

Mindfulness

-baseret kognitiv terapi

Interessen for mindfulness i behandlingen af psykiske lidelser er i vækst. Ved tilbagevendende depression interesserer man sig særligt for mindfulness-baseret kognitiv terapi som forebyggende behandling.



MBKT ■ Af Jacob Piet

■ Effektforskning i randomiserede kontrollerede forsøg har demonstreret, at mindfulness-baseret kognitiv terapi, MBKT, er en virksom og omkostningseffektiv behandling over for personer, der har oplevet mere end to tidligere depressive episoder.

Mark Williams (2008), professor i klinisk psykologi ved Oxford Universitet, har beskrevet mindfulness som en særlig form for opmærksomhed, der opstår gennem træning og udvikling af: a) intentionel opmærksomhed over for nuværende oplevelser og begivenheder, således som de fremtræder fra øjeblik til øjeblik, med evne til at: b) bemærke hertil knyttede vanemæssige reaktioner, typisk karakteriseret ved tilknytning (sympati) eller aversion (antipati) (med risiko for rumination eller undgåelse), og med evne til at: c) respondere over for disse oplevelser, og egen umiddelbare reaktion, med en åben, nysgerrig og venlig indstilling.

Det er en grundantagelse i MBKT, at måden, vi forholder os til vores tanker, følelser og kropslige fornemmelser på, er en afgørende faktor for at udvikle og vedligeholde psykopatologi. Negative tanker, svære følelser og ubehagelige kropsfornemmelser kan automatisk aktivere negative tænkningmønstre og give anledning til uhensigtsmæssige undgåelsesstrategier.

Rumination, der er en udløsende og vedligeholdende faktor ved angst og depression, er et godt eksempel. Rumination er passiv og gentagen fokusering på egne symptomer og negative livsvilkår. Det er en strategi, hvor individet for-

søger at tænke sig frem til en løsning ved at analysere situationens mulige årsager og implikationer. Imidlertid fører rumination ikke til aktiv problemløsning, men forværrer og opretholder de negative symptomer.

MBKT har fokus på håndtering af ubehagelige tilstande ved at fremme accept og emotionel tolerance gennem træning af en bevidst ikke-dømmende form for opmærksomhed, der er uforenelig med psykopatologiske processer som emotionel undgåelse, bekymring og rumination.

Beskrivelse af MBKT

MBKT er et manualiseret behandlingsprogram udviklet af Segal, Williams & Teasdale (2002) med henblik på at forebygge tilbagefald ved depression. Programmet integrerer elementer fra kognitiv adfærdsterapi (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) med træning i mindfulness meditation (Kabat-Zinn, 1990). Det hører til blandt bølgen af nyudviklinger inden for tredje generation af kognitiv adfærdsterapi, hvor acceptbaserede metoder fremhæves i kombination med klassiske forandringsstrategier (Hayes, Follette & Linehan, 2004). MBKT forløber over otte ugentlige sessioner a hver to timers varighed og foregår i grupper med 8-15 deltagere. Det forventes af deltagerne, at de kan afsætte op til én times hjemmearbejde til træning i mindfulness seks dage om ugen. I tillæg til træningssessionerne anbefales det, at deltagerne i løbet af det efterfølgende år mødes fire gange til opfølgning på forløbet.

Deltagerne i MBKT-programmet praktiserer mindfulness



gennem en række formelle og uformelle øvelser. De formelle øvelser består af siddende meditationer, liggende kropsscanning, gående meditation, stående stræk og simple yogaøvelser. De fysiske øvelser giver deltagerne mulighed for at praktisere mindfulness og accept over for intense kropslige fornemmelser, der sædvanligvis undgås. Tilsvarende vil de længerevarende siddende meditationer, hvor opmærksomheden rettes mod interne stimuli, eksponere deltagerne for en række tilstande, der kan være forbundet med kropsligt og følelsesmæssigt ubehag. Disse tilstande kan typisk aktivere mønstre af negativ tænkning. Her træner den enkelte evnen til at identificere dysfunktionelle tankeprocesser, når de opstår, samt evnen til intentionelt at kunne regulere opmærksomheden tilbage til stimuli i den nuværende situation, med en accepterende og ikke-dømmende attitude. Metoden øger antagelig den affektive tolerance, alt imens tilbagefaldsudløsende processer bremses i opløbet.

De uformelle øvelser i MBKT skal træne og forbedre deltagerens evne til bevidst nærvær i forbindelse med hverdagsaktiviteter og rutiner, der ofte foregår automatisk uden megen opmærksomhed på den subjektive oplevelse. Det er således muligt og ganske almindeligt at tage et bad, vaske op, gå en tur, køre bil eller læse en bog, mens opmærksomheden til tider er optaget af noget helt andet, fx planlægning, erindring, bekymring eller spekulation.

Til brug i vanskelige situationer introduceres deltagerne også for en treminutters øvelse, hvor den enkelte – frem for at handle impulsivt og forsøge at undgå det hertil knyttede ubehag – lærer at stoppe op og bringe fuld opmærksomhed og accept til aktuelle kropslige fornemmelser, tanker og følelser.

Gennem første halvdel af programmet skal deltagerne overvejende lære at rette opmærksomheden på specifikke aspekter af deres subjektive oplevelse, såsom åndedrættet eller de kropslige fornemmelser. Senere i forløbet trænes evnen til at udvide opmærksomheden med et bevidst og fleksibelt nærvær over for mangfoldigheden af ydre og indre oplevelser, herunder lyde, synsindtryk, tanker og følelser.

Foruden den grundlæggende mindfulness-træning inkluderer MBKT velkendte metoder fra kognitiv adfærdsterapi. Herunder psykoedukation om depression, der omhandler lidelsens symptomer, udbredelse og årsager, men

>



væsentligst har fokus på tilbagefalds-udløsende faktorer og vedligeholdende mekanismer. Der inddrages endvidere øvelser og modeller, som skal illustrere sammenhængen mellem tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd, og her understreges det uhensigtsmæssige i ruminerende verbale problemløsningsstrategier samt forsøg på emotionsregulering gennem kontrol, undgåelse og undertrykkelse. Sidst i programmet arbejder man eksPLICIT på tilbagefaldsforebyggelse, og der udarbejdes en liste over tidlige advarselssignaler (individuelle dysfunktionelle mønstre for tænkning og adfærd) og

en handlingsplan med fokus på nærrende aktiviteter.

Opmærksomhedskontrol og adaptiv selvfokusering

MBKT adskiller sig fra klassisk kognitivterapi ved at fremhæve accept frem for strategier til forandring. Der tilbydes ingen træning i kognitiv omstrukturering, hvor klient og terapeut samarbejder i forsøg på at ændre på indholdet i tanker. Derimod trænes evnen til at identificere negative tankemønstre, når de opstår, og evnen til at regulere opmærksomheden og fastholde fokus på oplevelser i nuet, så man kan bremse tendenser til undgåelse, bekymring og rumination.

Deltagerne lærer at bemærke den effekt, som negative tanker har på kroppen, og formålet er her at undersøge og registrere de kropslige fornemmelser direkte frem for at spekulere over, undertrykke eller undgå det oplevede. Mindfulness-træning indebærer, at tanker, følelser og kropslige fornemmelser opleves og accepteres. Når der praktiseres mindfulness, træner deltagerne deres villighed til at opleve både behagelige og ubehagelige fornemmelser, og de forsøger samtidig at undlade at forholde sig til det oplevede gennem sproglig refleksion, analyse og evaluering.

Gennem erfaringsbaseret indlæring forbedres deltagerne

evne til at skelne mellem to måder at forholde sig til deres subjektive oplevelser på – svarende til to forskellige former for selvfokusering beskrevet af Watkins & Teasdale (2004). Hvis jeg fx vågner en morgen med et nedsat stemningsleje og med tanken ”Jeg er trist”, så er der her mulighed for enten en hensigtsmæssig eller en uhensigtsmæssig form for selvfokus.

Den uhensigtsmæssige er konceptuelt baseret og giver anledning til associationer med udgangspunkt i spekulation og vurdering: Hvorfor er jeg trist? Mit liv fungerer ikke for tiden,; jeg har svært ved at passe mit arbejde; forholdet til min partner går dårligt; hun fortjener bedre; hvis jeg mister hende, klarer jeg den ikke; jeg burde tage mig sammen etc. Der er tale om en ruminativ selvfokusering, der blot skaber forværring med risiko for depression. Den mere hensigtsmæssige form for informationsbearbejdning beror på et selvfokus, der er direkte, konkret, oplevelsesorienteret og ikke-dømmende.

Frem for at aktivere evaluerende tænkingsprocesser rettes opmærksomheden her mod måden, hvorpå specifikke oplevelser udfolder sig fra øjeblik til øjeblik. Mindfulness-træning fremmer evnen til at registrere og bremse konceptuel selvfokusering (via metakognitiv opmærksomhed) til fordel for et oplevelsesorienteret selvfokus, hvor opmærksomheden er stabil og fleksibel, rettet mod begivenheder i nuet. Overordnet er der teoretisk belæg for, at mindfulness-træning kan forebygge tilbagefald ved depression gennem øget opmærksomhedskontrol og større tolerance over for affektive tilstande (Teasdale, Zegal & Williams, 1995; Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Baggrund for MBKT

Depression er en udbredt lidelse – resultater fra en nyere dansk undersøgelse peger på, at 4,1 % af den danske befolkning opfylder kriterierne for enten let, moderate eller svær depression (Olsen, Mortensen & Bech, 2004). Forskellige studier indikerer, at omtrent 10-25 % kvinder og 5-12 % mænd i løbet af deres liv oplever en klinisk depression (American Psychiatric Association, 2000). WHO klassificerer depression som den fjerdestørste sygdomsbyrde på verdensplan og forudser, at lidelsen målt på antal tabte arbejdsdage vil blive den største.

Forskning har vist, at risikoen for tilbagefald er mellem 50-80 % for personer, der tidligere har været de-

”

Inden man udvikler programmer til at forebygge depressivt tilbagefald, er det væsentligt at have kendskab til, hvad der forårsager tilbagefald. ”

primeret (Judd, 1997). Jo flere tidligere episoder, des større risiko for tilbagefald (Kessing et al., 2004), og selv efter vellykket behandling er tilbagevendende depression normen for mange patienter (Hollon et al., 2006). Depression betragtes derfor i højere grad end tidligere som en kronisk tilbagefaldsrelateret lidelse, hvorfor der er brug for effektiv tilbagefaldsforebyggende behandling.

Inden man udvikler programmer til effektivt at forebygge depressivt tilbagefald, er det væsentligt at have kendskab til, hvad der forårsager tilbagefald. Her er spørgsmålet interessant: Hvorfor er tidligere deprimerede mere sårbare over for depression end personer, der aldrig har været deprimerede?

Depression kendetegnes ved en række negative antagelser om selv, andre og verden. Det er derfor oplagt at antage, at tidligere deprimerede har markant flere dysfunktionelle holdninger end personer, der ikke har oplevet en klinisk depressiv episode. Men sådan forholder det sig ikke! Eksperimentelle studier peger derimod på, at personer, der tidligere har været deprimerede, er kendetegnet ved øget kognitiv reaktivitet, når de udsættes for et almindeligt nedsat stemningsleje (Segal et al., 1996).

Den teoretiske model for MBKT er kort beskrevet, at et nedsat humørniveau kan reaktivere den negative ruminerende tænkning, karakteristisk for den forudgående depressive episode og herved bevirke, at situationen forværres og eskaleres i endnu en depressiv episode. MBKT er derfor udviklet som en tilbagefaldsforebyggende behandling, der i særlig grad retter sig mod at begrænse rumination. Men hvor effektivt kan MBKT forebygge tilbagefald?

Effektforskning

To store randomiserede kontrollerede forsøg (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004) har vist at MBKT kan reducere risikoen for tilbagefald med omtrent 40-50 % hos personer, der tidligere har oplevet tre eller flere depressive episoder. Det-

te resultat er umiddelbart sammenligneligt med den profylaktiske effekt af kognitiv adfærdsterapi over for depression (Hollon et al. 2006).

Men kan MBKT konkurrere med antidepressiv medicin (ADM), der er en virksom og anbefalet behandling ved tilbagevendende depression?

Dette forhold er blevet undersøgt i et tredje randomiseret kontrolleret forsøg af Kuyken et al. (2008) med 123 deltagere i bedring efter ADM for depression. Her blev den forebyggende effekt af MBKT over for vedligeholdende antidepressiv medicin undersøgt på personer med tre eller flere tidligere depressive episoder. En 15-måneders opfølgingsundersøgelse viste, at 47 % i MBKT-gruppen oplevede tilbagefald mod 60 % i ADM-gruppen. MBKT var desuden signifikant mere effektiv, hvad angår reduktion af tiloversblevne depressive symptomer og højelse af deltagernes livskvalitet. Undersøgelsen mangler at blive gentaget med tilsvarende resultater, men sandsynligvis kan MBKT fungere som brugbart alternativ over for tilbagevendende depression hos personer, der enten oplever generende bivirkninger af antidepressiv medicin eller ganske enkelt ikke ønsker at fortsætte den medicinske behandling for resten af deres liv.

Ovenstående studier har bidraget til, at MBKT for nylig har opnået status som evidensbaseret behandling. I en rapport fra den britiske sundhedsstyrelse ”National

- > *Institute of Mental Health and Clinical Excellence* anbefaler man således MBKT som en omkostningseffektiv og foretrukken behandling for personer, der har oplevet gentagne depressive episoder (NICE, oktober 2009). Ved Oxford Universitet har man oprettet en toårig "postgraduate master of studies in mindfulness-based cognitive therapy" for at uddanne og specialisere kompetente klinikere. Uddannelsen er en grundig indføring i relevant teori og forskning og indbefatter samtidig personlig træning i mindfulness. Uddannelsen, der foregår i moduler på deltid, forudsætter en akademisk grad inden for sundhedsområdet, erfaring og viden om kognitiv terapi (eller tilsvarende evidensbaserede psykoterapeutiske metoder) samt adgang til grupper af klienter med henblik på supervision under uddannelsesforløbet.

Effektivt ved akut behandling

MBKT er som sagt udviklet med henblik på forebyggelse af tilbagefald ved depression. En række studier, der har undersøgt den

umiddelbare før-efter-virkning af MBKT, har imidlertid fundet, at programmet også kan være effektivt i forbindelse med akut behandling.

Nyere studier peger på, at MBKT kan være virksomt over for kronisk depression såvel som behandlingsresistent aktiv depression (Barnhofer et al., 2009; Kenny & Williams, 2007), og randomiserede kontrollerede forsøg har vist, at MBKT sammenlignet med personer på venteliste kan reducere niveauet af depressive symptomer hos tidligere deprimerede (Crane et al., 2008; Hepburn et al., 2009; Williams et al., 2008).

MBKT retter sig mod at begrænse processer som rumination og undgåelse, der gør sig gældende på tværs af angst og depression, og behandlingen er derfor blevet tilpasset forskellige angstlidelser. Der er fundet signifikante før-efter-virkninger af MBKT over for panikangst (Kim et al., 2009), generaliseret angst (Cragie, Rees & Marsh, 2008; Evans et al., 2008) og socialfobi (Piet, Hougaard, Hecksher & Rosenberg, 2010).

- - -

Opsummerende er MBKT tilsyneladende en omkostningseffektiv behandling til forebyggelse af tilbagevendende depression. Samtidig har programmet vist sig at have en umiddelbar virkning over for angst- og depressive symptomer.

Jacob Piet, cand.psych.,
ph.d.-studerende ved Aarhus Universitet

LITTERATUR ■

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revised (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

Craigie, M.A., Rees, C.S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008).



”

Forsøg har vist, at MBKT kan reducere niveauet af depressive symptomer hos tidligere deprimerede

”

Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 553-568.

Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D.S., Hepburn, S., Fennell, M.V., & Williams, J.M.G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 775-787.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.

Hayes, S.C., Folette, V.M. & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.

Hepburn, S.R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D.S., Fennell, M.J.V., & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 209-215.

Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

Judd, L.L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kenny, M.A., & Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.

Kessing, L.V., Hansen, M.G., & Andersen, P.K. (2004). Course of illness in depressive and bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185(5), 372-377.

Kim, Y.W., Lee, S., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(7), 601-606.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.

Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.

National Institute of Mental Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Depression: The treatment and management of depression in adults (update, October 2009).

Olsen, L.R., Mortensen, E.L. & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the danish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 109; 96-103.

Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. & Rosenberg, N. (2009). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioural therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, in press.

Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26(2), 371-380.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press.

Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39.

Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

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.

Watkins, E., & Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 1-8.

Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275-279.

Williams, J.M.G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.