

# Mindfulness og evnen til å ha flere tanker i hodet på en gang

Katharine Peterson

Psykologspesialist/doktorgradsstipendiat, Oslo universitetssykehus HF

Forskningen om mindfulness er lovende, men en ukritisk adoptering er likevel problematisk sett opp mot et ideal om en evidensbasert praksis.



**TO TANKER:** «Mindfulnessbaserte intervensjoner er uten tvil et verdifullt bidrag til min terapeutiske verktøykasse, men jeg vil ikke se meg blind på alt som påstår seg å være evidensbasert mindfulnesspraksis av den grunn,» skriver Katharine Peterson.

## DEBATT: MINDFULNES

Gunilla Nilson og Thomas Silfving kritiserte den utbredte bruken av mindfulness i maiutgaven. Senere har Binder og Gjelsvik argumentert for at mindfulnessforskningen foregår innenfor et evidensbasert rammeverk. Katharine Peterson mener at forskningen fortsatt har en vei å gå i så måte.

Mindfulnessdebatten i de siste utgavene av Tidsskriftet har fått meg til å undres på hvordan vi havnet i den situasjon at man enten er *for* eller *mot*? Tilhengerne må ta noe av ansvaret med sin vekkelesesliknende overbevisning. Jeg har selv opplevd å bli møtt med antydninger om å være bakstrevsk, negativ og kunnskapsløs når jeg har prøvd å ta en diskusjon om mindfulness i terapeutisk praksis. Det er derfor modig når Nilson og Silfving i maiutgaven reiser en kritisk røst.

Månedet etter argumenterer Binder og Gjelsvik for at mindfulnessforskningen foregår innenfor et evidensbasert rammeverk med tilhørende, stringente forskningsmetoder. Hvis en skal diskutere metodens berettigelse, skriver de, må man derfor gjøre det med utgangspunkt i den forskningen som er gjort.

*Når vi har lemfeldig forhold til hva som er evidensbasert, er det fare for at vi vanner ut vårt fag og profesjon*

## Effekt

Jeg er enig i at det plasserer debatten der den hører hjemme. Men sett i lys av disse kriteriene har forskning på mindfulnesspraksis fortsatt en vei å gå. For skal en psykoterapi vurderes som effektiv (efficacious) og spesifikk, er det vanlig å kreve at behandlingen er dokumentert å være bedre enn en tablett, en psykologisk placebo eller en annen bona fide behandling. Dessuten må resultatene være replikert av en annen, uavhengig instans, altså at behandlere tilhørende andre skoleretninger får de samme, gode resultatene som opphavsmannen. Undersøkelsene bør gjøres på randomiserte utvalg og helst med en longitudinell design, og variablene brukt til å måle endring (outcome) skal være standardiserte, validerte og reliable.

Da Hofmann et al. (2010) gjennomførte en meta-analytisk effektstudie av mindfulness i terapi, fant de at under halvparten av de inkluderte studiene hadde sammenlikningsgruppe og de færreste av disse fylte kriteriene for kontrollgruppe (forfatterne endte opp med å ekskludere hele 688 av 727 publiserte arbeider på temaet). Mangfoldet i de kliniske gruppene som ble inkludert i undersøkelsen var stor (depresjon, hodeskade, kreft, fibromyalgi, diabetes osv.) og målemetodene i de ulike studiene varierte. Dette store mangfoldet gjør det vanskelig å si noe sikkert om effekten av mindfulness i terapi. Binder og Gjelsvik argumenterer med at forskning innenfor mindfulnesspraksis er «opptatt av hvordan ulike former for mindfulnesspraksis må tilpasses ut fra teoretiske (etiologiske) antakelser om problemets natur og hvordan mindfulness kan hjelpe». Men å gjøre preog postmålinger på et stort antall, ulike kliniske grupper er ikke det samme som å gjøre en lidelsesspesifikk effektstudie av en psykoterapi.

## Åpen eller ukritisk?

Går vi til Kabat-Zinns mindfulness, er dette en ateoretisk tilnærming til stressog smertebehandling. Metoden baserer seg ikke på noen etterprøvbare modell, men på en buddhistisk meditasjonsfilosofi. Den mediterende lærer et sett av kunnskaper og ferdigheter. Kliniske undersøkelser kan derfor i beste fall slutte seg til at pasienten hadde det slik og slik før terapien og sånn og sånn etter, uten at det er mulig å etterprøve hvilke av de mange ingrediensene i behandlingen som har effekt. Er for eksempel meditasjonsdelen virksom uten undervisning i de syv grunnholdninger – eller omvendt?

Mindfulnesspraksis brer om seg. At behandlere innenfor psykisk helsevern er våkne, åpne for og interesserte i nye påvirkninger er en god ting. En ukritisk adoptering av nye strømninger er likevel problematisk, sett opp mot et ideal om en evidensbasert praksis. Forskningen på mindfulnessbaserte terapier virker lovende. Men vi er langt unna å kunne konkludere med at intervensjoner fra denne tradisjonen er evidensbasert praksis for behandling av ulike, mentale lidelser.

## Utvanning av faget

Jeg har både personlig og yrkesmessig hatt glede av å studere mindfulness, og Binders og Vøllestads artikkel i Tidsskriftet fra 2010 om oppmerksomt nærvær som endringsfaktor var inspirerende og

anbefales for interesserte klinikere. Men jeg er likevel bekymret for at vi vanner ut psykologifaget hvis vi ikke passer på og velger våre metoder med omhu. Evidensbasert praksis innebærer å velge teknikk ut i fra hva forskningen anbefaler for problemet eller lidelsen for hånden. Det er den enkelte kliniker selv som har ansvaret for å drive en evidensbasert praksis, ikke forskerens. Når psykologer arrangerer gruppekurs og gir ut selvhjelpsbøker i stort omfang, og når vi har lemfeldig forhold til hva som er «evidensbasert», er det fare for at vi vanner ut vårt fag og profesjon. Mindfulnessbaserte intervensjoner er uten tvil et verdifullt bidrag til min terapeutiske verktøykasse, men jeg vil ikke se meg blind på alt som påstår seg å være evidensbasert mindfulnesspraksis av den grunn.

katharine.peterson@medisin.uio.no