

Mindfulness - en kur for noe, men ikke for alt

En polarisering mellom ukritisk overbegeistring og avvisende skepsis tåkelegger debatten om hvorvidt mindfulness-baserte behandlingsmetoder har et evidensgrunnlag.

TEKST
Per-Einar Binder
Bergljot Gjelsvik

PUBLISERT 6. november 2012



DEBATT: MINDFULNESS

Mindfulness har blitt diskutert friskt i Tidsskriftet det siste halve året. Kritik og skepsis er et sunt og betimelig korrektiv til en forståelse av mindfulness som en «kur for alt», hvor mindfulness lanseres som «løsning» på lidelser og endog samfunnsmessige problemer hvor det ikke finnes antydning til forskningsmessig evidens. Vi synes imidlertid å se en polarisering mellom ukritisk overbegeistring og avvisende skepsis. Denne polariseringen tåkelegger debatten om hva det vil si at bruk av mindfulness-baserte behandlingsmetoder har et evidensgrunnlag i forhold til visse lidelser og problemer.

Empiri, ikke overbevisning

Enhver behandlingsforms gyldighet er et *empirisk* spørsmål, og ikke et spørsmål om grad av overbevisning. Forskningen er derfor et avgjørende kompass for at vi som klinikere kan vite *hva* mindfulness-baserte intervensjoner er nyttige i forhold til, *hvorfor* de eventuelt virker, og *hvem* de virker for.

«Enhver behandlingsforms gyldighet er et *empirisk* spørsmål, og ikke et spørsmål om grad av overbevisning»

Når Katharina Peterson i forrige utgave leser vårt innlegg i juni om mindfulnessbaserte metoders forskningsbaserte kontekst som et uttrykk for ukritisk begeistring og manglende evne til å ha flere tanker i hodet samtidig, kan vi ikke annet enn å undres. Peterson setter et spørsmålstegn ved utsagnet om at mindfulnessbaserte tilnærminger er evidensbasert. Vi deler Petersons bekymring for at det foregår en del lemfeldig bruk av begrepet «evidensbasert» i bruken av mindfulness-baserte tilnærminger, men hun feiltolker etter vår mening både forskningsgrunnlaget og forskningens muligheter på dette feltet.

Ingen behandlingsform er «generelt» evidensbasert. En behandlingsform eller et behandlingsprogram er kun «evidensbasert» for det problemet man har klart å dokumentere effekter i forhold til. At en spesifikk intervensjon eller behandlingsmetode er «evidensbasert», forutsetter videre at den skal være studert i randomiserte forsøk med kontrollgruppe, om spesifikke lidelser. Det er også et krav at det skal være gjennomført *flere* slike studier som viser effekt. Eksempelvis vurderes Mindfulnessbased cognitive therapy (MBCT) som evidensbasert for tilbakevendende depresjon fordi programmet på tvers av en serie randomiserte studier har vist effekt på denne pasientgruppen (Bondolfi et al., 2010; Godfrin & van Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008; Kuyken et al., 2010; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2002).

Skjev lesning

Petersons lesning av Hofman et al.s (2010) metaanalyse av effekten av mindfulnessbaserte intervensjoner i behandling av angst og depresjon oppfatter vi som skjev. Det er helt vanlig praksis at en metaanalyse ekskluderer studier som ikke tilfredsstiller krav til randomiserte kontrollerte designer. Snarere enn å vektlegge studiene som er utelatt, bør man heller utforske hvilken utsagnskraft RCT -ene som faktisk *er* inkludert har i forhold til lidelsesspesifikke problemstillinger. Hofman og kolleger skriver selv at deres «funn er lovende, og støtter bruk av mindfulness-basert behandling for angst og depresjon i kliniske populasjoner» (s. 180, vår oversettelse). Forskerne baserer dette på 39 studier med til sammen 1 140 deltakere. For pasienter som hadde angst eller depresjon som primærdiagnose, ble effektstørrelsen beregnet til å være stor. For pasienter som hadde forhøyede skårer på angst og depresjon og ikke

hadde dette som primærdiagnose (men som gikk i behandling på grunn av andre typer problemer slik som påkjenninger i forbindelse med kreft), var effektstørrelsen lavere, men likevel moderat sterk. Hoffman sin metaanalyse er bare en av flere metaanalyser som er gjort på mindfulness-baserte intervensjoner (e.g., Chen et al., 2012; Chiesa & Serretti, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

Hvorfor virker det?

At mindfulness-baserte intervensjoner virker på visse lidelser er derfor vel dokumentert. Men et mer interessant spørsmål er *hvorfor* de virker. For nettopp kunnskap om *hvorfor* noe virker, og gjennom *hvilke mekanismer* noe virker, muliggjør skreddersydde intervensjoner for ulike pasientgrupper. I mindfulness-forskningen pågår det flere omfattende studier som undersøker hvorfor disse metodene har en effekt på gitte lidelser. Peterson er i våre øyne i overkant pessimistisk når det gjelder klinisk forsknings muligheter til å kartlegge mekanismer og kausale sammenhenger i kliniske prosesser. For blant annet ved hjelp av «dismantling designs» er det fullt mulig å kontrollere antatte virkningsfaktorer man har teoretiske holdepunkter for er virksomme. Eksempelvis gjennomføres det studier hvor effekten av et MBCT-program sammenlignes med et identisk program, men hvor mindfulness-øvelsene erstattes med psykoedukasjon om betydningen av desentrering for depressivt tankemønster. Slik isolerer man ingrediensen som antas å være avgjørende for et positivt utfall, og kan dermed vurdere dens eventuelle betydning. Nettopp slik forskning som klargjør hvorfor noe virker i forhold til et konkret fenomen som er fundamentet for evidensbasert og god klinisk praksis, og fremstår som en helt nødvendig motgift til «en ukritisk adoptering av nye strømninger».

Preferanse

Klientens preferanse har stor betydning for om en behandling i det hele tatt blir gjennomført. I tillegg til å avhjelpe symptomer opplever mange at de mindfulness-baserte metodene er en måte de blir mer kjent med seg selv, sine tanker og reaksjonsmønstre og sine følelser på. Det at empirisk velfunderte mindfulness-baserte behandlingsmetoder komplementerer på områder hvor det finnes andre metoder som er virksomme, gir mulighet for kjærkommen styrking av bredden i tilbud av dokumentert virksomme metoder innenfor psykisk helsevern. Men denne muligheten må forvaltes på et vis som nettopp kjennetegner det å være mindful; med varsomhet, med ydmykhet og med kritisk sans.

Per.Binder@psykp.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 11, 2012, side

TEKST

Per-Einar Binder, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Bergljot Gjelsvik, postdoktor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo

