletrajzi emlékek előhívásért. Az előbb felsorolt deaktivizációt mutató területek a depressziósok esetén túlzott aktivizációt mutatnak. Vagyis a MBSR terápia azért hatékony, mert sikeresen csökkenti azon agyterületek neurális tevékenységét, melyek depressziós epizód során túlzottan aktívak és így megakadályozza azt is, hogy a személynek negatív töltetű emlékei jussanak az eszébe.

Az eddigiek során olyan cikkeket mutattam be, melyek a mindfulness terápiát alkalmazták különböző hangulatzavarok gyógyításának a céljából. McMillan, Robertson, Brock, és Chorlton (2002) azt vizsgálták, hogy a mindfulness terápia alkalmazható-e agysérültek rehabilitációja során. A kísérlet résztvevői az Egyesült Királyságban élő TBI (traumatic brain injury; magyarul: traumás agysérülés) betegek voltak, akiknek a balesetük következtében károsodott a koncentráció képességük, ami komoly problémát okozott nekik a mindennapi életükben. A vizsgálat alanyai egy négy hetes ACT (Attentional control training; magyarul: figyelmi kontrollt javító) programon vettek részt, ami mindfulness technikát alkalmazva javítja a betegek figyelmi képességeit. A szerzők nem ajánlják, hogy terapeuták a rehabilitáció során használják az előbb említett terápiát, mert a négy hetes kezelés után egy évvel már semmilyen kimutatható hatása nem volt a kezelésnek. A szerzők szerint lehetséges,

hogy a terápiának azért nincs hosszú távú hatása, mert az nem elég intenzív, ezért célszerű lenne az ACT terápiát úgy megváltoztatni, hogy az hatásosabb legyen.

Mindfulness a mindennapokban

Kabat-Zinn (2009) szerint a mindfulness, mint egyfajta meditáló technikát az egészséges emberek is használhatják egészségük megőrzésének érdekében. Az viszont fontos kérdés, hogy mennyit és milyen gyakran. Az előbb idézett szerző szerint erre a kérdésre egyértelmű választ nem lehet adni, mert ez attól függ, hogy az egyénnek mennyi szabadideje van. A legideálisabb az lenne, ha a személyek naponta 45 percet meditálnának, bár ez egyes helyzetekben kivételezhetetlen (pl. szigorlatra készülő hallgató esetén). A szerző szerint, ha nincs ennyi szabadidőnk, akkor is érdemes meditálni naponta legalább 5 percet, mivel nem azon van a hangsúly, hogy a meditáció milyen hosszú, hanem azon, hogy milyen mély. Pl. 5 perc alatt is lehet sokkal mélyebb meditációt elérni, mint 45 percnyi idő befektetéssel.

A fentebb hivatkozott szerző szerint a legegyszerűbb meditációs formák, amelyek otthon is kivitelezhetőek, az álló és a fekvő meditáció. Az álló meditáció lényege, hogy meditálni készülő szembeáll egy fával, becsukja a szemét és a lélegzetére figyel. Amikor először jut eszébe a meditálónak az a gondolat, hogy tovább menne, akkor egy kis ideig még ajánlatos ott maradnia és végig gondolnia, hogy az a fa, amelyikkel ő szemben áll, még akkor is élni fog, amikor ő már rég nem él. Az álló meditációban az a nehézség, hogy sok helyen nem hajtható végre, mert nincs csend, illetve nincs olyan fa a közelben, ami előtt az ember szívesen meditálna. Erre a jó példa a budapesti belváros.

Kabat-Zinn (2009) a fenti problémára kínál megoldást a fekvő meditációval, mivel ebben az esetben nincs szükség szép fákra a környéken, csak egy felületre, ahol le lehet feküdni. Ennek során érdemes a testpásztázási technikát alkalmazni, vagyis azt a módszert, hogy az ember gondolatban végig járja a saját testének különböző részeit. A fekvő meditáció gyakori jelensége, hogy átcsap alvásba, ami sokkal pihentetőbb lesz, mint egy olyan alvás, amely előtt nem végzett az alvó meditációt.

Lezárás

A mindfulness megjelenése és térhódítása a pszichológián belül az első olyan eset, amikor egy keleti vallás, illetve filozófia tanait adaptálják a lélektanba, sőt sikeres terápiákat is létre hoznak általa. Ennek eredményeként születettek meg a MBCT, MBSR és DBT kognitív- viselkedés terápiák, melyek hatékonyan kezelik a depressziót és egyéb hangulatzavarokat, illetve prediktív hatásuk van ezen betegségekkel szemben. Mára már ismertté vált, hogy ezen terápiák sikeressége mögött milyen kognitív, neurológia, valamint élettani folyamatok állnak.

Számomra, mint leendő szervezetpszichológusnak az a legérdekesebb, vajon a mindfulness be lehet-e vonni egy szervezet mindennapi működésébe. Vagyis érdemesnek tartok kialakítani egy olyan meditációs technikát, amivel sikeresen lehetne csökkenteni az irodai munkavállalók stressz szintjét, ezáltal emelve teljesítményüket. Ennek a módszernek fontos eleme, hogy félóránál ne legyen hosszabb a meditáció, mivel a legtöbb főnök nem viseli el, ha a beosztott ennél több időre válik ki a munkából. Ezek mellett ennek a módszernek olyannak kell lennie, hogy egy irodában is végrehajtható legyen, mivel a legtöbb munkahely a belvárosokban van, ahol nincs zöld övezet, így az álló meditáció már eleve nem használható. Továbbá az is szükséges, hogy a meditációt ülve lehessen végezni, mert a legtöbb munkahely (legalábbis Kelet-közép Európában) nem biztosít egy szabad szobát ágygal, ahol a munkavállalók elmélkedhetnének. Egy ilyen módszer gyorsan népszerűvé válhatna, illetve jelentősen csökkenthetné a munkahelyi stresszből származó kimerültséget. Így elérhető lenne, hogy a munkavállalók a munkájukat szívesen végezzék és ne egy kötelező nyűgnek tekintsék.

Irodalom jegyzék

- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. (2007): Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine*. 69. 560–565.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, J., & Segal, Z. V. (2010) Minding One's Emotions: Mindfulness Training Alters the Neural Expression of Sadness. *Emotion*, 10(1), 25-33.
- Fromm, E., Suzuki, D.T. (1989): *Zen-buddhizmus és pszichoanalízis*. Budapest, Helikon Kiadó.

- Kabat-Zinn, J. (2009). *Bárhová méz ott vagy. Éberségmeditáció a mindennapi életben.* Budapest, Ursus Libri Könyvkiadó.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E. Holden, E., White, K., Baret, B., Byng, R., Evans, A., & Mullan, E. (2008): Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (76)6*, 966–978.
- Linehan, M.M. (1993): *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* Guilford Press, New York.
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N., & Külz, A. K. (2012) Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients experiences. *Psychiatry, 12*, 185-195.
- McMillan, T., Robertson, I. H., Brock, D., & Chorlton, L. (2002) *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal, 12(2)*, 117-125.
- Perczel, F. D. (2011) A kognitív terápia fénykora: a második és harmadik hullám. *Magyar Pszichológiai Szemle, 66(1)*, 11–29.
- Porosz, T. (2010) A Buddhista pszichológia és gyakorlati alkalmazása nyugaton. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 11(2)*, 85—113.
- 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, 28(4)*, 433–455.
- Sachse, S., Keville, S., & Feigenbaum, J. (2010) A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84(2)*, 184-200.

Safran, J. D., Segal, Z. V. (1990): *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books, New York.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.

Williams, J. M. G. (2007) Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.