

Er det forskningsmessig støtte for at oppmerksomt nærvær hjelper ved rusproblemer?

Ingrid Dundas , Kari Ravnanger , Jon Vøllestad og Per Einar Binder

Er det forskningsmessig støtte for at oppmerksomt nærvær hjelper ved rusproblemer?

Forskning på oppmerksomt nærvær tyder på at det kan ha god effekt i behandling av rusmisbruk. Feltet er imidlertid ungt, og studiene oppfylte sjelden strenge metodiske krav.

Prosjektet er økonomisk støttet av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) til Kari Ravnanger.

Oppmerksomt nærvær, eller mindfulness, er en ikke-dømmende holdning til sine egne opplevelser. En fleksibel, aksepterende og her-og-nå-orientert oppmerksomhet kan utvikles gjennom øvelser. Målsettingen er ikke å fjerne uønskete følelser, men å respondere hensiktsmessig når de inntreffer. Øvelsene omfatter fokus på pust og kroppsforfølelser, og trening i å oppfatte tanker og følelser som «hendelser i sinnet» framfor å reagere som om de direkte reflekterte virkeligheten. Oppmerksomhetsbaserte intervensjoner har en dokumentert gunstig virkning på flere vansker, for eksempel angst og depresjon (f.eks. De Vibe, Bjørndal, Hammerstrøm & Kowalski, 2012). Målsettingen her er å gi en kort gjennomgang av forskning på nærværsbaserte intervensjoner på rusproblemer, uten detaljert å drøfte metodiske aspekter. For diskusjon av metodisk holdbarhet av feltet før 2009, og en oversikt som inkluderer upubliserte studier og studier utenfor våre utvalgsriterer, se Zgierska et al. (2009). Vårt søk ble avgrenset til publiserte studier som målte endringer i rusbruk etter en nærværsbasert intervensjon. Vi stilte tre spørsmål: Bidrar slike intervensjoner til endring i rusbruk (og er endringen større enn ved andre intervensjoner), opplevdes intervensjonene som nyttige, og rapporteres negative effekter?

Metode

Vi søkte etter effektstudier i 13 databaser tilgjengelige under OvidSP hos Bergen Universitetsbibliotek, siste søk juni 2012. «Mindfulness» ble kombinert med «alcohol », «substance abuse», «drug use», «dual diagnosis», «SUD» (substance use disorders) og «methadone maintenance». Vi valgte publiserte artikler på engelsk eller skandinavisk, som målte alkohol, stoff eller vanedannende legemiddelbruk før og etter en nærværsbasert intervensjon for voksne eller ungdom. Vi utelot studier som kun målte rusbruk *etter* intervensjonen og omhandlet avhengighet av tobakk eller kun målte rusrelaterte variabler fremfor selve rusbruken. Flere publikasjoner fra samme utvalg er regnet som én undersøkelse.

Resultater

Femten studier fylte utvalgsriteriene, åtte med randomiserte design (tabell 1). De øvrige var ikke-randomiserte gruppestudier med og uten sammenlikningsgrupper, kassstudier, og serielle kassstudier (tabell 2). Deltakerne ble beskrevet som alkoholavhengige, stoffavhengige, opiatavhengige under legemiddelassistert rehabilitering, rusavhengige med personlighetsproblematikk, eller kombinasjoner av disse. Sju ulike behandlinger ble brukt. Én studie benyttet Vipassanameditasjon, som tilsvarer oppmerksomt nærvær-meditasjon med større buddhistisk innslag. Tre benyttet nærværbasert tilbakefallsforebygging (MBRP) et 8 ukers gruppeprogram som kombinerer øvelser i oppmerksomt nærvær med kognitiv atferdsterapi (Bowen et al., 2009). To benyttet dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan et al., 1999), to benyttet akseptog forpliktelsesterapi (ACT; Hayes et al, 2004), og to benyttet spirituell selv-skjema-terapi (3-S; Beitel et al, 2007), et 8–12 ukers program utviklet for hiv- og rusmiddelproblematikk med mål bl.a. å endre negative selvpoppfatninger. Én brukte et program for rus- og aggresjonsproblemer (MMT; Wupperman et al., 2012) og én brukte et program for bulimi og rusproblemer (MABT; Price, Wells, Donovan & Rue, 2012). Tre brukte programmer utviklet for de aktuelle undersøkelsene. Endring ble målt som nedgang i rusbruk eller redusert tilbakefall.

Tabell 1. Studier med randomisert design, av oppmerksomt nærvær-baserte intervensjoner mot rusproblemer.

	Utvalg	Behandlingsform intervensjonsgruppe. Postkartlegging (tidsrom en fulgte resultat etter endt behandling)	Behandlingsform kontrollgruppe	Resultat
Linehan et al. (1999)	Alkohol, stoff og legemiddelavhengige, alle med borderlinediagnose og på LAR (N = 28)	DBT. Postkartlegging 16 mnd	Ordinær	Mer bedring i DBT gruppen
Linehan et al. (2002)	Opiatavhengige med borderlinediagnose, alle på LAR (N = 23)	DBT. Post-kartlegging 16 mnd	Modifisert 12-steps program	Mer bedring i DBT gruppen
Alterman et al. (2004)	Alkohol- og stoffavhengige (N = 31)	Oppmerksomhetsbasert behandlingsprogram utviklet for denne undersøkelsen. Postkartlegging 5 md.	Ordinær	Lik bedring i begge grupper

Hayes et al. (2004)	Opiatavhengige på LAR (N = 38)	ACT+LAR. Postkartlegging 6 md.	12-steg + LAR og kun LAR	Både ACT+LAR og 12-steg+LAR bedre enn kun LAR, men ACT var mer konsistent bedre enn 12-steg
Avants et al. (2005)	Opiatavhengige på LAR (N = 29)	3-S gruppe behandling. Postkartlegging 0 md.	3-S individual	Lik bedring i begge grupper
Bowen et al. (2009), Witkiewitz & Bowen (2010)	Alkohol- og stoffavhengige ferdige med intensiv behandling (N =168)	MBRP. Postkartlegging 4 md.	Ordinær	Mindre tilbakefall i MBRP-gruppen
Brewer et al. (2009)	Alkohol og/eller kokain (N = 36)	Modifisert MBRP. Postkartlegging 0 md.	Kognitiv atferdsterapi	Lik bedring i begge grupper.
Price et al. (2012)	Kvinner med stoffproblemer (N = 46)	MABT+ordinær behandling. Postkartlegging 9 md.	Ordinær	Mindre stoffbruk i MABT-gruppen ved 3 md. posttest

Tretten studier viste en signifikant bedring etter intervensjonen. En viste økt rusbruk, men bedret søvn i perioden etter avsluttet tvungen behandling (Bootzin & Stevens, 2005). I tre av de åtte randomiserte studiene hadde den nærværsbaserte intervensjonen tilsvarende effekt som sammenlikningsgruppen (tabell 1). Like god effekt mellom behandlingsformer er vanlig, også innenfor rusfeltet (Bergmark, 2008; MATCH, 1997; UKATT, 2005). I de resterende fem randomiserte studiene kom den nærværsbaserte behandlingen totalt sett noe bedre ut (Hayes et al., 2004; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 1999; Price, et al., 2012; Witkiewitz & Bowen, 2010). En svakhet ved to av disse var lengre behandlingsvarighet i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Linehan et al., 1999; Price, et al., 2012). Utvalgene var små, selv i RCT-ene, som hadde 23 til 168 deltakere. Majoriteten av studiene baserte seg på selvrapportert bruk, kun to nyttet urinprøver. Deltakernes endringsberedskapsfase ble ikke rapportert. Intervensjonenes lengde varierte fra 8 uker til 1 år. Det er ikke grunnlag for å fastslå at nærværstreningen forårsaket bedringen. En styrke var at undersøkelsene inkluderte deltakere med omfattende problematikk.

Tabell 2. Studier av oppmerksomt nærvær-baserte intervensjoner med ikke-randomiserte design med/uten sammenlikningsgruppe, seriell-kasus-design og kasusdesign.

	Utvalg	Type behandling	Behandlingsform		Resultat
			Sammenlikningsgruppe	Sammenlikningsgruppe	
Bootzin & Stevens (2005)	Rusavhengig ungdom med nylig avsluttet	MBSR + - intervensjoner for bedre søvn	Nei	Ikke slg	Økt rusbruk i intervensjonsperioden. Bedre søvn

	intensiv behandling (N = 55)					
Bowen et al (2007) Bowen et al., (2006) Simpson et al. (2007)	Rusavhengige i fengsel (N = 173)	Vipassanameditasjon	Ja	Ordinær		Mindre rusmiddelbruk og bedre psykisk helse hos Vipassanagruppen
Margolin et al. (2007),	HIV-positive rusmisbrukere i LAR-behandling (N = 38)	3-S + LAR	Ja	Kun LAR		Tendens (p<.08) til at 3-S+ LAR førte til større reduksjon i rusmiddelbruk enn kun LAR- behandling.
Twohig et al. (2007)	Marihuana avhengige (N = 3)	ACT	Nei	Ikke slg		Redusert marihuana bruk ved 8 uker, men økte igjen ved 13 md.
Zgierska et al. (2008)	Alkoholavhengige ferdig med intensiv poliklinisk rus- behandling (N = 19)	Kombinasjon MBSR/MBCT og relapse prevention	Nei	Ikke slg		Redusert rusbruk og psykiske plager. Ikke endringer i fysiologiske mål på stress
Courbasson, Nishikawa & Shapira (2011)	Rusmiddelavhengige med bulemi (N = 38)	MACBT	Nei	Ikke slg		Redusert rusmiddelavhengighet og bulimi
Wupperman (2012)	Kvinner dømt til behandling for rus/ agresjonsproblemer (N = 14)	MMT	Nei	Ikke slg		Nedgang i dager med drikking og fysisk aggresjon

Deltakernes tro på behandlingen er viktig også i rusbehandling (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). Alle LARpasientene i en studie av en 3-S-intervensjon oppga meditasjon som den mest nyttige delen av programmet, og hele 97 % ønsket å fortsette med meditasjon etter programavslutning (Beitel et. al, 2007). Deltakerne hos Bootzin og Stevens (2005) meldte om bedret søvn, avslapning og mer energi. I en ren kvalitativ studie oppga de rusavhengige deltakerne økt ro og dempet stress (Carroll, Lange, Liehr, Rainers & Marcus, 2008). I Price et. al (2012) oppga deltakerne bedret selvoppfatning og bedre relasjoner til andre. Frafallet i RCT-ene var relativt lav (11 til 43 %, mot vanligvis over 45 % frafall i poliklinisk rusbehandling ifølge Stark, (1992)).

Oppmerksomt nærvær-baserte intervensjoner reduserte oftest rusbruk, ble godt mottatt og var gjennomførbare

Kun to studier så på mulige negative effekter av oppmerksomhetsbaserte intervensjoner ved rusproblematikk (Simpson et al, 2007, Zgierska et al. 2008), og fant ingen. Tvert imot fant Simpson et al. (2007) at pasienter med rusavhengighet og PTSD tolererte en nærværsbasert meditasjon godt. Ingen undersøkte kombinert rus- og psykoseproblematikk.

Konklusjon

Oppmerksomt nærvær-baserte intervensjoner reduserte oftest rusbruk, ble godt mottatt og var gjennomførbare. Feltet er imidlertid ungt, og undersøkelsene oppfylte sjelden strenge metodiske krav. Selv om alle programmene inkluderte nærværstrening, var de også svært ulike. Kunnskap mangler om hva ved programmene som forklarer rusreduksjonen, langtidsvarighet av behandlingseffekten og hvordan oppmerksomt nærvær best integreres med andre tilnærminger.

Referanser

- Alterman, A., Koppenhaver, J. & Muholland, E. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 9(6), 259.
- Avants, S. K., Beitel, M. & Margolin, A. (2005). Making the shift from ‘addict self’ to ‘spiritual self’: Results from a Stage I study of Spiritual Self-Schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 167–177.
- Beitel, M., Genova, M., Schuman-Olivier, Z., Arnold, R., Avants, S. K. & Margolin, A. (2007). Reflections by inner-city drug users on a Buddhist-based spirituality-focused therapy: A qualitative study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 1–9.
- Bergmark, A. (2008). On treatment mechanisms – What can we learn from the COMBINE study? *Addiction*, 103(5), 703–705.
- Bootzin, R. R. & Stevens, S. J. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 629–644.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ...Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295–305.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M. & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2324–2328.

- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dilworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., ... Marlatt, A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 343–347.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse, 30*(4), 306–317.
- Carroll, D., Lange, B., Liehr, P., Rainers, S. & Marcus, M. T. (2008). Evaluating Mindfulness- Based Stress Reduction: Analyzing Stories of Stress to Formulate Focus Group Questions. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(2), 107–109.
- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. & Shapira, L. B. (2011). Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders. *Eating Disorders, 19*(1), 17–33.
- De Vibe, M., Bjørndal, A., Hammerstrøm, K. T. & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews, (3)* DOI: 10.40731 csr.2012.3
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ...Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone- maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*(4), 667–688.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*(1), 13–26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 279–292.
- Margolin, A., Schuman-Olivier, Z., Beitel, M., Arnold, R. M., Fulwiler, C. E. & Avants, S. K. (2007). A preliminary study of spiritual selfschema (3S+) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 979–999.
- MATCH. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(1), 7–29.

- Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, *100*(3), 304–316.
- Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M. & Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *43*(1), 94–107.
- Simpson, T. L., Kaysen, D., Bowen, S., McPherson, L. M., Chawla, N., Blume, A., ... Larimer, M. (2007). PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(3), 239–249.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of Substance- Abuse Treatment - a Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, *12*(1), 93–116.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D. & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for Marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *40*(4), 619–632.
- UKATT. (2005). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *eBMJ*, *331*(7516), 544.
- Witkiewitz, K. & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 362–374.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N. & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(1), 50–66.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, D., Koehler, R. & Marlatt, A. G. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, *30*, 266–294.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M. & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, *2*(3), 165–173.