

סיכום מאמר: טיפול מבוסס-מיינדפולנס לאנשים עם הפרעות נפשיות חמורות:

סקירת ספרות

ליסה דיויס וסת' קורזבן

ארה"ב 2012

Davis, L., & Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 202–232.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת אורן דרעי

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

מאמר זה מספק סינתזה של ממצאים עכשוויים מטיפולים מבוססי מיינדפולנס (או: קשיבות) והרלוונטיות שלהם לאנשים עם הפרעות נפשיות חמורות. גישה מכוונת מיינדפולנס להתמודדות עם הפרעות אלה מתייחסת אל מעבר לניהול סימפטומים ומדגימה עקרונות מפתח של החלמה כגון הגדרה עצמית וחוסן נפשי. זוהי סקירה ביקורתית ראשונה לבחינה שיטתית של יעילות מתודות אלה בטיפול בהפרעות נפש.

אנשים עם הפרעות נפש חמורות כמו סכיזופרניה, הפרעה סכיזו-אפקטיבית והפרעה בי-פולארית מתמודדים לרוב עם גורמי דחק פסיכו-סוציאליים עיקשים ומתישים, בהם דחייה חברתית, סטיגמה עצמית ומצוקה סובייקטיבית הפוגעות משמעותית באיכות חייהם ומצמצמות את יכולותיהם התפקודיות. למרות שההתקדמות בשיקום הקוגניטיבי, החברתי והתעסוקתי מאפשרת שיפור בתפקוד הפסיכו-סוציאלי באוכלוסיה זו, הרי שכמה מחקרים מצביעים על כך ששיפור תפקודי לבדו אינו קשור ישירות לשיפור בתוצאות הסובייקטיביות כמו הדימוי העצמי, תחושת המסוגלות והפחתת המצוקה הסובייקטיבית. זיהוי והערכה של התערבויות המכוונות ספציפית להפחתת תפישת הדחק הסובייקטיבית ולקידום התמודדות מסתגלת עם מגוון של גורמי דחק פסיכו-סוציאליים, הם קריטיים להפחתת הישנות המחלה ואשפוזים חוזרים כמו גם להגברת איכות החיים הסובייקטיבית של צרכנים.

הוכח כי טיפול מבוסס-מיינדפולנס יכול לשפר את ההתמודדות ומפחית דחק, באמצעות פיתוח של מודעות בלתי-שיפוטית כלפי העצמי, כלפי אחרים והסביבה. תהליכים אלה רלוונטיים במיוחד לאנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות החיים בקהילה, שבאופן היסטורי מאתגרת אפשרויות לבסס דפוסי התמודדות בריאים ולהגיב באופן הולם לגורמי דחק בסביבה החברתית. על אף הרלוונטיות של מיינדפולנס להחלמה מהפרעה נפשית, עד כה לא נבחנו בצורה שיטתית העדויות המחקריות לשימוש בגישה זו עם מתמודדים. מטרת הסקירה הנוכחית לבחון את מצב הידע העכשווי לגבי משפחה זו של גישות טיפוליות עבור אנשים עם הפרעות נפשיות.

לאחר הצגת הגדרות לקונספט של מיינדפולנס, ייסקרו מחקרים על ארבעה מודלים עיקריים מבוססי-מיינדפולנס שמשמשים במגוון אוכלוסיות. סקירה זו תעזור לבסס את הרציונאל התיאורטי והבסיס האמפירי להבנת אפשרויות היישום של טיפולים מבוססי-מיינדפולנס עבור מתמודדים. בהמשך ייבחנו ממצאים מחקירת טיפולים מבוססי-מיינדפולנס לאנשים עם מחלות נפש ויצגו אתגרים עכשוויים בחקר מיינדפולנס עבור מתמודדים.

הגדרות לקונספט של מיינדפולנס

מיינדפולנס מקורה במסורת הבודהיסטית אך עקרונות היסוד שלה מצויים במגוון מסורות, בהן פנומנולוגיה, אקזיסטנציאליזם והומאניזם. במהותה, מיינדפולנס היא איכות של מודעות והינה בהכרח אוניברסאלית ואינהרנטית ליכולת האנושית. ההגדרה המצוטטת ביותר של מיינדפולנס היא: "המודעות הנובעת מתוך מתן תשומת לב ברגע הנוכחי לתכלית ולהתגלות החוויה מרגע לרגע באופן בלתי שיפוטי". התערבויות המבוססות על גישה זו כוללות שני מימדים חשובים: (א) הכוונת תשומת הלב כלפי מחשבות, הרגשות ותחושות סנסוריות בהווה; (ב) השהייה מכוונת של שיפוט או הערכה קוגניטיבית של גירויים אלה. בהיעדר קונצנזוס לגבי הגדרה אופרציונאלית של מיינדפולנס חוקרים הדגישו היבטים שונים של המושג, כמיומנות מטה-קוגניטיבית, או כמיומנות של וויסות עצמי. מכל מקום, מירב היישומים הטיפוליים וההגדרות הקונספטואליות של מיינדפולנס כוללים את פיתוח תשומת הלב והמודעות לרגע ההווה, מתוך עמדה של קליטה (receptivity) בלתי-שיפוטית של החוויה. המטרה העיקרית של תרגול מיינדפולנס היא לפתח מצב קליטה של התודעה (mind) אשר קוטע את הדפוסים הרגילים של תפישה וקליטה וכך מטפח תפישה בהירה ואיזון (equanimity).

יישום: טיפולים קיימים מבוססי-מיינדפולנס

בשנים האחרונות זיהו אנשי מקצוע בבריאות הנפש יתרונות רבים הנובעים מהתערבויות המשלבות אלמנטים של מיינדפולנס עם טכניקות קוגניטיביות, התנהגותיות ופסיכו-חינוכיות המכוונות למגוון של הפרעות רפואיות ופסיכולוגיות. עדויות מחקרית מלמדות כי גישה מבוססת-מיינדפולנס להתמודדות עם דחק משפיעה באופן חיובי על תפישת הדחק הסובייקטיבית וכן על האופן בו תפישות אלה משפיעות על מגוון של נתיבים עצביים, נוירו-אנדוקריניים והמערכת החיסונית. השינויים הפיזיולוגיים המתרחשים במהלך תרגולי מיינדפולנס, בהם הפחתת קצב הלב ולחץ הדם, הפחתת ההולכה של העור וירידה כללית בקצב חילוף החומרים בגוף, יכולים לעמוד כנגד תגובת דחק של עוררות-יתר ותגובת "הילחם או ברח" (Fight-or-flight). יתירה מזאת, שינויים בשליטה על הקשב עשויים לשפר את התפקוד הקוגניטיבי וזהו ממצא חשוב עבור אנשים המתמודדים עם בריאות נפשית ירודה, שלעתים קרובות מקושרת לרמות נמוכות של תפקוד קוגניטיבי ותובנה. להלן ארבעה מודלים של התערבויות קיימות המשלבות מיינדפולנס:

א. טיפול מבוסס-מיינדפולנס להפחתת דחק (Mindfulness-based stress reduction: MBSR)

היישום המצוטט ביותר של אימון במיינדפולנס הוא המודל להפחתת דחק, אשר במקורו פותח לטיפול בדחק הנובע מכאב כרוני. מיינדפולנס להפחתת דחק עושה שימוש במספר טכניקות

לבניית מודעות לרגע ההווה, כמו תרגול קשיבות לאכילה, שבו מונחים המשתתפים לפתח קשיבות לכל היבט חושי של האכילה, בניגוד לאכילה "אוטומטית". מודל זה משלב גם תרגילים מובנים כגון קשיבות לנשימה ומדיטציה שמטרתם לעזור להגביר את המודעות הבלתי-שיפוטית למחשבות, הרגשות ותחושות וכך להפחית דפוסי תגובה לא אדפטיביים ולהגביר מנגנונים של ויסות עצמי. כמה מחקרים שבחנו התערבות זו מצאו ירידה בהפרעות מצב רוח וסימפטומים של דחק וכן שיפור ההתמודדות בקרב חולי סרטן וחולי לב. בנוסף, מחקרים הצביעו על הפחתת חרדה ודיכאון בקרב מטופלים עם מגוון בעיות רפואיות ושיפור פסיכולוגי ופיזיולוגי בו-זמני על בסיס של עלייה משמעותית בפעילות המוחית המקושרת לרגשות חיוביים.

ב. טיפול קוגניטיבי מבוסס-מיינדפולנס לדיכאון (Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)

זהו מודל לטיפול קבוצתי הנמשך 8 שבועות, אשר נמצא יעיל להפחתה משמעותית של דיכאון ומניעת הישנות הדיכאון. טיפול זה משלב אלמנטים רבים הכוללים קשיבות לאכילה, סריקה גופנית מדיטטיבית, תרגול יוגה והליכה מדיטטיבית. חוקרים מצאו כי שינוי היחס של האדם כלפי רגשותיו, במקום מיקוד בשינוי תכני החשיבה (כמקובל בטיפול CBT מסורתי) מהווה גורם מפתח בהקלת הסימפטומים והפחתת הישנות הדיכאון. מחקר קליני בו השתתפו 100 מטופלים במודל זה, נמצאה מודעות מטה-קוגניטיבית מוגברת כלפי מחשבות ורגשות שליליים והפחתת נסיגות ארבעה חודשים לאחר הטיפול בהשוואה לאנשים בטיפול רגיל. חוקרים הצביעו על כך שטיפול מודעות מטה-קוגניטיבית במודל זה קשורה להפחתה משמעותית של חשיבה דיס-פונקציונאלית. בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעה בי-פולארית נמצאה תמיכה ראשונית בשימות המודל להפחתת חרדה ודיכאון.

ג. טיפול דיאלקטי-התנהגותי (Dialectical-behavior therapy: DBT)

DBT נועד לעזור לאנשים ליצור אינטגרציה בין כוחות מנוגדים של קבלה ושינוי, כמקד מרכזי בטיפול. המודל משלב שיטות התנהגותיות וקוגניטיביות תוך יישום טכניקות של מיינדפולנס לתמיכה בקבלת העצמי. מיומנויות ספציפיות של מיינדפולנס במודל זה כוללות התבוננות על מחשבות, רגשות ותחושות מבלי לנסות לשנות אותן, מתן שם או מילה להתנסויות שעליהן מתבונן האדם ותגובה כלפי סיטואציות באופן אותנטי. מחקרים הראו הפחתת התנהגות אובדנית וצמצום ימי אשפוז, הפחתת דיכאון וביטויים של זעם בקרב נשים עם הפרעת אישיות גבולית שטופלו במודל זה. מחקרים אף הצביעו על הפחתת תוקפנות בקרב גברים אלימים שקיבלו את הטיפול והפחתת השימוש באלימות מילולית. כך DBT נמצא יעיל לפיתוח שליטה בדחפים וקבלה עצמית בקרב אנשים עם הפרעות המאופיינות באי-ויסות רגשי והתנהגותי.

ד. טיפול של קבלה ומחויבות (Acceptance and commitment therapy: ACT)

ACT מבוסס על עזרה לאנשים להכיר בחוויות מצוקה באופן בלתי שיפוטי, בניגוד להתעלמות או מאבק עימם ובו זמנית לזהות ולפעול להשגת מטרות חיים בעלות ערך. מיומנויות של קבלה במודל זה מדגישות את היכולת של אדם לאמץ לליבו, להחזיק ולקבל בחמלה את חוויותיו, כפעולה של תיקוף-עצמי. המודל מורכב משישה תהליכים מרכזיים: (א) קבלה של חוויות אישיות

(מחשבות, רגשות ותחושות) כאלטרנטיבה להתעלמות; (ב) נטרול קוגניטיבי כאמצעי ליצירת הקשרים בלתי מילוליים; (ג) מגע בלתי שיפוטי עם הרגע בהווה, באמצעות תרגול כגון מיינדפולנס; (ד) פיתוח פרספקטיבה של "עצמי כהקשר" ("self as context"); (ה) הגדרת כוונה חיים בעלי ערך בהתבסס על ערכים אישיים ותחושת תכלית; (ו) ופיתוח דפוסי פעולה מתוך מחויבות, בהתאם לאותם ערכים אישיים. ACT נמצא יעיל לטיפול במגוון הפרעות נפשיות ונמצאו יתרונות לשיטה זו בהשגת תוצאות של הפחתת אשפוזים חוזרים בקרב אנשים עם פסיכוזה, הפחתת דחק עקב כאב כרוני, גמילה מעישון וויסות רגשות בקרב אנשים עם הפרעת אישיות גבולית. מחקרים העלו כי מודל זה מיישם התערבויות קצרות שהן בעלות השפעה ארוכת טווח. עם זאת, הודגש צורך בהשוואה מחקרית לשיטות טיפול מבוססות (כמו CBT).

טיפולים מבוססי-מיינדפולנס לטיפול בהפרעות נפשיות חמורות: סקירת ספרות

לצורך הערכת היעילות הפוטנציאלית של מיינדפולנס לטיפול בהפרעות נפשיות חמורות (SMI) בוצעה בחינה מעמיקה ושיטתית של מחקרים שבדקו התערבויות מבוססות-מיינדפולנס בקרב אנשים עם הפרעות אלה. הסקירה העלתה 10 מחקרים כמותיים ו-3 מחקרים איכותניים. המחקרים הכמותיים כללו תוצאות לפני ואחרי התערבות והתייחסו לשמירת הישגי הטיפול לאורך זמן (בין 3 חודשים לבין 4 שנים). המחקרים האיכותניים מבוססים על ראיונות עומק לפני ואחרי התערבות קבוצתית במיינדפולנס לאנשים עם סכיזופרניה או הפרעה סכיזו-אפקטיבית. בנוסף, נסקרו מחקרי-מקרה של טיפולים פרטניים ב-ACT וטיפול במדיטציה לאנשים עם סכיזופרניה. ההתערבויות שנחקרו כוללות הן טיפולים שבהם מיומנויות מיינדפולנס מרכזיות בנוסף למרכיבים קוגניטיביים-התנהגותיים והן אימון במיינדפולנס כשיטה העומדת בפני עצמה, בלתי תלויה באלמנטים קוגניטיביים-התנהגותיים.

מחקרים כמותיים

א. מיינדפולנס במשולב עם מרכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים

במחקר שכלל 80 מאושפזים שאובחנו עם סכיזופרניה, הפרעה סכיזו-אפקטיבית והפרעות מצב רוח עם אפיונים פסיכוטיים, נעשתה השוואה בין 39 אנשים שקיבלו בנוסף לטיפול כרגיל גם 4 מפגשים פרטניים של התערבות בשיטת ACT. ההתערבות הדגישה קבלה של אירועים בלתי נמנעים, הבחנה בסימפטומים פסיכוטיים מבלי לתייג אותם כאמת או שקר, ולקחת צעדים לעבר מטרות בעלות ערך על אף הסימפטומים. התוצאות הצביעו על שיעור נמוך בהרבה של אשפוזים חוזרים לאחר 4 חודשים בקרב המשתתפים בהתערבות ACT - 20% לעומת 40% מהמשתתפים בטיפול כרגיל. בנוסף, משתתפי ACT דיווחו על ירידה משמעותית באמינות (believability) של מחשבות שווא והזיות, בהשוואה לאנשים שקיבלו טיפול כרגיל בלבד.

במחקר דומה נמצא כי מאושפזים שקיבלו התערבות ACT בנוסף לטיפול הרגיל הראו שיפור גדול יותר בסימפטומים של מצב רוח, דיווחו על פחות מצוקה המקושרת להלוצינציות ופחות מוגבלות בתפקוד החברתי בהשוואה לקבוצת הביקורת. החוקרים דיווחו כי אמינות הסימפטומים הפסיכוטיים מתייחסת לדרגת השכנוע בתוקפן של הלוצינציות ומתווכת בקשר שבין תדירות ההלוצינציות לבין המצוקה הנקשרת להן. ממצא זה מספק ראיה חשובה לגבי רכישת עמדה

מסוימת כלפי סימפטומים, בניגוד לשינוי התוכן או התדירות של הסימפטומים, כמנגנון של שינוי עבור אנשים עם פסיכוזה. החוקרים אף דיווחו כי אמינות ההלוצינציות מתווכת בקשר שבין תנאי הטיפול לבין מצוקה שנובעת מסימפטומים.

ניסויים קליניים באנשים המאובחנים עם הפרעה בי-פולארית, המצויים ברמיסה אך בעברם מחשבות או התנהגויות אובדניות, בחנו טיפול קוגניטיבי מבוסס-מיינדפולנס (MBCT) בקבוצה על-פי פרוטוקול ההתערבות. המשתתפים חוו לאחר הטיפול פחות חרדה ופחות סימפטומים דיכאוניים לעומת קבוצת הביקורת. מחקר נוסף שבחן משתתפים עם הפרעה בי-פולארית העלה שיפור במדדי דיכאון ומתאם חיובי בין שינויים בדיכאון לבין רמת מיומנויות של מיינדפולנס. 82% מהמשתתפים דיווחו כי ההתערבות עזרה להם במידה מתונה עד מידה רבה 3 חודשים לאחר הטיפול. למרות זאת, המחקר לא הראה שיפור בסימפטומים וחסרה השוואה לקבוצת ביקורת. מחקר נוסף בחן טיפול קוגניטיבי קבוצתי המשלב מיינדפולנס ומדגיש קבלה של שמיעת קולות לאנשים עם הפרעות פסיכוטיות. התערבות זו מלמדת את המשתתפים קבלה של חוויות בלתי נעימות הקשורות לשמיעת קולות באמצעות מודעות וקשיבות בתרגול פורמאלי מקוצר של מיינדפולנס (10 דקות הכוללות נשימה קשובה וטכניקות קוגניטיביות כגון שינוי דפוסי חשיבה שליליים). המחקר התמקד באנשים עם סכיזופרניה והפרעה סכיזו-אפקטיבית אשר הזיות השמיעה במחלתם עמידות לטיפול תרופתי מזה לפחות שנתיים. הטיפול ארך 90 דקות וניתן אחת לשבוע במשך 8-12 שבועות. המשתתפים עברו הערכה לפני הטיפול הקבוצתי, שבוע לאחריו, לאחר חודש ולאחר שלושה חודשים. התוצאות הצביעו על שיפור משמעותי ברווחה הנפשית לאחר הטיפול ובמעקב לאחר שלושה חודשים. בנוסף, דירוג עצמי של המשתתפים לגבי מצוקה עקב שמיעת קולות ותפישת השליטה של הקולות על המשתתפים ירדו באופן משמעותי בהערכות המעקב.

ב. מיינדפולנס כטיפול העומד בפני עצמו לאנשים עם הפרעות נפשיות חמורות

נכון להיום, שישה מחקרים בחנו מיינדפולנס כטיפול העומד בפני עצמו לאנשים עם מחלות נפש, רובם בדקו התערבויות קבוצתיות. לדוגמא, מחקר בדק השפעות של 6 מפגשי אימון במיינדפולנס ובו למדו המשתתפים קשיבות לנשימה והתבוננות על התנסויות בלתי נעימות באופן לא-שיפוטי. הממצאים העלו שיפור משמעותי בתפקוד הקליני ופחות מצוקה המיוחסת לסימפטומים, בהתבסס על הערכה הבודקת רווחה נפשית, סימפטומים ותפקוד בחיי היומיום. מחקר נוסף בחן טיפול קבוצתי שניתן פעמיים בשבוע במשך חמישה שבועות ולאחריו תרגול ביתי בעזרת תקליטור למדיטציה במשך חמישה שבועות. המשתתפים הראו שיפור משמעותי בתפקוד הקליני וקשיבות למחשבות ודימויים מעוררי מצוקה לאחר הטיפול, אם כי לא נמצא הבדל סטטיסטי מובהק בהשוואה לקבוצת הביקורת.

מחקרים איכותניים

מחקרים איכותניים שבחנו קבוצות מיינדפולנס סיפקו תובנה לגבי התהליכים הפנימיים הנקשרים למיינדפולנס העשויים להוביל לשינויים תרפויטיים. למשל, מחקר איכותני בוצע בקבוצת מיינדפולנס ובה 16 משתתפים עם הפרעות פסיכוטיות אשר למדו להבחין במחשבות, הרגשות וחוויות פסיכוטיות המתרחשות בהווה באופן בלתי-שיפוטי וללא מאבק, באמצעות עיגון המודעות בנשימה והגוף. ראיונות עומק לפני ההתערבות חשפו את תחושת העצמי של המשתתפים

שהוגדרה על-ידם כלא-נורמאלית, רעה וחסרת ערך בהתייחסותם לחוויות הפסיכוטיות. הטיפול הקבוצתי אפשר להם להגדיר מחדש את היחס שלהם לחוויות פסיכוטיות באמצעות תהליך בן שלושה שלבים: להיות מודע לסימפטומים הפסיכויטיים, לאפשר לפסיכוזה לבוא וללכת מבלי להגיב אליה ולהשיג מחדש כוח באמצעות קבלה של הפסיכוזה ושל העצמי.

מחקר אחר בחן אימון קבוצתי במיינדפולנס עם חמישה גברים באשפוז המאובחנים עם הפרעות על ספקטרום הסכיזופרניה ודיווח על תוצאות חיוביות. המשתתפים למדו קשיבות לנשימה ולתחושות גופניות וכן מדיטציה של חמלה עצמית וקבלה במשך 8 שבועות. בוצעו ראיונות אישיים לפני ההתערבות ולאחריה והמשתתפים דיווחו על פחות מצוקה המקושרת לסימפטומים הפסיכויטיים, פחות נסיגה חברתית ויכולת משופרת לפזר רגשות שליליים.

במחקר נוסף נבחן אימון במדיטציה של מיינדפולנס בקרב 15 גברים עם סכיזופרניה או הפרעה סכיזו-אפקטיבית המקבלים טיפול מרפאתי בבריאות הנפש. הקבוצה נפגשה פעמיים בשבוע במשך 8 שבועות ללמידה ותרגול מיומנויות מיינדפולנס וקבלת מידע לימודי על תגובות לדחק. המשתתפים דיווחו על הירגעות כתוצאה השכיחה ביותר, בעקבותיה הקלה של חרדה ודיכאון ויכולת מוגברת להתמקד בהווה. החוקרים ציינו כי תרגול מדיטציה לא החמיר את הסימפטומים הפסיכויטיים אצל איש מהמשתתפים. למעשה, כמה מהמשתתפים דיווחו כי מדיטציה עזרה להפחית הלוצינציות ופרנויה.

לבסוף, אימון פרטני במיינדפולנס כטיפול העומד לעצמו, נבחן במסגרת מחקר פיילוט ובו משתתפים המאובחנים עם סכיזופרניה שביטאו תוקפנות מילולית ופיזית שקיבלו אימון שיטתי במיינדפולנס עם מעקבים אחת לשנה במשך 4 שנים. התוצאות מציעות כי התוקפנות הפיזית נבלמה ותוקפנות מילולית הייתה מינימאלית בתקופת המחקר. על אף ראשוניות הממצאים ומגבלות מתודולוגיות, הנתונים ארוכי הטווח לגבי הישגי הטיפול שנשמרו לאחר ארבע שנים הינם ממצא משמעותי שדורש חקירה נוספת לגבי מיינדפולנס עבור אנשים עם סכיזופרניה. במחקרים איכותניים אלה מדגמים קטנים ללא בקרה או קבוצת השוואה מחייבים זהירות בהנחת הקשר בין ההשפעות הנצפות לבין ההתערבויות שנחקרו.

בנוסף לחקירות אלה, כמה מחקרי-מקרה של עבודה פרטנית באסטרטגיות של מיינדפולנס וקבלה עבור אנשים עם סכיזופרניה דיווחו על תוצאות טיפול חיוביות. כך, למשל, תוארה עבודה עם גבר בן 30 עם סכיזופרניה החווה מצבי רוח דיכאוניים, הלוצינציות שמיעה ודלוזיות. במשך שישה חודשים ניתן טיפול מרפאתי ב-ACT, עם הדגשת קבלה של הסימפטומים הפסיכויטיים והבהרת ערכיו של המטופל וחסמים שעלולים לסכל הישגים. דירוג סובייקטיבי של עוצמת הסימפטומים הופחת מ"חמור" ל"בינוני" ובנוסף, לא נכחו דלוזיות לאחר הטיפול, ממצא שהחוקרים מייחסים לשינוי בטבען של האמונות לגבי נוכחות הסימפטומים. כמו כן נוכחותו בעבודה השתנתה מבלתי סדירה לעקבית והמשתתף דיווח כי יצר שתי חברויות חדשות במקום העבודה.

חקר מקרה נוסף בחן תוצאות של ארבעה מפגשי ACT עם אישה בת 22 המאובחנת עם סכיזופרניה ופיגור קל. המשתתפת תוארה עם דלוזיות, הלוצינציות שמיעה וסימפטומים דיכאוניים. מצוקה הנקשרת לסימפטומים דורגה תחילה ברמה 8 ובסיום ההתערבות דורגה ברמה 2 בלבד. אמינות הסימפטומים צנחה לאפס.

ככלל, מחקרים שבחנו טיפול מבוסס-מיינדפולנס לאנשים עם מחלות נפש מלמדים על פוטנציאל לשיפור יעילות ההתמודדות, הפחתת דחק הנובע מסימפטומים והפחתת אשפוזים פסיכיאטריים,

הן בהתערבויות קבוצתיות והן בהתערבויות פרטניות. מיומנויות מיינדפולנס עשויות לסייע לאנשים עם פסיכזה המעוררת מצוקה להתייחס בצורה שונה לחוויות הפסיכוטיות ולשנות אמונות שליליות הנקשרות לנוכחותן של חוויות אלה וכך להפחית את המצוקה ולשפר את התפקוד. מכל מקום, נחוצים מחקרים נוספים שיסייעו לבסס את ההשערה כי השפעות אלה נובעות ממיינדפולנס ולא מאלמנטים קוגניטיביים והתנהגותיים. כן יש מקום לחקירה נוספת והשוואה בין מודלים שונים של טיפול, להעמקת ההבנה לגבי השפעותיהם השונות. המחקרים שנסקרו מציעים כי משפחה זו של התערבויות עשויה להיות יעילה הן בשלבים אקוטיים של המחלה והן בקרב אנשים מאוזנים בטיפול מרפאתי. על אף מגבלות מתודולוגיות, הממצאים מצביעים על תוצאות מבטיחות התומכות ביעילותה של מיינדפולנס לטיפול באנשים עם פסיכזה.

דיון וכוונות עתידיים

למרות עדויות התומכות ברעיון שטיפול מבוסס-מיינדפולנס מספק יתרונות לאנשים עם הפרעות נפשיות חמורות, המסקנות בדבר גישות אלה הן ראשוניות. סוגיות מתודולוגיות שונות דורשות התייחסות במחקר עתידי, בהן קביעת הגדרות אופרציונאליות מוסכמות למדידה והעמקת ההבנה לגבי מנגנוני השינוי שעליהם מתבססת מיינדפולנס.

כמה תחומים קוגניטיביים נוגעים לשינויים הנקשרים למיינדפולנס, בהם פיתוח של תובנה מטא-קוגניטיבית, שליטה בקשב, החזקת קשב והפרעה למעגלי חשיבה חזרתיים. נמצאו ראיות התומכות בקשר שבין מיינדפולנס לבין עלייה בזיכרון-עבודה והחזקת קשב, כמו גם הגברת הריכוז. ממצאים אלה חשובים במיוחד לאור עדויות על מגבלות בתפקוד הניירו-קוגניטיבי בקרב אנשים עם הפרעות נפשיות חמורות. מכל מקום, מחקר מועט בתחום זה מחייב ראיות נוספות כדי לאשר את ההשפעות הנצפות בין מיינדפולנס לבין תחומים של ניירו-קוגניציה.

בנוסף, עולה התייחסות לקונספט של חשיפה וויסות רגשי בעזרת מיינדפולנס. חשיפה מתייחסת לדה-סנסיטיזציה (הפחתת רמת הרגישות) לגירויים מאיימים באמצעות מגע חוזר עם חוויות מפחידות. דה-סנסיטיזציה באמצעות חשיפה לגירויים המעוררים דחייה עשויה להוביל ליכולת מוגברת לשאת חוויות של מצוקה, לוויסות עצמי של מצבים מנטאליים ורגשיים, להפחתת תגובתיות רגשית ולהשבת האיזון באופן מהיר יותר. יישום של מיינדפולנס ופילוסופיות של קבלה מבוסס על הרעיון שניסיונות להימנע ממצבים מנטאליים ורגשיים שליליים מגבירים את המצוקה, בעוד שמגע בלתי-שיפוטי עם חוויות כאלה מפזר אותן באמצעות דה-סנסיטיזציה. כך, חשיפה מכוונת לגירויים מאיימים יכולה להוביל לתגובתיות רגשית מופחתת בעוד שהדחקת גירויים כאלה יכולה באופן פרדוקסאלי להגביר חוויות בלתי רצויות. מכל מקום, נחוצה חקירה נוספת לבחינת מיינדפולנס כאמצעי לחשיפה ובדיקת הקשר הפוטנציאלי בין מיינדפולנס לבין חשיפה וקבלה, כדי להבהיר תהליכים מורכבים אלה.

ככלל, סדקים מתודולוגיים במחקרים אמפיריים דורשים התייחסות כדי להדגים את היעילות הפוטנציאלית של מיינדפולנס. חוסר במערכי ניסוי קליניים רנדומאליים מבוקרים מקשה לקבוע מסקנות נחרצות לגבי יעילות ההתערבויות. מירב המחקרים אינם מספקים מידע מספיק לגבי טיפולים בו-זמניים שקיבלו המשתתפים, שיעורי נשירה, הכשרת המטפלים ותיאורים ספציפיים של ההתערבויות הנחקרות. מחקרים עד כה התקשו להבחין בין השפעת מיינדפולנס לבין השפעת רכיבי טיפול אחרים, כמו טכניקות פסיכו-חינוכיות וקוגניטיביות-התנהגותיות. בנוסף, לצורך הבנת תרומתה של מיינדפולנס ליעילות הטיפולים יש להבדיל השפעות לא-ספציפיות של

ההתערבות, כמו תמיכה חברתית. למרות חוסרים מתודולוגיים אלה, הספרות מספקת תמיכה להיפותזה הבסיסית בנוגע לקשר בין אימון במיינדפולנס לבין תוצאות נפשיות וגופניות חיוביות, כבסיס לחקירה קפדנית יותר בעתיד.

התערבויות מבוססות-מיינדפולנס עשויות להתאים באופן ייחודי כדרך להשפיע על המצוקה הנלווית לסימפטומים נפשיים ולסטיגמה עצמית שבולטת בקרב מתמודדים החיים בקהילה, הנחשפים לדחייה חברתית. טיפולים מבוססי-מיינדפולנס, שעלותם נמוכה, הם בעלי פוטנציאל לקידום התמודדות אדפטיבית, שמירה על רווחה נפשית ובריאות ויכולים בקלות להיות מאומצים ומשולבים בעבודה עם התערבויות מבוססות ראיות קיימות. יתירה מזאת, אסטרטגיות של מיינדפולנס מעוצבות כך שיוכלו להשתלב בתוך חיי היומיום של המשתתפים, באופן שעשוי לשמר את יתרונותיהם לאורך זמן.