

A tudatos jelenlét képzésének jelentősége a mentális egészségügyi szakemberek érzelmszabályozásának és pszichés jóllétének fejlesztésében

Perczel-Forintos Dóra¹ ■ Horváth Andrea² ■ Lisincki Anna Mária³

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Doktori Iskola, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Bevezetés: A közvetlen betegellátásban dolgozó mentálhigiénés szakemberek gyakran ki vannak téve tartós stresszhelyzeteknek, ami szorongáshoz, depresszióhoz vagy kiégéshez vezethet. A megelőzés érdekében fontos az öngondoskodás fejlesztése, amelyben kiemelkedő jelentőséggel bír a tudatos jelenlét gyakorlása, s amely elősegíti az adaptív kognitív érzelmszabályozó stratégiák alkalmazását, növeli a pszichés jóllétet, és csökkenti az impulzivitást.

Célkitűzés: A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia (mindfulness based cognitive therapy, MBCT) vizsgálata mentálhigiénés szakemberek tudatos jelenlét készségeire, érzelmszabályozási stratégiáira, impulzivitásuk és pszichés jóllétük szintjére.

Módszer: A vizsgálatban 91 mentálhigiénés szakember vett részt (átlagéletkor: 44,5 év), nyolcalkalmas csoportos, tudatos jelenlét alapú kognitív terápián. Mérőeszközök a csoport előtt és befejezése után: *Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív (FFMQ)*, *Kognitív Érzelmszabályozás Kérdőív (CERQ)*, *Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8)*, *WHO Jólét Kérdőív (WBI-5)*. Az adatfeldolgozás SPSS 25-ös statisztikai programmal történt.

Eredmények: Az intervenciót követően a tudatos jelenlét szintje szignifikánsan emelkedett, különösen az ítéletmentesség, a tudatos cselekvés és a megfigyelés területén. Szignifikáns javulás mutatkozott az adaptív érzelmszabályozási stratégiákban, különösen a pozitív újraértelmezés és az elfogadás terén. Az impulzivitás önmagában nem csökkent, de szignifikáns negatív együttjárást mutatott a tudatos jelenlét tudatos cselekvés és leírás alskáláival, valamint az MBCT után az FFMQ megfigyelés alskálája szignifikáns pozitív együttjárást mutatott a CERQ adaptív kognitív érzelmszabályozási stratégiákkal, ezen belül kiemelten a perspektívába helyezéssel és a pozitív átértékeléssel.

Megbeszélés és következtetés: A tudatos jelenlét alapú kognitív terápiás képzés jelentősen fejlesztette a tudatos jelenlét készségeket és az adaptív érzelmszabályozó stratégiák alkalmazását a mentális egészségügyi szakemberek körében. A résztvevők ítéletmentessége, tudatos jelenléte és megfigyelőképessége, valamint a pozitív fókuszváltás és az elfogadás alkalmazása szignifikánsan javult. Ezek a változások mérsékeltek a negatív érzelmi állapotot és a stresszt, valamint növelték a szakmai nehézségekkel való megküzdés hatékonyságát. Az elfogadás fejlődése nyitottabb, ítéletmentesebb hozzáállást eredményezett önmagukhoz és másokhoz, ami tovább erősítette a stresszcsökkentő hatást.

Orv Hetil. 2025; 166(44): 1736–1745.

Kulcsszavak: tudatos jelenlét alapú kognitív terápia, érzelmszabályozás, jóllét, impulzivitás, mentális egészségügyi szakemberek

The effect of mindfulness-based training on emotion regulation and well-being in mental health professionals

Introduction: Mental health professionals in direct patient care are frequently exposed to prolonged stress, increasing the risk of anxiety, depression, and burnout. Mindfulness practice supports self-care by promoting adaptive cognitive emotion regulation strategies, enhancing psychological well-being, and reducing impulsivity.

Objective: To examine the effects of MBCT on mindfulness skills, emotion regulation strategies, impulsivity, and psychological well-being among mental health professionals.

Method: 91 professionals (mean age: 44.5 years) participated in 9 group mindfulness-based cognitive therapy sessions. Measurements before and after the program included: *Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, *Cogni-*

tive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), *Shortened Barratt Impulsivity Scale (BIS-R-8)*, and *WHO Well-Being Index (WBI-5)*. Data were analyzed using SPSS 25.

Results: Mindfulness levels increased significantly, particularly in nonjudgment, mindful action, and observation. Adaptive emotion regulation strategies improved, especially positive reinterpretation and acceptance. Impulsivity did not decrease directly but showed significant negative correlations with mindful action and description subscales at post-test. The FFMQ observation subscale correlated positively with adaptive cognitive emotion regulation strategies, notably perspective taking and positive reappraisal.

Discussion and conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy training significantly enhanced mindfulness skills and adaptive emotion regulation strategy use. Improvements in nonjudgment, mindfulness, observation, positive reframing, and acceptance contributed to reduced negative emotional states and more effective coping with professional challenges. Increased acceptance fostered a more open, nonjudgmental attitude toward self and others, further supporting stress reduction.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy, cognitive emotion regulation strategies, well-being, impulsivity, mental health professionals

Perczel-Forintos D, Horváth A, Lisincki AM. [The effect of mindfulness-based training on emotion regulation and well-being in mental health professionals]. *Orv Hetil.* 2025; 166(44): 1736–1745.

(Beérkezett: 2025. augusztus 15.; elfogadva: 2025. szeptember 3.)

Rövidítések

BIS-R-8 = (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-R-8-Brief) Barratt Impulzivitás Skála, rövidített változat; CERQ = (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; FFMQ = (Five Facet Mindfulness Questionnaire) Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív; SD = standard deviáció (a minta szórása); WBI-5 = (WHO Well Being Index) WHO Jólét Kérdőív, rövid változat

A pszichoterápiás munkát végző szakemberek – különösen kórházakban vagy a járóbeteg-ellátásban – gyakran tapasztalják empátiás készségük fokozatos kimerülését [1], ami az érzelmileg megterhelő munka természetes velejárója. A fokozott stressz és pszichés terhelés különösen azoknál gyakoribb, akik traumát átélt, bántalmazott vagy személyiségzavarban szenvedő kliensekkel dolgoznak [2]. A közvetlen betegellátásban dolgozók jelentős része élete során számos pszichés megterhelést él át [3, 4], amelynek következménye lehet depresszió, szorongás, érzelmi kimerültség, izoláció, a munkával való elégedettség csökkenése, alacsony szintű önértékelés, kapcsolati sérülés és magány [5]. Ez a stressz nemcsak a szakemberek jóllétét, hanem a betegellátás minőségét is veszélyezteti [6]. Nagy kiegészi arány figyelhető meg pszichiáterek, pszichológusok és szociális munkások körében [5], pszichiátereknél pedig az öngyilkossági ráta is kiemelkedő [7].

A szakirodalom főként a kiegészre összpontosít, miközben a hatékony megküzdési stratégiák és az öngondoskodás lehetőségei háttérbe szorulnak. A prevenció kulcsa az öngondoskodás tudatos fejlesztése: önismeret, tudatosság, érzelmi önszabályozás, stresszkezelés, valamint a pihenés és a munka közötti egyensúly fenntartása. A tu-

datosság – a belső élmények elfogulatlan megfigyelése – nemcsak a mentális jóllétet, hanem a terápiás hatékonyságot is javítja. A tudatos jelenlét (angolul: mindfulness) az elmúlt két évtizedben a pszichológiai prevenció és intervenció egyik központi eleme lett [8].

A tudatos jelenlét fogalma és pszichológiai alapjai

A tudatos jelenlét olyan figyelmi és tudati állapot, amelyben az egyén szándékosan a jelen pillanatra irányítja figyelmét, elfogadó, ítélkezésmentes módon [8]. A fogalom gyökerei a buddhista meditációs hagyományokhoz vezethetők vissza, ugyanakkor a modern pszichológiai gyakorlatban – elsősorban *Jon Kabat-Zinn* munkássága nyomán – világnézettől független, tudományos keretek között is alkalmazható módszertani alapot nyert. A tudatos jelenlét célja a rugalmasabb alkalmazkodás és a fokozott reziliencia a stresszel és a negatív affektív állapotokkal szemben. Számos kutatás igazolta, hogy a mindfulness rendszeres gyakorlása csökkenti a stresszreaktivitást és növeli a pszichológiai stabilitást [9]. A mindfulness nem pusztán technika, hanem komplex attitűdrendszer, amely a következő nyolc alapértékre épül:

1. *Tudatos jelenlét:* a jelen pillanat valóságának tényyszerű észlelése és tudatosítása, beleértve saját érzelmi állapotunkat, gondolatainkat és testérzéseinket is.

2. *Kíváncsiság és nyitottság:* a jelen valóság tapasztalatai iránti nyitottság és annak elfogulatlan szemlélete, mintha először találkoznánk velük.

3. *Ítéletkezésmentesség:* a tapasztalatok elfogadása anélkül, hogy automatikusan értékelnénk azokat mint jó vagy rossz dolgokat.

4. *Elfogadás*: a pillanatnyi tapasztalat iránti nyitottság és ítélkezésmertesség révén a valóság elfogadása anélkül, hogy meg akarnánk változtatni.

5. *Bizalom*: a belső tapasztalatok és megérzések iránti bizalom megerősítése.

6. *Nem cselekvés*: az azonnali, reflexes vagy impulzív cselekvés helyett a jelen pillanatra vonatkozó önreflexió gyakorlása minden érzékszervi modalitásban, beleértve érzelmi állapotunkat is; a kontroll elengedése.

7. *Elengedés*: az elvárások elengedése, a múlthoz vagy vágyakhoz való túlzott ragaszkodás elhagyása, a ruminatív és a tépelődés tudatosítása és abbahagyása.

8. *Metakognitív tudatosság*: távolságtartás gondolatoktól mint mentális eseményektől, amelyek nem feltétlenül a valóságot képezik le. A gondolatok „csak” gondolatok, amelyek éppúgy esetlegések lehetnek, mint a környezeti zajok.

A mindfulnessalapú beavatkozások (például a tudatos jelenlét alapú stresszcsökkentő tréning és a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia) bizonyítottan csökkentik a stresszt, a szorongást és a depressziós tüneteket, miközben növelik a jóllétet és a munkahelyi elégedettséget [10–12]. Rendszeres gyakorlásuk elősegíti az adaptív érzelmszabályozást, az empátiát, és csökkenti a másodlagos traumatizációt [10]. Metaanalízisek szerint a mindfulnessprogramok szignifikánsan mérséklék a kiégés különböző aspektusait [11], hatásuk pedig függ a program időtartamától, intenzitásától és a résztvevők elköteleződésétől. A legnagyobb eredményt a legalább 6–8 hetes, strukturált gyakorlási lehetőséget biztosító programok mutatták. Számos kutatás bizonyítja, hogy rendszeres gyakorlása csökkenti a stresszreaktivitást és növeli a pszichológiai stabilitást [9]. Hét alapvető jellemzője: tudatosság, jelenlét, ítélkezésmertesség, nyitottság, a valóság elfogadása, nem cselekvés, az elvárások elengedése. A mindfulnessalapú kognitív terápia célja ezen túlmenően a metakognitív tudatosság növelése, vagyis a saját gondolatok tudatosítása és az azoktól való távolságtartás képessége [13].

A mindfulness elősegíti a problémafókuszú, érzelmszabályozó és támogató megküzdési stratégiákat, miközben csökkenti a maladaptív, elkerülő reakciókat [14, 15]. A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékony a depressziós relapsusok megelőzésében [16], növeli a mindfulness és az önelfogadás szintjét, valamint csökkenti a ruminációt [17]. Hatásmechanizmusai közé tartozik: (1) a metakognitív tudatosság növelése; (2) az érzelmszabályozás javítása; (3) az önegyüttérzés fejlesztése, amely véd a túlzott önkritikával és a perfekcionizmussal szemben [17]; (4) a pszichológiai rugalmasság fokozása, valamint (5) a maladaptív megküzdés csökkentése [18]. A magasabb szintű jelentudatosság a pszichológusok esetében kisebb fokú kiégéssel és nagyobb fokú munkával való elégedettséggel hozható összefüggésbe [19, 20]. Ezzel szemben a krónikus stressz és a kiégés növelheti az impulzív viselkedés gyakoriságát, veszélyeztetve a szakember munkáját és jóllétét [21]. A mindfulnesshez

használt stresszkezelő módszerek mérsékelhetik az impulzivitást [22]. Bár kevés közvetlen adat van a mentális egészségügyben dolgozó szakemberek impulzivitásáról, kutatások igazolják, hogy stresszhelyzetekben az impulzív reakciók gyakoribbá válhatnak [23].

Célkitűzés

A jelen vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy a mentális egészségügyben dolgozó szakembereknek meghirdetett tudatos jelenlét alapú kognitív terápia képzése hogyan befolyásolja a jelentudatosságot, az érzelmszabályozási készségeket, az impulzivitást és a pszichológiai jóllétet. Mivel az impulzivitás ritkán vizsgált terület ebben a populációban, külön figyelmet fordítottunk annak változására és összefüggéseire. Eredményeink azonban csak elővizsgálatnak tekinthetők a kontrollcsoport hiánya miatt.

Módszer

Résztvevők

A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának Klinikai Pszichológia Tanszékén folytattuk le 2017 és 2021 között a „Tudatos jelenlét (mindfulness) alapú kognitív terápia” témájú, 42 órás akkreditált képzésen résztvevőkkel. A részvétel önkéntes volt, a jelentkezők hozzájárultak adataik anonim feldolgozásához. A mintában 91 egészséges szakember szerepelt (pszichológus, klinikai szakpszichológus, orvos, mentálhigiénés szakember), átlagéletkoruk 44,5 év (SD = 12,41). A résztvevők többsége nő (82,4%), kétharmaduk házaspáros, legtöbbjük felsőfokú végzettséggel rendelkezik (1. táblázat).

1. táblázat | A minta leíró jellemzői

		n = 91	%
Nem	Férfi	16	17,6%
	Nő	75	82,4%
Családi állapot	Házaspáros	56	60,4%
	Tartós kapcsolatban élő	22	25,3%
	Egyedülálló	8	8,8%
	Elvált	5	5,5%
Iskolai végzettség	Egyetem / MA végzettség	81	90,1%
	Főiskola / BA diploma	9	8,8%
	Érettségi	1	1,1%
Munkahely	Alkalmazott	60	65,9%
	Saját vállalkozásában dolgozik	25	27,5%
	Alkalmazott és saját vállalkozása is van	4	4,4%
	Tanuló	2	3,3%
A csoport típusa	Személyes részvétel	76	83,5%
	Zoom-részvétel	15	16,5%

BA = 3 éves képzés; MA = mesterképzés

A képzés felépítése

Az MBCT képzés az Oxford Mindfulness Center tematikáját követte [16], 14–18 fős csoportokban, személyes részvétellel, kivéve a COVID–19 időszakát, amikor online formában történt a képzés. A résztvevők kéthetente 4 órás foglalkozásokon vettek részt, összesen nyolc alkalommal, kiegészítve egy hatórás „hosszú nappal”. A csoportokat képzett mindfulness-terapeuta (az első szerző) vezette, a program a résztvevők napi 20–25 perces gyakorlását is megkövetelte. A képzés formális (testpáztázás, tudatos légzés, mozgásos meditációk) és nem formális gyakorlatokat (tudatos házimunka, várakozás) tartalmazott a tudatosság és a létezés üzemmódjának megismerésére, az alábbi tematika alapján:

1. alkalom: bemutatkozás, a létezésüzemmód és a cselekvésüzemmód különbsége, elméleti alapok, a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hét jellemzője; a tréning felépítésének ismertetése.

2. alkalom: mazsolagyakorlat, mindennapi rutintevékenység végzése tudatosan, napi otthoni gyakorlás idejének megbeszélése.

3. alkalom: kétféle megismerésgyakorlat, testpáztázás formális meditáció.

4. alkalom: visszatérés a jelen pillanatba – lélegzetvételi szünet (3 perces tudatos légzés) gyakorlat, kellemes élmények felidézése és naplózása, fókuszált figyelem és tágas figyelem meditáció.

5. alkalom: a negatív tapasztalatok elkerülése, kellemetlen élmények felidézése és naplózása, negatív gondolatok felismerése (kétféle helyzetek gyakorlata), 20 perces ülő meditáció: légzés, hangok, testérzések és gondolatok tudatosítása; tudatos mozgás meditáció: nyújtás, sétálás, járkálás, nézés.

6. alkalom: lélegzetvételi szünet pluszinstrukciókkal: tudatosság, figyelem átirányítása, kitágítása; meta-kognitív tudatosság (a gondolatok pusztán „csak” gondolatok): elfogadás gyakorlása, hagyni, hogy a dolgok úgy legyenek, ahogy vannak; „együtt lenni a nehézségekkel” ülő meditáció.

7. alkalom: elfogadás a gyakorlatban; 20 perces tudatos légzés ülő meditáció; visszaesések elkerülése.

8. alkalom: testpáztázás, a tudatos jelenlét személyes jelentőségének megbeszélése, visszajelzések, zárás.

Minden alkalom az előző heti otthoni gyakorlásról szóló visszajelzésekkel és a gyakorlás akadályainak megbeszélésével kezdődött.

Mérőeszközök

Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív (FFMQ) [24–26]: 39 tétel, öt dimenzió mentén méri a mindfulnesshez kapcsolódó készségeket: megfigyelés, leírás, tudatos cselekvés, ítéletmentesség, reaktivitásmentesség. A válaszadás 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán történik, pozitív és negatív irányú tételek segítségével. A kérdőív magyar adaptációja megfelelő belső konzisztenciát mutatott (Cronbach- α = 0,78; eredeti: 0,78), a jelen mintán mindegyik alskála megfelelően megbízható volt (Cronbach- α = 0,78–0,92).

Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív (CERQ) [27, 28]: a stresszhelyzetekben alkalmazott kognitív érzelmszabályozási stratégiák felmérésére alkalmas eszköz. Kilenck alskálája öt adaptív (elfogadás, pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív értékelés, perspektívába helyezés) és négy nem adaptív (önvád, ruminatio, katasztrofizálás, mások hibáztatása) kognitív érzelmszabályozási stratégiát mér, 5 fokú Likert-skálán. A magyar változat megbízhatósága: Cronbach- α = 0,68–0,88, a jelen mintában (α = 0,66–0,90) is megfelelőnek bizonyult.

Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) [29, 30]: az impulzivitást, azaz a gondolatok és a viselkedés kontrollálásának képességét méri. A kérdőív összesen nyolc állítást tartalmaz, fordított és egyenes tételeket vegyesen. A válaszadás 4 fokú Likert-skálán történik. A magyar adaptáció megbízhatósága: Cronbach- α = 0,82. A kérdőív megfelelő illeszkedést mutat a jelenlegi mintán is (Cronbach- α = 0,75).

WHO Jólét Kérdőív, rövid változat (WBI-5) [31, 32]: hattételes egyszerű, egyenes állításokat tartalmazó kérdőív, amely a személy általános jólétéről ad információt egy index formájában. A válaszadás 4 fokú Likert-skálán történik. A magyar mintán a Cronbach- α = 0,85, és a jelen vizsgálatban (α = 0,829) is megbízhatónak bizonyult.

Vizsgálati eljárás: a kérdőíveket a Google Forms-on (Googlepex, Mountain View, CA, USA) keresztül osztottuk ki, a résztvevők anonim kitöltést biztosító beleegyező nyilatkozatot adtak. A felmérést két alkalommal végeztük: a csoport kezdete előtt és a képzés befejezése után.

Hipotézisek: feltételeztük, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatására a mindfulness-készségek, az adaptív érzelmszabályozás és a pszichés jólét javul, az impulzivitás csökken.

Statisztikai eljárás: a kvantitatív adatokat SPSS 25 statisztikai program (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) segítségével elemeztük. Bár a hiányos kitöltések esetében, ahol választani lehetett, minden használható adatot bevettünk a számításokba (pairwise testing), a korrelációs elemzéseknel szigorúságra törekedtünk (listwise testing) [33]. Az alkalmazott összehasonlító statisztikai vizsgálatoknál 95%-os konfidenciaintervallumot vettünk alapul, az összefüggéseket pedig $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak. Hipotéziseink teszteléséhez kétmintás t -próbát, ennek nemparametrikus változatát, Mann–Whitney t -próbát, valamint Spearman-féle korrelációt végeztünk.

2. táblázat | A tudatos jelenlét, az érzelemszabályozási stratégiák, az impulzivitás és a jóllét változása a kérdőívek alapján

A vizsgált változók	A mérés ideje	n	Átlag	Szórás
FFMQ, ítéletmentesség	Kezdő	91	29,02	7,69
	Záró	71	33,23	5,19
FFMQ, tudatos cselekvés	Kezdő	91	26,28	7,00
	Záró	71	30,83	5,07
FFMQ, leírás	Kezdő	91	32,04	5,11
	Záró	71	34,26	4,40
FFMQ, megfigyelés	Kezdő	91	27,9	5,08
	Záró	71	30,47	4,63
FFMQ, reaktivitás-mentesség	Kezdő	91	21,29	4,97
	Záró	71	22,47	4,30
CERQ, adaptív stratégiák	Kezdő	86	64,17	11,17
	Záró	73	68,16	10,41
CERQ, pozitív fókusz	Kezdő	87	9,4	3,43
	Záró	74	10,77	3,85
CERQ, elfogadás	Kezdő	90	11,91	2,79
	Záró	75	12,93	2,84
CERQ, perspektívába helyezés	Kezdő	89	12,43	3,66
	Záró	75	12,91	3,60
CERQ, pozitív ártértékelés	Kezdő	90	14,43	3,67
	Záró	74	15,22	3,05
CERQ, tervezés	Kezdő	90	9,4	3,43
	Záró	75	10,77	3,85
BIS-R-8, impulzivitás	Kezdő	90	5,77	3,00
	Záró	77	6,00	2,74
WBI-5, jóllét	Kezdő	90	10,47	2,79
	Záró	77	10,62	2,86

BIS-R-8 = Barratt Impulzivitás Skála, rövidített változat; CERQ = Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív; FFMQ = Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív; WBI-5 = WHO Jóllét Kérdőív, rövid változat

Eredmények

Leíró statisztika

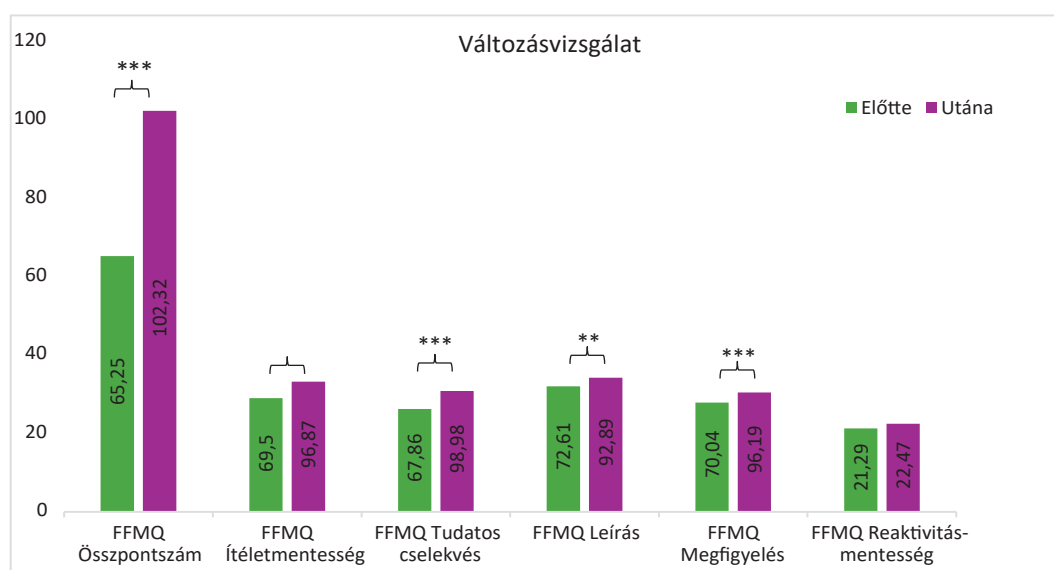
A mintára vonatkozó főbb leíró statisztikákat az 1. táblázat foglalja össze. Ebből jól látható, hogy az alanyok többsége nő (82,4%). A kitöltők kétharmada házaspáros, többségük felsőfokú, egyetemi végzettséggel rendelkezik. Életkori átlag: 44,5 év ($n = 91$, $SD: 12,241$). A vizsgált változókról szóló leíró statisztikát a 2. táblázatban foglaltuk össze. Ebből látható, hogy a képzés végén kevesebben töltötték ki a kérdőíveket ($n = 71-77$).

A tudatos jelenlét és az érzelemszabályozás változása

Az első lépésben megvizsgáltuk, hogy a képzést megelőzően és a befejezése után hogyan változtak a résztvevők tudatos jelenlét készségei (3. táblázat). A kezdő és záró kérdőívek összehasonlításából látható, hogy a képzés hatására szignifikánsan nagymértékben növekedett a résztvevők jelentudatossága.

A Mann-Whitney U-próba erős szignifikáns változást jelzett az ítéletmentesség ($U = 2139$, $p < 0,0001$), a tudatos cselekvés ($U = 1989,5$, $p < 0,001$), a leírás ($U = 2421,5$, $p = 0,006$) és a megfigyelés alskálák ($U = 2187,5$, $p < 0,001$) esetében, míg a reaktivitásmentesség alskálán nem észleltünk szignifikáns különbséget ($t = -1,627$ (158), $p = 0,106$). Az 1. ábra az FFMQ-alskálák alapján mutatja be a tudatos jelenlét szintjének változását.

A tudatos jelenlét alapú kognitív terápiának közvetlenül nem célja az érzelemszabályozási képességek fejlesztése, ennek ellenére az adaptív érzelemszabályozási stratégiák ($t = -2,316$ (157); $p = 0,022$), közülük is a pozitív



1. ábra | A tudatos jelenlét készségek változása a mindfulnessképzés során (kétmintás t-próba és Mann-Whitney t-próba, *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)
FFMQ = Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív

3. táblázat | A tudatos jelenlét készségek és az érzelmszabályozási készségek változásának szignifikáns eredményei (kétmintás *t*-próba, Mann-Whitney *t*-próba, ****p*≤0,001; ***p*≤0,01; **p*≤0,05)

Kétmintás <i>t</i> -próba		n	Átlag	SD	<i>t</i> (df)	<i>p</i>
CERQ, adaptív stratégiák	Kezdő	79	61,44	11,17	-2,316 (157)	0,022
	Záró	56	65,32	10,41		
Mann-Whitney <i>t</i> -próba		n	Rangátlag	U	Z	<i>p</i>
CERQ, pozitív fókusz	Kezdő	87	73,40	2558	-2,258	0,024**
	Záró	74	89,93			
CERQ, elfogadás	Kezdő	90	75,03	2667,5	-2,363	0,018**
	Záró	75	92,57			
FFMQ, ítéletmentesség	Kezdő	91	69,51	2139	-3,691	0,000***
	Záró	71	96,87			
FFMQ, tudatos cselekvés	Kezdő	91	67,86	1989,5	-4,194	0,000***
	Záró	71	98,98			
FFMQ, leírás	Kezdő	91	72,61	2421,5	-2,738	0,006**
	Záró	71	92,89			
FFMQ, megfigyelés	Kezdő	91	70,04	2187,5	-3,532	0,000***
	Záró	71	96,19			

CERQ = Kognitív Érzelmszabályozás Kérdőív; FFMQ = Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív; SD = a minta szórása

fókusz ($U = 2558$, $p = 0,024$) és az elfogadás ($U = 2667,5$, $p = 0,018$) képességének mértéke szignifikánsan nagyobb volt a képzés végére

Az ábráról leolvasható, hogy a pozitív fókuszváltás és az elfogadás mint kognitív érzelmszabályozási stratégiák szignifikánsan javultak a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia csoport hatására. Az adaptív stratégiákban összességében is szignifikáns pozitív változás figyelhető meg.

Az impulzivitás és a jóllét változásának vizsgálata

Az impulzivitás a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia után nem csökkent szignifikáns mértékben, ahogy a 4. táblázatból látható ($U = 3320,5$, $p = 0,640$). Hasonlóképpen a jóllét mértéke sem változott szignifikáns mértékben ($U = 3326,5$, $p = 0,653$).

A vizsgált változók közötti korrelációs elemzéseket a 5. táblázat tartalmazza. Leolvasható, hogy a tudatos jelenlét (FFMQ) megfigyelés alszála a képzést követően szignifikáns korrelációt mutatott az adaptív stratégiák ($r_s = 0,298$, $p < 0,05$), a perspektívába helyezés ($r_s = 0,296$, $p < 0,05$) és a pozitív ártértelelés ($r_s = 0,300$,

$p < 0,05$) stratégiákkal. Emellett az FFMQ reaktivitásmentesség alszála a képzést követően szignifikánsan korrelált az adaptív stratégiák ($r_s = 0,332$, $p < 0,05$), az elfogadás ($r_s = -0,389$, $p < 0,01$) és a pozitív ártértelelés ($r_s = 0,331$, $p < 0,01$) alszálaival. A képzés elején mért pozitív szignifikáns összefüggés a reaktivitásmentesség és a pozitív fókusz között ($r_s = 0,252$, $p < 0,05$) a képzés után nem állt fenn. Az impulzivitás negatív összefüggést mutatott a képzés után az FFMQ tudatos cselekvés ($r_s = -0,301$, $p < 0,05$) és leírás ($r_s = -0,324$, $p < 0,01$) alszálaival. Végezetül a jóllét egyedül az FFMQ megfigyelés alszálaival mutatott pozitív korrelációt, amely a második mérésnél még erősebb volt ($r_s = 0,280$ – $0,437$, $p < 0,05$ – $0,01$).

Megbeszélés

A jelen kutatás célja az volt, hogy feltárja, milyen hatással van a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia a mentális egészségügyben dolgozó szakemberek – elsősorban pszichiáterek és pszichológusok – mindfulness-készségeire, érzelmszabályozási stratégiáira, impulzivitására és pszichés jóllétére. Eredményeink alapján a képzés sikere-

4. táblázat | Az impulzivitás és a jóllét változása a kérdőívek alapján (Mann-Whitney *t*-próba, ****p*≤0,001; ***p*≤0,01; **p*≤0,05)

		n	Rangátlag	U	Z	<i>p</i> (kétoldali)
BIS-R-8, impulzivitás	Kezdő	90	82,39	3320,5	-0,467	0,640
	Záró	77	85,88			
WBI-5, jóllét	Kezdő	90	82,46	3326,5	-0,045	0,653
	Záró	77	85,80			

BIS-R-8 = Barratt Impulzivitás Skála, rövidített változat; WBI-5 = WHO Jóllét Kérdőív, rövid változat

5. táblázat | A vizsgált változók korrelációs összefüggései (Spearman-féle korreláció, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001)

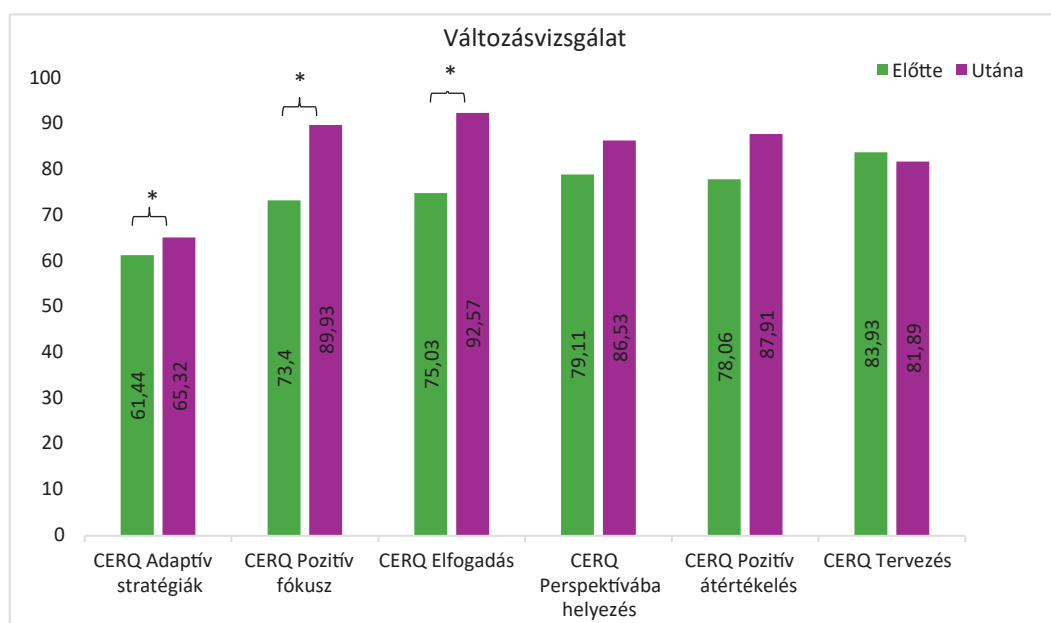
n = 72	FFMQ, ítéletmentesség		FFMQ, tudatos cselekvés		FFMQ, leírás		FFMQ, megfigyelés		FFMQ, reaktivitásmentesség	
	Kezdő	Záró	Kezdő	Záró	Kezdő	Záró	Kezdő	Záró	Kezdő	Záró
CERQ, adaptív stratégiák	0,581	0,036	0,545	0,008	0,065	0,030	0,189	0,298*	0,095	0,332*
CERQ, pozitív fókusz	-0,064	-0,022	0,127	0,024	0,085	-0,153	0,161	0,138	0,252*	0,210
CERQ, elfogadás	0,003	0,105	0,003	0,186	0,038	0,024	0,062	0,107	0,076	-0,389**
CERQ, perspektívába helyezés	0,042	-0,108	0,041	-0,023	-0,002	0,018	0,200	0,296*	0,077	0,169
CERQ, pozitív ártértékelés	-0,117	0,132	-0,037	-0,024	0,028	0,209	0,202	0,300*	0,031	0,332**
CERQ, tervezés	-0,158	0,108	0,060	-0,108	0,077	0,140	0,045	0,147	-0,047	0,042
BIS-R-8, impulzivitás	0,033	-0,051	-0,144	-0,301*	0,005	-0,324**	-0,065	-0,160	-0,186	-0,036
WIB-5, jóllét	0,121	0,086	0,113	0,029	0,121	0,051	0,280*	0,437**	0,224	0,203

BIS-R-8 = Barratt Impulzivitás Skála, rövidített változat; CERQ = Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív; FFMQ = Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív; WIB-5 = WHO Jóllét Kérdőív, rövid változat

sen növelte a résztvevők mindfulness-készségeit és adaptív érzelemszabályozását, összhangban a korábbi kutatásokkal, amelyek a tudatos jelenlét gyakorlásának előnyeit dokumentálták a stresszre adott adaptív válaszok javulásában [9, 14, 17, 20, 34].

A legnagyobb mértékű változás az *ítéletmentesség*, a *tudatos cselekvés* és a *megfigyelés* alskálakon volt megfigyelhető (1. ábra). Ez arra utalhat, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia különösen hatékonyan segíti a tapasztalatok elfogadását, az automatikus gondolatok felismerését és a figyelmi fókusz megerősítését. E készségek kiemelt szerepet játszanak a pszichológiai rugalmasság kialakításában [35], és bizonyítottan csökkentik a stressz hatását, miközben elősegítik az adaptív érzelemszabályozást [36]. Ez különösen fontos a mentális egészségben dolgozók körében, akik munkájuk során rendszeresen kerülnek stresszhelyzetekbe. Érdekes módon a *reaktivitásmentesség* alskálán nem tapasztaltunk szignifikáns változást, ami lehetséges, hogy részben a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia időtartamával, részben pedig a résztvevők kezdeti magas önkontrollszintjével magyarázható [37].

Az érzelemszabályozás tekintetében vizsgáltunk megerősítette, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia jelentősen javíthatja a segítő szakmákban dolgozók megküzdési stratégiáit, csökkenti a stresszt és a szorongást, miközben növeli az együttérzést és az önegyüttérzést [10, 11]. Eredményeink szerint az adaptív érzelemszabályozási stratégiák összességében szignifikáns javulást mutattak (2. ábra, CERQ adaptív stratégiák



2. ábra | Az adaptív érzelemszabályozási stratégiák változása a mindfulnessképzés során (kétmintás t-próba és Mann-Whitney t-próba, ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

CERQ = Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív

összesített értéke), különösen a pozitív fókuszváltás és az elfogadás alskálakon. A pozitív fókuszváltás a figyelem tudatos áthelyezését jelenti negatív eseményekről azokkal összefüggésben nem álló, kellemes kogníciókra, ezáltal csökkentve a pszichés stressz kialakulásának kockázatát. Az elfogadás képessége pedig elősegíti a nyitottságot és az ítéletmentességet önmagunk és mások felé, ami szintén mérsékli a pszichés terhelést [38, 39].

Ezzel szemben a perspektívába helyezés, a pozitív ártértékelés és a tervezés alskálák nem mutattak jelentős változást, ami valószínűleg a résztvevők magas kezdeti értékeivel magyarázható. A korrelációs elemzések azonban egyértelműen rávilágítottak a mindfulness-készségek és az adaptív érzelmszabályozás közötti szoros kapcsolatra. Kiemelendő, hogy az FFMQ megfigyelés alskálája szignifikáns pozitív együttjárást mutatott a CERQ perspektívába helyezés és pozitív ártértékelés stratégiáival. A megfigyelés a belső élmények (gondolatok, érzelmek, testi érzetek) és a külső ingerek (hangok, látvány, illatok) nyitott, kíváncsi, ítéletmentes észlelését jelenti [40, 41], ami alternatív értelmezések kialakítását és adaptív stresszkezelést tesz lehetővé [14, 15, 24, 42]. A megfigyelés révén az egyén több részletet észlel egy helyzetről (például nemcsak a fenyegető aspektusokat), így nagyobb eséllyel képes alternatív értelmezéseket kialakítani. Ez a tudatos jelenlét segíti a kognitív érzelmszabályozás adaptív formáit, amelyek hosszú távon védik a pszichés jóllétet [20, 22, 40].

Eredményeink egyik érdekes pontja, hogy a reaktivitásmentesség alskála negatív korrelációt mutatott az elfogadás kognitív érzelmszabályozó stratégiával, amit a mérőeszközök eltérő idői fókusza (jelenbeli élmények vs. múltbeli események) és konceptuális különbségei magyarázhatnak, mivel az FFMQ reaktivitásmentesség alskálája tudatos figyelmi hozzáállásra, ezzel szemben a CERQ elfogadás alskálája inkább passzív beletörődésre vonatkozik [24, 27, 42, 43]. Emellett, az impulzivitás szignifikánsan negatívan korrelált a mindfulnessszel, különösen a leírás és megfigyelés alskálákkal, megerősítve, hogy a tudatos jelenlét elősegíti a szabályozott, reflektív válaszkészséget, amely a szakmai hatékonyság és etikai működés alapja [21–23, 44–46].

A pszichés jóllét és a megfigyelés alskálák között pozitív korrelációt találtunk, bár a pszichés jóllét átlagos szintje a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia során nem változott szignifikánsan. A szakirodalom szerint a megfigyelés és a pszichés jóllét kapcsolata nagymértékben függ a meditációs tapasztalat mértékétől. Kevés tapasztalattal a fokozott megfigyelés akár szorongást is növelhet, míg hosszabb meditációs múlttal rendelkező személyeknél a megfigyelés magasabb szintje pozitívan korrelál a pszichés jólléttel, mivel együtt jár az elfogadással és az ítéletmentességgel, így csökkenti a negatív érzelmi reaktivitást és elősegíti az önismeretet [24, 47, 48].

A vizsgálat korlátai és kitekintés

A kis mintaméret, a speciális minta és a kontrollcsoport hiánya korlátozza az eredmények általánosíthatóságát. Az önkitöltős kérdőívek torzíthatják az adatokat a szociális kíváncsiság, megfelelési igény és pillanatnyi hangulat miatt. Az utánkövetés hiánya miatt nem tudhatjuk, mennyire tartósak a leírt változások. Jövőbeli kutatásokban nagyobb mintával, randomizált kontrollcsoporttal és longitudinális vizsgálattal érdemes elemezni a mindfulnessképzések hosszú távú hatásait, valamint a különböző szakmacsoportok igényeihez igazodó intervenciókat ajánlatos kidolgozni.

Következtetés

A vizsgálat korlátai ellenére eredményeink megerősítik, hogy az MBCT hatékonyan növeli a segítő szakmákban dolgozó szakemberek mindfulness-készségeit, különösen az ítéletmentesség, a tudatos cselekvés és a megfigyelés területén, valamint elősegíti az adaptív érzelmszabályozó stratégiák, például a pozitív fókuszváltás és az elfogadás; alkalmazását. Ezek a változások hozzájárultak a pszichés megterhelés mérsékléséhez, elősegítve a hosszú távú jóllét fenntartását. Az impulzivitással és a pszichés jólléttel kapcsolatos összefüggések azonban további vizsgálatot igényelnek. Összességében a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia olyan szemléletmód elsajátítását támogatja, amely hosszú távon hozzájárulhat a szakemberek pszichés jóllétének fenntartásához a nagy stresszterheléssel járó szakmai környezetben.

Anyagi támogatás: A kutatás a TKP2021-EGA-25 számú pályázat támogatásával valósult meg.

Szerzői munkamegosztás: P.-F. D. végezte a vizsgálat megtervezését, az intervenció megvalósítását, a csoportok vezetését, az adatbevitel megszervezését, a bevezető, az eredmények és a diszkusszió megírását, a tanulmány véleményezését. H. A. és L. A. M. végezte az adatbevitelt és -feldolgozást, a statisztikai elemzéseket. H. A. a módszertani részt írta. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet mondani a mindfulness-csoportok résztvevőinek, akik nemcsak a kérdőívek kitöltésével segítettek munkánkat, hanem rendkívül inspiráló jelenlétükkel hozzájárultak a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia szemléletének hazai terjedéséhez. Hálásak vagyunk Fási Krisztinának a csoportok megszervezéséért, Sal Dorottynak és Nőger Kingának a kérdőívek kiértékelésében nyújtott segítségért és a Klinikai Pszichológia Tanszék valamennyi munkatársának támogatásáért.

Irodalom

- [1] Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* 2002; 58: 1433–1441.
- [2] Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Treating comorbid posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder with dialectical behavior therapy: a pilot study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 512–520.
- [3] Coster JS, Schwebel M. Well-functioning in professional psychologists: Aspects of their personal and professional lives. *Prof Psychol Res Pract.* 1997; 28: 5–13.
- [4] Bódi B, Szvath P, Mátyás G, et al. The impact of the coronavirus pandemic on the mental health of critical care workers. [A koronavírus-világjárvány hatása az intenzív ellátásban dolgozók mentális egészségére.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1646–1655. [Hungarian]
- [5] Radeke JT, Mahoney MJ. Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Prof Psychol Res Pract.* 2000; 31: 82–84.
- [6] Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness* 2020; 11: 1914–1934.
- [7] Rudaz M. Burnout and suicidality among psychiatrists: a systematic literature review. *J Nerv Ment Dis.* 2017; 205: 364–371.
- [8] Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Delacorte, New York, NY, 1990.
- [9] Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006; 13: 27–45.
- [10] Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract.* 2009; 15: 61–66.
- [11] Burton A, Burgess C, Dean S, et al. How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress Health* 2017; 33: 3–13.
- [12] Sal D, Perczel-Forintos D. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals with chronic headaches. [Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia krónikus fejfájással élők számára.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 1904–1910. [Hungarian]
- [13] Perczel-Forintos D. Mindfulness-based cognitive therapy. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. Cognitive behavioral therapy. 4th revised and expanded edition. [Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. Kognitív viselkedésterápia. 4. átdolgozott és bővített kiadás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 183–199. [Hungarian]
- [14] Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003; 10: 125–143.
- [15] Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers.* 2009; 43: 374–385.
- [16] Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford Press, New York, NY, 2002.
- [17] Rimes KA, Wingrove J. Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behav Cogn Psychother.* 2011; 39: 235–241.
- [18] Kuyken W, Byford S, Taylor RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 966–978. 2010; 78: 855–863.
- [19] Di Benedetto M, Swadling M. Burnout in Australian psychologists: correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychol Health Med.* 2014; 19: 705–715. Erratum: *Psychol Health Med.* 2014; 19(6): i.
- [20] May S, O'Donovan A. The advantages of the mindful therapist. *Psychother Aust.* 2007; 13: 46–53.
- [21] Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15: 103–111.
- [22] Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Front Psychol.* 2017; 8: 220.
- [23] Brown P, Green T. Mindfulness-based coping strategies and impulsivity. *J Ment Health* 2021; 30: 45–56.
- [24] Baer RA, Smith GT, Lykins E, et al. Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment.* 2008; 15: 329–342.
- [25] Perczel-Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, et al. Questionnaires and assessment scales in clinical psychology. 4th revised and expanded edition. [Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. 4. átdolgozott és bővített kiadás.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [26] Szekeres T, Takács L, Kresznerits S, et al. The clinical significance of mindfulness: Hungarian adaptation of the Five Facet Mindfulness Questionnaire Short Form (FFMQ-SF-15). [A tudatos jelenlét klinikai jelentősége: az Ötfaktoros Mindfulness Kérdőív rövid változatának (FFMQ-SF-15) magyar adaptációja.] *Psychiatr Hung.* 2024; 39: 113–127. [Hungarian]
- [27] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven Ph. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. DATEC, Leiderdorp, 2002.
- [28] Miklósi M, Martos T, Kocsis-Bogár K, et al. Psychometric properties of the Hungarian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. [A kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői.] *Psychiatr Hung.* 2011; 26: 102–111. [Hungarian]
- [29] Steinberg L, Sharp C, Stanford MS, et al. New tricks for an old measure: the development of the Barratt Impulsiveness Scale-Brief (BIS-Brief). *Psychol Assess.* 2013; 25: 216–226.
- [30] Horváthné Pató I, Szekeres T, Kresznerits Sz, et al. The Barratt Impulsiveness Scale-Brief-8 in an incarcerated sample: suicide risk, impulsivity and mindfulness. [Tapasztalatok a 8 Tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) használatával fogvatartott populációban: szuicid rizikó, impulzivitás és mindfulness.] *Psychiatr Hung.* 2023; 38: 203–217. [Hungarian]
- [31] Susánszky É, Konkoly-Thege B, Stauder A, et al. Validation of the short (5-item) version of the WHO well-being scale based on a Hungarian representative health survey (Hungarostudy 2002). [A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 Országos lakossági egészségfelmérés alapján.] *Mentálhig Pszichoszomat.* 2006; 7: 247–255. [Hungarian]
- [32] Bech P, Gudex C, Johansen KS, Gudex C. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom.* 1996; 65: 183–190.
- [33] Peugh J, Enders CK. Missing data in educational research: a review of reporting practices and suggestions for improvement. *Rev Educ Res.* 2004; 74: 525–556.
- [34] Khoury B, Sharma M, Rush SE, et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2015; 78: 519–528.
- [35] Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003; 10: 144–156.
- [36] Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med.* 2009; 15: 593–600.
- [37] Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med.* 2008; 31: 23–33.
- [38] Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the men-

- tal health of therapists in training. *Training Educ Prof Psychol*. 2007; 1: 105–115.
- [39] Neff K. Compassion for ourselves. [Együttérzés önmagunkkal.] Ursus Libris, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [40] Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reducing effects of mindfulness: an upward spiral process. *Mindfulness* 2011; 2: 59–67.
- [41] Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, et al. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depress Anxiety* 2013; 30: 654–661.
- [42] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Person Individ Dif*. 2001; 30:1311–1327.
- [43] Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*. 2008; 35: 331–340.
- [44] Newell JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: a review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Pract Ment Health* 2010; 6: 57–68.
- [45] Peters JR, Erisman SM, Upton BT, et al. A preliminary investigation of the relationships between dispositional mindfulness and impulsivity. *Mindfulness* 2011; 2: 228–235.
- [46] Tang YY, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 163(Suppl 1): S13–S18.
- [47] Lilja JL, Lundh LG, Josefsson T, et al. Observing as an essential facet of mindfulness: a comparison of different measures. *Pers Individ Dif*. 2013; 55: 605–610.
- [48] Lilja JL, Lundh LG, Josefsson T, et al. Observing as an essential facet of mindfulness: a comparison of FFMQ patterns in meditating and non-meditating individuals. *Mindfulness* 2013; 4(3): 203–212.

(Perczel-Forintos Dóra dr.,
Budapest, Üllői út 25, 1091
e-mail: perczel-forintos.dora@semmelweis.hu)

„*Patiens et fortis se ipsum felicem facit.*”
(A béketűrő és bátor ember maga teszi boldoggá magát.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)