

Mindfulnessbaserad kognitiv terapi vid depression

Eva Hedenstedt

Mindfulness baserad kognitiv terapi, här förkortat MBKT, är en återfallsförebyggande psykologisk gruppbehandling vid depression. Metoden är en kombination av kognitiv terapi och mindfulnessmeditation, utarbetad av Zindel Segal, universitetet i Toronto, John Teasdale, Camebridgeuniversitetet och Mark Williams, universitetet i Wales, Bangor. Alla tre är kliniker och prominenta forskare vad gäller såväl depression som kognitiv terapi.

(Artikeln tidigare publicerad i Psykologtidningen nr 20-2003)

Det finns få preventiva psykologiska behandlingsmetoder vid depression men MBKT är intressant även ur andra aspekter. Den är en av de nya integrativa psykoterapiformer vars förståelsemodeller för psykiska problem och förändring, skär över de traditionella psykoterapigränserna (Greenberg & Paivio 1997, Hayes, 1999, Linehan, 1993), Vidare är MBKT ickedualistisk, vilket innebär att kroppsbaserade interventioner utgör självklara inslag. MBKT är också i linje med den hälsoinriktade psykologi som betonar människans självläkande förmåga och vikten av att förse människor med de verktyg de behöver för att förebygga och hantera psykiska problem. Normaliseringsperspektivet betonas genom att problemen, så långt det går begripliggörs utifrån naturligt mänskligt fungerande.

Återkommande depression

Depression är ett av våra största folkhälsoproblem. Var femte person blir svårt deprimerad vid

någon tidpunkt i livet. Vid "egentlig depression" (Mini-D, 1995)) som denna artikel belyser, är kognitiv terapi dokumenterat effektiv (Blackburn et al 1986). Dess effekt är likvärdig med antidepressiv medicinering. Bilden kompliceras dock av att depression ofta återkommer hos individer som redan upplevt depression. Dessutom tenderar intervallerna mellan depressionerna att bli allt kortare (Keller 1983, Paykel et al 1995). Antidepressiv medicinering förebygger visserligen återkommande depression men efter avslutad medicinering kvarstår inte den förebyggande effekten. Negativa biverkningar är vanliga och många avbryter medicineringen (Reuters/Health 1999). Behovet är således stort av alternativ psykologisk, förebyggande behandling. Vilka är då de psykologiska mekanismer som genererar återfall i depression och hur skulle återfallsförebyggande psykoterapi se ut?

Sårbarhet för depression

I kognitiv terapi ses uppkomstmekanismerna vid depression som multifaktoriella. De första depressionsepisoderna är ofta utlösta av negativa levnadshändelser, såsom separationer, avvisanden och besvikelser. Det depressiva tillståndet karaktäriseras av samspelet mellan tankar, känslor, kroppsupplevelser och beteenden som ömsesidigt påverkar varandra och bidrar till de onda cirklar som vidmakthåller depressionen (Clark & Beck 1999). Förutom att negativa tankar leder till låg sinnesstämning, verkar den springande punkten vid återkommande depression vara en extrem sårbarhet för sorgsenhet och låg sinnesstämning, i den meningen att sorgsenhet närmast automatiskt aktiverar negativa kognitioner (Teasdale 1998). Detta innebär att hos personer med återkommande depressioner, kan vardaglig, naturlig sorgsenhet leda till kraftig ökning av negativa tankemönster, vilket ökar risken för återfall. Det gäller även när personen kommit ur sin depression. Dessutom har denna *kognitiva reaktivitet* en tendens att tillta, vilket innebär att varje

depressionsepisod ökar risken för ny depression. Ju fler depressionsepisoder desto mindre betydelse verkar levnadsomständigheter ha. *Robert Posts* (1992) neurobiologiska studier ligger i linje med *Teasdales* hypotes. Tidiga depressioner föregås ofta av negativa levnadshändelser. Varje ny episod sänker den neurobiologiska tröskel som utlöser depression. Med tiden når den en punkt när depressionerna ser ut att uppträda spontant.

Ältande

Förutom att låg sinnesstämning aktiverar negativt tänkande, som i sin tur kan leda till ny depression, finns det belägg för att personer med återkommande depressioner även skiljer ut sig i sättet att processa sorgsenhet eller låg sinnesstämning. Man har funnit markanta skillnader i hur människor reagerar på sorgsenhet. Somliga gör sådant som leder uppmärksamheten utåt, medan andra fokuserar uppmärksamheten på sig själva. Den senare strategin, "*the ruminative response style*", innebär ett ofruktbart *ältande* som förlänger det sorgsna känslotillståndet. (Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S 1995)

Varför fortsätter man att älta trots att man mår sämre av det? Att försöka lösa problem genom att fundera över sig själv i syfte att öka självförståelsen, är i sig adaptivt. Det är också vad psykoterapi oftast handlar om och vad som vanligtvis behövs vid kris och traumatiska upplevelser. Men vid återkommande depression som inte är funktionell, kommer frågorna om varför man har det som man har det och

varför man är som man är, att leda till rundgång i negativa tankar. Därmed vidmakthålls och förstärks det tillstånd man försöker ta sig ur. Lösningen blir alltså problemet; risken för ny depression ökar. Det personer med återkommande depressioner behöver är således strategier för att lösgöra sig från de ältande självupprätthållande processerna och finna mer funktionella sätt för att reglera sorgsenhet och låg sinnesstämning.

Kognitiv terapi vid akut depression minskar återfallsrisken till 20 – 25 % (Evans 1992, Shea 1992) vilket innebär att den även i sin traditionella form fungerar förebyggande. Tanken med MBKT var att renodla de preventiva inslagen i kognitiv terapi och utveckla en specifik återfallsförebyggande modell. Vilka är då de förebyggande inslagen i kognitiv terapi? Kognitiv terapi syftar till att öka patientens medvetenhet om sina tankar, känslor, kroppsupplevelser och beteenden, vilket är förutsättningen för att kunna bryta de onda cirklar som genererar depression. Därmed blir det möjligt för patienten att förändra sina negativa tankemönster, att bättre kunna reglera sina emotioner och att finna nya funktionella handlingsmönster. En stor del av detta terapeutiska arbete sker genom att patienten i olika situationer i och utanför terapin observerar, identifierar och utforskar egna upplevelser. När patienten tar ett steg bakåt och betraktar tankar och känslor ur ett vidare perspektiv, får hon en flexiblare och mindre bokstavlig hållning till dem.

Denna självobservation eller *decentrering* leder implicit till en förändring i patientens sätt att *förhålla sig* till sina tankar och känslor. Patienten kan börja betrakta sina tankar som "bara tankar", det vill säga som *mentala händelser* snarare än absoluta personliga sanningar. Intresset förskjuts från kognitivt *innehåll* till kognitiva *processer*. Decentrering är alltså inte bara en metod utan ett centralt terapeutiskt mål vid återfallsförebyggande kognitiv terapi.

Att öka förmågan till decentrering är också centralt i dialektisk beteendeterapi vid borderlinetillstånd (Linehan 1994). När *Marsha Linehan* letade efter metoder för att hjälpa suicidala, självskadande kvinnor att hantera intensiva, smärtsamma emotioner fastnade hon för mindfulnessmeditation såsom den tillämpas av professor *Jon Kabat Zinn* vid Stress Reduction Clinic vid University Hospital of Massachusetts. Kabat Zinn (1990) har sedan sjuttioalet använt mindfulness vid framförallt smärta och kronisk fysisk sjukdom. Syftet är att förse patienten med en metod som gör det möjligt att lösgöra sig från och bättre hantera den stress som smärtan eller sjukdomen i sig genererar och som ofta förvärrar tillståndet. Linehan var den första som implementerade mindfulness i psykoterapi. Hon var också den som inspirerade *Teasdale*, *Segal* och *Williams* att undersöka om mindfulness skulle kunna användas i preventiv kognitiv terapi vid depression. Kabat Zinns metod visade sig ha slående likheter med vissa förändringsprinciper i kognitiv terapi. Betoningen ligger på decentrering och syftar

liksom kognitiv terapi till att stanna upp och hindra negativa tankar och känslor från att automatiseras. Liksom övning i mindfulness underlättar tidigt igenkännande av stress, kan den även vid depression fungera som ett tidigt varningssystem.

Mindfulness

Mindfulnessmeditationen kommer från den zenbuddistiska traditionen som har sitt ursprung i österländsk andlig kultur. Den syftar till ökad insikt om oss själva och om viktiga existentiella frågor. Medan en del meditationsformer syftar till att exkludera, går mindfulness ut på att inkludera och betrakta allt som dyker upp i medvetandet. Jon Kabat Zinn definierar mindfulness som *"paying attention in a particular way: on purpose, in the moment and nonjudgmentally"* (1990). Meditationen går till så att man sittande (eller gående) med en avspänd men uppmärksam kroppshållning övar att vara uppmärksamt närvarande stund för stund. Med andningsrörelsen som utgångspunkt betraktar man de sinnenförmåelser, tankar, känslor och kroppsupplevelser som kommer och går. Genom direkt observation av dessa nås en direkt, ickereflekterad självkänedom. Att lugnt observera snarare än att reagera hjälper oss att bättre bemöta svårigheter som uppträder i vardagen.

Att byta mental växel

Inom mindfulness-traditionen förekommer två begrepp som kastar ljus över vad det är den deprimerade, liksom alla människor

mer eller mindre kämpar med. Man tänker sig två olika mentala stilar (modes of mind) i mänskligt fungerande, som bör befinna sig i harmonisk balans. Dessa i grunden ändamålsenliga strategier benämns "doing" mode och "being" mode. "Doing" mode är ovärderlig vid problemlösning och alldeles nödvändig för vår överlevnad. Men i vår prestationsinriktade kultur tenderar "doing" mode att bli allt för dominerande på bekostnad av "being" mode. Denna överaktivering av "doing" mode uppstår när vi upplever skillnader i hur vår livssituation faktiskt är och hur vi önskar att den vore. Negativa tankar och känslor aktiveras, liksom gamla strategier för att minska diskrepansen. När detta inte lyckas fortsätter processandet i "doing" mode och systemet går på rundgång för att finna lösningar.

Den subjektiva upplevelsen av "doing" mode är en ihållande känsla av otillfredsställelse och frustration. Tankarna kretsar kring "måsten" och "borden" och att man inte duger som man är. Lösningen antas ligga i att prestera mer på ett eller annat sätt. Tillståndet karaktäriseras av åltande, liksom av en ohälsosam benägenhet att värdera egna upplevelser som bra eller dåliga.

"Being" mode är på många sätt motsatsen till "doing" mode. "Doing" mode innebär ett konceptuellt *tänkande om*. "Being" mode kännetecknas av direkt, omedelbart *upplevande*. Medan "doing" modes målinriktade processande gör oss

mindre mentalt närvarande, möjliggör "being" mode en direkt och rik upplevelse av nuet och ett accepterande och tillåtande av det som är.

Eftersom "being" mode inte strävar efter att minska glappen mellan det som är och det som önskas, triggas inte med automatik gamla tanke- och handlingsmönster. Detta gör det lättare att tolerera och vara kvar i smärtsamma känslotillstånd, hantlingsmöjligheterna ökar. När vi under meditation är uppmärksamt närvarande befinner vi oss i "being mode". Den stillhet vi då kan uppleva ger en känsla av tillhörighet och trygghet som det är upp till var och en att bestämma betydelsen av.

"Doing" och "being" mode kan liknas vid två olika växlingslägen. Liksom bilen som kontinuerligt byter växelläge utifrån vad trafiksituationen kräver, behöver den depressiva lära sig att känna igen och byta mentala växlar. Vid potentiella återfall ligger lösningen i att känna igen och lösgöra sig från "doing" mode. Mindfulnessmeditation tillhandahåller således både en metod för att öka medvetenheten om dessa växellägen och en alternativ växel att slå över till.

En psykoedukativ modell

Liksom Kabat Zinns Mindfulness Based Stress Reduction, är MBKT utformat som ett åtta-veckorsprogram med en två timmars grupp-session i veckan. Däremellan övar deltagarna på egen hand en timme dagligen. Patienter som är aktivt suicidala utan någon annan vårdande kontakt och de med pågående drog- och alkoholmissbruk exklude-

ras. Deltagarna ska ha haft tidigare depression men nu vara återhämtade. Gruppstorleken varierar mellan 8-12 deltagare. Efter avslutat program förekommer fyra uppföljningstillfällen.

Programmet följer en på förhand utarbetad plan med givna teman och hemuppgifter. Inledningsvis lär sig deltagarna att känna igen "doing" modes alla manifestationer och att utveckla "being" mode genom intensiv meditationsövning. Därefter övar deltagarna att uppmärksamma hur snabbt och närmast automatiskt vi går över i "doing" mode och hur vi sedan i olika vardagliga sammanhang, med hjälp av mindfulness kan känna igen och lösgöra oss från den samma. Eller, när detta inte är möjligt ligger övningen i att helt enkelt möta, acceptera och vara närvarande i svåra känslotillstånd.

Decentrering som är den centrala principen här, innebär för övrigt inte att dissociera från eller ignorera smärtsamma känslor. Snarare att inta en välkomnande, tillåtande hållning som "öppnar upp" för svåra upplevelser. Syftet är inte att undvika lidande utan att omfatta det och leva mitt i det. I mindfulnessmeditationen odlas en livsstil som innebär att stanna upp, acceptera och låta gå.

I MBKT är ledaren instruktör snarare än psykoterapeut. Deltagarna lär sig mindfulness dels genom meditationsövning och dels genom instruktörens förkroppsligande av en mindful hållning. Det är alldeles nödvändigt att instruktören via egen praktik har metoden och förhållningssättet "i kroppen". Instruktörens roll kan liknas vid simlärarens. Hon måste själv ha upplevt svårigheterna förenade med att lära sig simma. Hon ska delta jämsides med kursdeltagarna snarare än att instruera dem från strandkanten.

MBKT är en psykoedukativ metod med fokus på resurser och färdigheter, snarare än på problem som ska lösas. Därmed minskar risken att fastna i ältande som i värsta fall förstärker det tillstånd man försöker undvika. Utgångspunkten är att deltagarna inom sig har den självläkande kraft som behövs för att hantera problemen. Instruktörens funktion kan liknas vid att plantera frön. Hon har varken kontroll över eller ansvar för hur lång tid de behöver för att gro.

I MBKT används kroppsövningar i större utsträckning än vanligt i psykologisk behandling. Helhetsperspektivet innebär att självkänedom till stora delar handlar om kroppskänedom. Vid depressivt ältande befinner sig personen nästan uteslutande "uppe i huvudet". Kroppsmedvetenhetsövningar tydliggör hur negativa tankar och känslor ofta uttrycks via kroppen. Denna medvetenhet skapar flera vägar in till svåra upplevelser. Andningen utgör den trygga bas som man "bottnar i" när upplevelserna blir överväldigande. Genom att kroppsbaseade och konceptuella lärandeprocesser vävs ihop sker en genomgripande förändring i tankar, känslor, kroppsupplevelser och beteende.

Slutligen har MBKT utvärderats i en randomiserad multicenterstudie, innefattande 145 patienter med tidigare diagnos "egentlig depression", som mätt bra de tre senaste månaderna (Teasdale, Segal, Williams, 2000). Patienterna följdes upp i 14 månader. I referensgruppen som bestod av patienter som fått sedvanlig behandling låg återfallsfrekvensen på 66 % medan den för de som fått MBKT låg på 37 %. Hos patienter med mer än tre tidigare depressioner halverades återfallsfrekvensen jämfört med referensgruppen. Skillnaderna är signifikanta. Något oväntat framgick ingen skillnad hos patienter med endast två tidigare depressioner som fått MBKT, jämfört med referensgruppen. En av författarnas hypoteser är att patienter med endast två tidigare depressioner är upptagna av att bearbeta de ne-

Hemuppgifter

Liksom i all kognitiv terapi är hemuppgifter standard i MBKT. Den kunskap som nås via att endast prata om saker är begränsad. Varaktigt förändring behöver upplevelsebaseras; "learning by doing". Övning mellan sessionerna syftar till att få metoden att bli så integrerad i personen att den fungerar även vid stark negativ emotion och potentiella återfall.

Det är i vardagen som risksituationerna finns och således är det nödvändigt att där odla en mindful hållning. En stående hemuppgift är till exempel att dagligen utföra en syssla som att äta, borsta tänderna eller dricka te under medveten närvaro.

Resultat

Slutligen har MBKT utvärderats i en randomiserad multicenterstudie, innefattande 145 patienter med tidigare diagnos "egentlig depression", som mätt bra de tre senaste månaderna (Teasdale, Segal, Williams, 2000). Patienterna följdes upp i 14 månader. I referensgruppen som bestod av patienter som fått sedvanlig behandling låg återfallsfrekvensen på 66 % medan den för de som fått MBKT låg på 37 %. Hos patienter med mer än tre tidigare depressioner halverades återfallsfrekvensen jämfört med referensgruppen. Skillnaderna är signifikanta. Något oväntat framgick ingen skillnad hos patienter med endast två tidigare depressioner som fått MBKT, jämfört med referensgruppen. En av författarnas hypoteser är att patienter med endast två tidigare depressioner är upptagna av att bearbeta de ne-

gativa levnadshändelser som utlöst depression och MBKT är därmed inte vad de i första hand behöver. För de som haft tre eller flera depressioner kan man tänka sig att de återkommande depressionerna är mer automatiserade reaktioner och då svarar MBKT väl mot patientens behov.

Eva Hedenstedt
Psykolog, lärare och handledare
i psykoterapi
eva@wisemind.se

Referenser

Blackburn IM et al. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders* 1986; 10: 67-75.

Clark, D & Beck, A. *Scientific Foundation of Cognitive Theory and Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley, 1999.

Linehan, M *Cognitive-Behavioral Tre-*

atment of Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press 1993.

Kabat Zinn, J *Full Catastrophe living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face stress, Pain and Illness*. New York: Delta Books. 1990

Keller, MB et al. Predictors of relapse in major depressive disorders. *Journals of the American Medical Association*. 1983; 250:3299-3304.

Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema s. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problemsolving. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69: 176-190.

Mini-D Stockholm: Pilgrim Press 1995.

Paykel ES, et al. Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine* 1995; 25:1171-1180.

Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.

Reuters/Health. Few patients satisfied with antidepressants, 1999. Available: www.reuters.com

Segal Z, Teasdale J, Williams M. *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York London: The Guilford Press 2002.

ach to Preventing Relapse. New York London: The Guilford Press 2002.

Teasdale JD. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*. 1998 ; 2:247-274.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway V, Soulsby J, Lau M. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68:615-623.



CENTERTRÄFF 9 - 10 MARS

En träff för behandlingsenheter kommer att anordnas i Norrköping. Programmet är ännu inte klart, men håll utkik på föreningens hemsida www.kognitiva.org.

Sök *Kognitiva behandlingsenheter* på LÄNKAR.