

Mindfulness-basert kognitiv terapi og forebygging av depressive tilbakefall: Bakgrunn, design og empirisk evidens

Tilbakevendende depresjon er et betydelig helseproblem. Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) er en relativt ny behandlingstilnærming utviklet spesifikt for tilbakevendende depresjon. Terapiformen viser lovende resultater.

TEKST

Bergljot Gjelsvik

Melanie Fennell

PUBLISERT 5. juni 2012

ABSTRACT:

Mindfulness-based cognitive therapy and prevention of depressive relapse: Background, design and empirical evidence

Depression affects millions of people worldwide, tends to be recurrent, and significantly increases risk for suicidal behaviour. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002) specifically targets processes maintaining vulnerability to depressive relapse. In this paper the authors introduce MBCT and the theoretical model of vulnerability to depressive relapse from which it is derived to Norwegian readers. They discuss the following four questions: Which processes maintain vulnerability for depressive relapse? How is MBCT assumed to moderate these processes? What is the evidence that MBCT contributes to prevent depressive relapse? What are the mechanisms shown to be at play? Implications for future research are considered.

Keywords: Depression, risk of relapse, mindfulness-based interventions, decentering, metacognitive awareness

Depresjon er en affektiv lidelse kjennetegnet av vedvarende lavt stemningsleie, negative tanker og bilder, sterk hukommelses- og vurderingsbias, manglende evne til å oppleve glede, inaktivitet og suicidale impulser og handlinger (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Depresjon har utviklet seg til å bli et omfattende helseproblem både i den vestlige verden og globalt. Målt i sykdomsbyrde estimerer WHO at unipolar depresjon ligger på tredje plass globalt, på åttende plass i U-land og på første plass i land med middels til høy inntekt (WHO, 2008, Part 4). I løpet av de siste tretti årene har depresjonsforskningen i økende grad funnet holdepunkter for at depresjon er en kronifisert, tilbakevendende lidelse (Williams, 2008). Risikoen for tilbakefall øker for hver episode, fra rundt 50 % etter en episode til rundt 70 % etter to og omtrent 90 % etter tre episoder (Barnhofer & Crane, 2009). Samtidig blir negative livshendelser over

tid mindre viktige som forløper til depresjon, et fenomen som gjerne blir referert til som episodesensitivisering (Monroe & Harkness, 2005). Dette innebærer at depresjon over tid kan utløses av stadig mindre stressorer.

«Mindfulness-basert kognitiv terapi er utviklet for å adressere psykologiske prosesser som øker risikoen for depressive tilbakefall og som opprettholder depressivt stemningsleie»

I denne artikkelen diskuterer vi følgende fire spørsmål: Hvilke prosesser opprettholder sårbarhet for depressive tilbakefall? Hvordan antas mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) å redusere denne sårbarheten? Hva er evidensgrunnlaget for at MBCT bidrar til å forebygge depressive tilbakefall? Hva viser forskningen om hvilke mekanismer som kan ligge til grunn? Vi går særlig inn på spørsmålet om mekanismer, og diskuterer avslutningsvis følger for videre forskning innenfor dette feltet.

Hvordan forstå vedvarende sårbarhet for depressive tilbakefall?

Til tross for at man på 1980-tallet hadde en forståelse av depresjoners tilbakevendende forløp, var den vedvarende sårbarheten for tilbakefall uavklart. Det samme gjaldt mekanismene som ligger til grunn for kognitiv terapies effekt når det gjelder å redusere risikoen for tilbakefall (Williams, 2008). I henhold til Becks kognitive modell for depresjon (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) innebar kognitiv sårbarhet for tilbakefall at ytre hendelser utløste reaktivering av underliggende depressogene skjema og holdninger. Vedvarende negative holdninger til selvet, verden og fremtiden ble dermed betraktet som latente «eksplosiver» som når som helst kunne bli detonert av hendelser som lignet på erfaringene som hadde formet dem i utgangspunktet (Beck, 1967).

En implikasjon av Becks modell er at en kan skille mellom tidligere deprimerte pasienter og folk som aldri har vært deprimerte, ved å måle graden av slike depressogene skjema og holdninger, for eksempel ved å bruke *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS; Weissman & Beck, 1978). Studier har imidlertid ikke kunnet forutsi depressiv historikk på bakgrunn av DAS-skårer (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Teasdale (1988) utviklet en alternativ tilnærming med den såkalte Differential Activation Hypothesis (DAH). Ifølge DAH skyldes ikke sårbarhet for depressive tilbakefall vedvarende trekkliknende dysfunksjonelle holdninger, men snarere individuelle forskjeller i hvor raskt slike negative informasjonsprosesseringsmønstre blir reaktivert ved mildt, forbigående lavt stemningsleie. Ifølge DAH fører ko-aktivering av depressive symptomer (tanker, emosjoner, kroppslige fornemmelser, atferd) til at forbindelsen mellom disse symptomene forsterkes for hver nye episode, og dermed fører til et konsistent responsmønster – en depressiv *modus* (Barnhofer & Crane, 2009, s. 223). Dette vil ifølge DAH ikke være merkbart ved normalt stemningsleie, men til og

med subtil reaktivering av noen av symptomene kan reaktivere hele modusen, inklusive både smertefullt *innhold* (globalt, negativt, selv-refererende) og maladaptive *prosesser* (grubling, bekymring, problemløsning, perfeksjonisme). Dermed blir depressive episoder i stadig mindre grad betinget av ytre hendelser, og i økende grad utløst av subtile forandringer (for eksempel reduksjon i stemningsleie og energinivå) som er en del av hverdagen til folk flest (Lau, Segal & Williams, 2004). Denne aktiveringsprosessen betegnes som *kognitiv reaktivitet* (Segal et al., 2006). Både tverrsnitts- og prospektive studier har funnet empiriske holdepunkter for modellen (Lau, et al., 2004).

Når negativ tenkning er blitt reaktivert av mildt, normalt dysforisk stemningsleie, etableres raskt en uhensiktsmessig *prosesseringsmodus*. Hvis denne får utfolde seg uhindret, kan det føre til en opptrapping av depressive symptomer og i verste fall en ny depressiv episode. Denne prosesseringsmodusen kjennetegnes av repetitive, ukonstruktive grublingsmønstre (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008; Watkins, Moberly & Moulds, 2008), som har til hensikt å løse problemet personen står overfor (inkludert selve depresjonen), men som faktisk har vist seg å bidra til å opprettholde depressivt stemningsleie (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Wiersma et al., 2011). Grubling innebærer blant annet et fokus på anger og selvbebreidelser, og er kjennetegnet av *diskrepansbasert prosessering* (Williams, 2008). Den som grubler, vektlegger gapet mellom nåværende situasjon og målsituasjonen (ønsket tilstand), og fokuserer på strategiene utviklet for å redusere avstanden mellom disse. Williams (2008) refererer til denne prosesseringsmodusen som «gjøremodus» («doing mode», s. 727). Evnen til å analysere og løse problemer er en avgjørende evne for å fungere i dagliglivet (Williams, 2010). Denne evnen kan imidlertid være svært uhensiktsmessig når den blir anvendt på emosjonelle tilstander eller ved prosessering av negative, selvrefererende tankemønstre (Nolen-Hoeksema, et al., 2008). Hvis en persons ide om hvordan ting *burde* være, eksempelvis er «å være lykkelig», mens nåværende tilstand er grunnleggende tristhet, vil grublende fokus på avstanden mellom de to tilstandene faktisk forsterke det lave stemningsleiet (?Hvorfor er jeg så trist? Hva er galt med meg? Vil dette noen gang ende??), til tross for at intensjonen er å gjøre avstanden mindre. Gjøremodusens *modus operandi* er enten grubling over eller elaborering av mentale representasjoner, eller forsøk på å undertrykke eller unngå smertefulle tanker, bilder, emosjoner og kroppslige fornemmelser.

Disse strategiene virker mot sin hensikt. I stedet for å fremme bedring bidrar grublende abstrakt, analytisk tenkning til ytterligere forverring av stemningsleiet, reduserer evnen til interpersonlig problemløsning (Watkins & Moulds, 2005) og svekker evnen til å gjenhente spesifikke minner (autobigrafiske hendelser) som er nødvendige for å håndtere nåværende vanskeligheter på en god måte (Raes, Hermans, Williams & Eelen, 2006). Personen blir mindre i stand til å skille tankeinnhold fra selvet, og dermed mindre i stand til å gjenkjenne symptomene på depresjon som nettopp det (Hargus, Crane, Barnhofer & Williams, 2010). Unnvikelse og undertrykking fører paradoksalt nok til at hyppigheten av intrusive tanker øker heller enn minker, og forsterker forbindelsen

mellom tanker og stemningsleie (Williams, 2008). Paradoksalt nok er det slik at selve responsen som har til hensikt å svekke depresjonen, bidrar til å *forsterke* tilstanden. Denne negative spiralen blir betegnet som 'depressive interlock' (Teasdale, 1999, s. 62).

Hvordan antas MBCT å redusere sårbarheten for depressive tilbakefall?

En viktig implikasjon av teorien og forskningen som er oppsummert så langt, er at det å lære å *desentrere* fra disse vanemessige responsene i stedet for å bli delaktige i dem vil kortslutte tilbakefallsprosessen og dermed redusere risikoen for fremtidige depressive episoder (Williams, 2008). Hvordan antar man at MBCT (Segal, et al., 2002) muliggjør en slik forandring?

MBCT for depresjon (Segal, et al., 2002) er et ferdighetsbasert program som består av åtte ukentlige samlinger hver på to timer. Mellom samlingene forventes deltakerne å praktisere det de har lært (primært ved hjelp av CD-er med ledede meditasjonsøvelser) inntil en time daglig. En hel dag med meditasjonspraksis i stillhet samt opp til fire oppfølgingssamlinger kan også inkluderes. Kjerneferdigheten mindfulness er blitt definert som «paying attention, on purpose, in the present moment and non-judgmentally» (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). MBCT -manualen ble utviklet på bakgrunn av Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990), og var i utgangspunktet spesifikt rettet mot tilbakvendende depresjon. Programmet integrerer intensiv innsiktsmeditasjon (med vekslers på buddhistiske røtter) og kognitiv vitenskap med elementer fra kognitiv terapi (øvelser som eksempelvis å bli oppmerksom på tolkninger av tvetydige hendelser og hvordan disse tolkningene er påvirket av stemningsleie). Disse tilsynelatende ulike perspektivene er overraskende kongruente (for en detaljert analyse av likheter og ulikheter, se Fennell & Segal, 2011).

Programmet har to hovedintensjoner:

- (1) Å bli klar over ens personlige tilbakefallssignatur, det vil si tidlige varselsignaler på at stemningsleiet er i ferd med å forverre seg, og
- (2) Å relatere seg annerledes til disse signalene om at alt ikke står bra til, for eksempel ved å respondere med interesse og medfølelse, i stedet for å identifisere seg med tankene, gruble over dem og forholde seg til dem som objektive sannheter – som vi kommer nærmere tilbake til under en prosess betegnet som *desentrering*.

Evnen til å innta et distansert perspektiv på tanker og emosjoner har lenge blitt betraktet som en mekanisme tillagt en viss betydning i den kognitive tradisjonen og i psykoterapi generelt. Noen vil til og med hevde at det er *selve* mekanismen som ligger til grunn for den effekten kognitiv atferdsterapi (CBT) har i behandling av psykiske lidelser (Teasdale et al., 2002). Særlig MBCTs vekt på desentrering finner gjenklang i de siste 10-15 årenes psykoterapiforskning på den avgjørende rollen metakognisjon (det vil si kognisjon om kognisjon) synes å spille når det gjelder å opprettholde og øke risikoen for tilbakefall av psykiske lidelser. Desentrering er blitt utpekt som en avgjørende mekanisme for psykoterapiutfall på tvers av så forskjellige terapiretninger som metakognitiv terapi for angst og depresjon (MCT ; Wells, 2009), mentaliseringsbasert

terapi (Bateman & Fonagy, 2006), kognitiv atferdsterapi (CBT; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007) og de såkalt «tredje bølge»-terapiene som blant annet omfatter Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, 2004), Dialectical behavior therapy (Linehan, 1993) og MBCT (Segal, et al., 2002). Dessuten forekommer evne til å gjenkjenne tanker som tanker både i MBCT og i kognitiv terapi for depresjon og er forbundet med symptomreduksjon i begge behandlingsformene (Teasdale, et al., 2002). Likeledes er det å kultivere selvomsorg (eksempelvis gjennom å ta opp selvforakt i kognitiv atferdsterapi, kultivere en snillere holdning til seg selv) – som Paul Gilbert (2009) har vært en viktig eksponent for – essensielt i de fleste psykoterapiretninger og kan synes å være sentralt i forebygging av depressive tilbakefall etter fullført MBCT (Kuyken et al., 2010). Er altså MBCT annerledes enn andre terapiretninger når det gjelder vektlegging av desentrering? I så fall hvordan?

MBCT skiller seg fra terapiretningene nevnt over på to viktige områder. For det første er metoden som anvendes for å kultivere desentrering forskjellig. MBCT kultiverer desentrering primært gjennom intensiv, systematisk meditasjonspraksis. Innen andre tredje bølge-retninger som DBT (Linehan, 1993) og ACT (Hayes, 2004) benyttes riktignok meditasjonsøvelser i noen grad, men ikke systematisk, og i betydelig kortere versjoner og andre former. Dette er ikke tilfellet for behandlingstilnærminger som CBT (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007), MCT (Wells, 2009), mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2006) eller andre psykodynamiske terapier. De tre kjerneøvelsene er kroppsskanning (?body scan?), bevegelse med vennlig oppmerksomhet (?mindful movement?) og sittemeditasjon. Gjennom gjentatte øvelser lærer deltakerne å bli klar over «gjøremodusen» (for eksempel å gjenkjenne en vanemessig tendens til å gruble over eller unngå negative tanker og smertefulle emosjoner og, fremfor å automatisk slå over i utbrodering eller unnvikelse, anerkjenne hva som er til stede (sesjon 1?4), og å ta bevisste, hensiktsmessige valg om hvordan best respondere på sinnets vandringer (sesjon 5?8)).

For det andre er kvaliteten på den nye relasjonen til fenomenet forskjellig. Heller enn å lære hvordan de kan endre vanskelige tanker og emosjoner, som i CBT, trenes deltakerne til å nærme seg dem med en vennlighet, omsorg og nysgjerrighet – kvaliteter som skiller seg radikalt fra selvkritikken og selvangrepene som er karakteristisk for depresjon (Gilbert, 2010). Det gjøres ingen forsøk på å *forandre kognisjoner* (Williams & Penman, 2011; Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007); snarere er intensjonen å *forandre relasjonen* til dem. Denne intensjonen reflekterer et fellestrekk ved (innbyrdes ulike) «tredje bølge»- retninger som skiller dem radikalt fra «klassisk» (Beckiansk) CBT – antagelsen om at det er våre *reaksjoner* på symptomene og ikke symptomene i seg selv som bidrar til å opprettholde psykopatologiske prosesser. Dette innebærer ikke en distansert avstandtagen (?detachment?) eller «mental gap» (Chambers, Gullone & Allen, 2009), men snarere en kvalitet av å forbli i kontakt med erfaringen, kjenne den intimt, men fra et annet og mer romslig perspektiv (jf. Peters, 2004, i Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Dette ikke-intervenerende ståstedet overensstemmer med DAH , hvor det antas at det er reaksjonene på symptomene, ikke symptomene i seg selv, som

gjør at individer forblir fastlåst i depresjon. Selv om det å forandre meningen knyttet til tankene (fremfor meningen de innehar) er utbredt i CBT, er imidlertid midlene for å generere metakognitiv forandring i all hovedsak klassiske kognitive terapimetoder som eksplisitt har som mål å forandre mening. MBCT representerer derfor mer et skifte i metode (det vil si primært nonverbalt) enn i intensjon.

Å praktisere oppmerksomhet på erfaring fra et øyeblikk til det neste muliggjør et *modusskifte*, fra den diskrepansbaserte «gjøremodusen» til en «væremodus» som kjennetegnes av at individet er i kontakt med det som skjer i øyeblikket uten å dømme det, bli fanget i tanker om det, eller føle seg drevet til å dytte det vekk (Segal, et al., 2002), og som derfor kan sies å være inkompatibel med «gjøremodusen». Mindfulness omfatter altså både prosess og innhold; et skifte fra «gjøremodus» til «væremodus», og et kjernetrekk ved selve «væremodusen» (Barnhofer & Crane, 2009). Over tid lærer deltakerne å gjenkjenne tanke- og følelsesaktivitet som mentale hendelser snarere enn nødvendigvis sanne refleksjoner av selvet eller uttrykk for objektive sannheter. Det blir mulig å bli oppmerksomme på dem *idet de oppstår*, og å tillate dem å komme og gå i sitt eget tempo, uten å føle trang til å evaluere dem eller i det hele tatt å ta del i dem på noen måte. Teasdale (1999) betegner denne desentereringsprosessen *metakognitiv bevissthet*. Metakognitiv bevissthet er ikke en rent intellektuell eller konseptuell forståelse av at tanker er mentale hendelser, men snarere et *erfaringsbasert* skifte. Eksempelvis kan «megsom- helt-verdiløs» bli rekonfigurert som «den-mentale-tilstanden-som-jeg-sermeg- selv-som-helt-verdiløs-i» (Teasdale, Segal & Williams, 1995, s. 31). Det er ikke utelukkende et perspektivskifte, men et følt skifte (Worsfold, 2009). Intensjonen er altså ikke å bli kvitt disse prosessene eller å renske sinnet for smertefulle eller uønskede tanker, men snarere å forholde seg til disse negative erfaringene på en annen måte.

Forebygger MBCT depressive tilbakefall?

Per i dag har seks randomiserte kontrollerte studier undersøkt om MBCT forebygger depressive tilbakefall. Disse har vist at for pasienter som har erfart minst tre depressive episoder, så halverer MBCT tilbakefallsraten over en 12-måneders periode sammenlignet med en kontrollgruppe (Bondolfi et al., 2010; Godfrin & van Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008; Kuyken, et al., 2010; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale, et al., 2002). Det at MBCT gjennomgående viser seg å være effektivt primært for individer med en historie med minst tre depressive episoder er i overensstemmelse med prediksjonene utledet fra DAH, som vektlegger assosiativ læring og forsterking av depressiv fastlåsthet fra episode til episode. Videre foreligger det evidens for at personer med en eller to tidligere depressive episoder ikke har nytte av MBCT. De er derfor ikke blitt inkludert i ytterligere kliniske studier (Ma & Teasdale, 2004). Det er ikke usannsynlig at individer med en eller to depressive episoder representerer en annen populasjon, karakterisert av senere depressiv onset og sterk forbindelse mellom depresjon og livshendelser (Ma & Teasdale, 2004). Disse funnene er konsistente med DAH: Mens tidlige episoder oppstår i forbindelse med negative livshendelser som MBCT ikke gir spesifikk trening i å håndtere, blir senere episoder utløst av mer

autonome, automatiserte tilbakefallsprosesser som MBCT er spesifikt utviklet for å hjelpe folk å håndtere. At MBCT kan være direkte uhensiktsmessig for pasienter med færre enn tre depressive episoder understreker betydningen av å begrunne relevansen av MBCT med utgangspunkt i etiologiske modeller for psykopatologi (Teasdale, Segal & Williams, 2003).

To studier har sammenlignet MBCT med vedlikeholdsbehandling med antidepressiva. Kuyken et al. (2010) fant tilsvarende tilbakefallsreduksjon (ca. 50 %) i begge behandlingsgrupper over 15 måneder. Segal et al. (2010) rapporterte lignende funn, men bare for pasienter som utviste ustabil bedringsmønster etter å ha blitt behandlet med antidepressiva. Pasienter med en stabil bedringsprosess utviste ingen slik tilbakefallsreduksjon. En praktisk konsekvens av disse funnene er at the National Institute for Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia anbefaler MBCT som en kostnadseffektiv behandling for tilbakefallsforebygging nasjonalt for pasienter med en depressiv historikk som omfatter mer enn tre depressive episoder. MBCT ble opprinnelig utviklet for forebygging av depressive tilbakefall, og var ikke betraktet som verken effektiv eller velegnet som terapi for å redusere akutte depresjonssymptomer. Det ble antatt at a) akutt deprimerte ville være ute av stand til å konsentrere seg i tilstrekkelig grad og b) at lavt stemningsleie ville gjøre meditasjon umulig. Foreløpige studier tyder på at disse antatte hindrene var unødvendig pessimistiske (Eisendrath et al., 2008; Kenny & Williams, 2007, Barnhofer et al., 2009). I disse studiene opplevde deltakere med kronisk, behandlingsresistent depresjon meditasjonsøvelsene både som gjennomførbare og akseptable. Få avsluttet behandlingen underveis, og deltakerne rapporterte betydelig reduksjon i depressive symptomer. En ny meta-analytisk gjennomgang av mindfulnessbaserte terapier for angstlidelser og akutt depresjon antyder at gjennomsnittlig effektstørrelse for mindfulnessbaserte intervensjoner er sammenlignbar med gjennomsnittlig effektstørrelse for CBT for de samme lidelsene (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010, s. 180). Videre tyder foreløpige studier på at MBCT har effekt for tidlige suicidale pasienter (Barnhofer et al., 2007), pasienter med bipolar lidelse som for tiden er symptomfrie (Williams et al., 2008) og pasienter med residualsymptomer etter en depressiv episode (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor & Malone, 2007). MBCT har også vist seg å redusere depressive symptomer for pasienter med traumatisk hjerneskade (Bedard et al., 2008).

«Programmet retter seg mot globalt, negativt, selv-refererende innhold og uhensiktsmessige prosesseringsmodi, som grubling, uproduktive forsøk på problemløsning, og unnvikelse»

Hva viser forskningen om mekanismer til grunn for MBCT-programmets effekt?

Flere mulige psykologiske mekanismer kan tenkes å ligge til grunn for effektene av MBCT på tilbakevendende depresjon. Som vi har sett, legger MBCT til grunn at depressive tilbakefall er relatert til i hvilken grad stressende hendelser eller små forandringer i stemningsleiet fremprovoserer diskrepansbasert prosessering. Crane et al. (2008) fant at MBCT reduserte reaktivering av depressogene selvdiskrepanser for deltakere som hadde erfaring med suicidal depresjon fra før, sammenlignet med en ventelistegruppe. Videre er abstrakt, analytisk tenkning og grubling sentrale sårbarhetsfaktorer i depresjon, og en antar at MBCT frembringer en prosesseringsstil som gjør pasienter i stand til å gjenkjenne tanker og følelser som mentale hendelser og å observere dem med ikke-dømmende nysgjerrighet (Segal, et al., 2002). Foreløpige, men lovende funn tyder på at MBCT faktisk øker evnen til å innta et desentrert perspektiv i forhold til smertefulle kognisjoner (Hargus, et al., 2010; Kuyken, et al., 2010; Teasdale, et al., 2002). Hargus et al. (2010) undersøkte hvordan pasienter beskrev tidligere kriser før og etter å ha deltatt i en randomisert kontrollert MBCT -studie, med særlig vekt på hvor spesifikke beskrivelsene var, og i hvilken grad pasientenes beskrivelser bar preg av metakognitiv bevissthet. Studien var basert på forskning som viste at manglende spesifisitet i gjenhenting av tidligere hendelser er forbundet både med grubling, unnvikelse og svekket problemløsningsevne (Williams et al., 2007). Mens spesifisiteten sank i 'treatmentas usual' (TAU)-gruppen, forble den stabil for MBCT -deltakerne. Etter at gruppebehandlingen var avsluttet var MBCT -deltakerne i langt større grad i stand til å beskrive tidligere kriser fra et desentrert perspektiv sammenlignet med TAU -gruppen, selv når bedring fra depresjonen ble tatt i betraktning. Det støtter hypotesen om desentrering som en beskyttelsesmekanisme som underbygger effekten av MBCT .

Kuyken et al. (2010) fant ingen forskjell i kognitiv reaktivitet (det vil si både globalt, negativt, selv-refererende *innhold* og uhensiktsmessige *prosesseringsmodi* som grubling, bekymring, problemløsning, perfektjonisme) mellom pasienter som hadde fullført MBCT og pasienter i TAU -gruppen. Men det virkelige interessante var at mens reaktivitet etter avsluttet oppfølging predikerte dårligere utfall for TAU -gruppen, ble det ikke funnet noen slik sammenheng for pasientene i MBCT -gruppen. Tvert imot var MBCT -pasientene mer reaktive – men de som hadde utviklet selvomsorg, var beskyttet fra den eskalerende effekten av reaktivitet. Disse funnene indikerer at MBCT -pasientene ble mindre påvirket av egen kognitive reaktivitet, noe som indikerer at de hadde utviklet en 'buffer'- eller 'slå av'-mekanisme som hindret dem i å bli dratt inn i negative tankemønstre og prosesseringsmodi, og påfølgende depressivt stemningsleie. Funnene fra denne studien samsvarer slik sett med Williams (2010) sitt poeng om at MBCT ikke har som mål å redusere opprinnelig reaktivitet, men heller forholdet til den, og på den måten de langsiktige konsekvensene av slike reaksjoner på unnvikelse, utbrodering og 'innleiring'. Kuyken et al. (2010) argumenterer for at økt selvomsorg etter å ha fullført MBCT styrker evnen til å håndtere kognitiv reaktivitet, og understreker dermed de hensiktsmessige emosjonsregulerende egenskapene selvomsorg kan ha. Disse funnene er i overensstemmelse med studier av av Mindfulness-based stress reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) som viser en økning i selvomsorg etter fullført 8-ukersprøgram (Robins, Keng, Ekblad & Brantley, 2012).

Mekanismer er ikke bare målbare gjennom forandringer i atferd, men også på et nevralt nivå. Farb et al. (2007) har fremlagt foreløpig evidens for et nevralt grunnlag for skifte mellom ulike prosesseringsmodi (?modes of mind?). Deres f-MRI studie av deltakere før og etter en mindfulnessbasert intervensjon har kanskje kommet nærmest i å identifisere en *neural signatur* for desentrering. Studien viste en markant forandring i neural aktivitet under prosessering av narrativt selvrefererende materiale («historien om meg» – selvet på tvers av tid og sted) versus erfaringsbasert (selvet slik det oppleves kroppslig og mentalt her og nå) selvrefererende materiale hos pasienter som hadde fullført MBSR (Farb, et al., 2007). Disse funnene er blitt tolket som evidens for at mindfulnesspraksis muliggjør et skifte fra kognitiv-affektive representasjoner av selvet til intuitive, somatiske representasjoner, og at pasienter har lært å koble 'sensorisk' selv fra 'narrativt' selv (Williams, 2010). Disse studiene kan dermed sies å avdekke den neurale signaturen for skiftet fra 'gjøremodus' til 'væremodus'. Det faktum at ulike hjerneområder blir aktivert og er 'online' i prosesseringen av det samme materialet, understøtter vektleggingen i MBCT av et skifte i hele bevissthetstilstander, så vel som endringen i relasjonen til denne reaktiviteten. Det er ingen studier så langt som indikerer at individer som utviser denne evnen til å skifte prosesseringsmodus har redusert risiko for tilbakefall på sikt, men disse funnene er noen av de første til å måle de kausale prosessene mindfulness antas å virke gjennom.

Som vi har sett av modellen som ligger til grunn for MBCT, antas en grublende, analytisk prosesseringsmodus å redusere evnen til å gjenhente spesifikke hendelser. Tendensen til overgenerell hukommelse (det vil si å bare huske større helheter og mangle episodiske detaljer) begrenser dermed repertoaret av konstruktive måter å håndtere nåværende vanskeligheter på. MBCT har vist seg å øke hukommelsesspesifisitet for pasienter med en depressiv historikk sammenlignet med TAU-gruppen (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000) og for deltakere uten klinisk depresjon sammenlignet med en sammenfallende kontrollgruppe (Heeren, Van Broeck & Philippot, 2009). I den sistnevnte studien tyder funnene på at den økte hukommelsesspesifisiteten delvis ble mediert av økt kognitiv fleksibilitet, som blant annet innebærer evnen til å hemme veletablerte kognitive responser.

«En rekke mulige mekanismer kan tenkes å ligge til grunn for programmets forebyggende effekt: desentrering, økt hukommelsesspesifisitet, redusert diskrepansbasert prosessering og økt selvomsorg»

Som Kuyken et al. (2010) poengterer, innebærer det å demonstrere at en variabel er en forandringsmediator, ikke nødvendigvis at den samme variabelen er en forandringsmekanisme. Studiene som er beskrevet ovenfor, er så langt ikke replikerte,

og mekanismene og den underliggende kausaliteten er følgelig ikke avklart. Mangel på utfallsstudier som sammenligner mindfulnessbaserte behandlinger med andre sammenlignbare aktive behandlinger, gjør at det så langt er uklart hvorvidt andre aktive behandlinger kunne gi de samme utfallene (Chiesa & Serretti, 2011). Det trengs ytterligere forskning og en rekke ulike forskningsdesigns for å undersøke hver mediator så vel som hvordan spesifikke og uspesifikke faktorer samvirker (Allen, Bromley, Kuyken & Sonnenberg, 2009). To omfattende undersøkelser, 'The Staying Well After Depression Trial' ved University of Oxford og 'The Prevent Trial' ved University of Exeter (Storbritannia) er nå i ferd med å utforske disse spørsmålene. I forskningen videre vil det være nødvendig å kartlegge et knippe viktige og spennende temaer, herunder å utforske langtidsutfall (>1 år med tilbakevendende depresjon), dokumentere virkningen av programmet i forhold til aktiv, kronisk og behandlingsresistent depresjon ved hjelp av store randomiserte kontrollerte studier, undersøke effekter av programmet for andre lidelser (for eksempel PTSD, spiseforstyrrelser, kronisk smerte), og å utforske hvilke programkomponenter som ligger til grunn for forebyggende effekt (er meditasjonspraksisen avgjørende, eller er psykoedukasjon og uspesifikke faktorer som gruppeerfaring med en erfaren instruktør tilstrekkelig?).

Konklusjon

Mindfulnessbasert kognitiv terapi (MBCT) er utviklet for å adressere psykologiske prosesser som øker risikoen for depressive tilbakefall og som opprettholder depressivt stemningsleie. Programmet retter seg mot smertefullt *innhold* (global, negativ, selv-refererende tenkning) og uhensiktsmessige *prosesseringsmodi*, som grubling, bekymring, uproduktive forsøk på problemløsning, unnvikelse (inkludert forsøk på å kontrollere og undertrykke smertefulle tanker og emosjoner) og perfektjonisme. Randomiserte kontrollerte studier viser at MBCT tilhører den moderne kanonen av effektive psykologiske behandlingsmetoder for tilbakevendende depresjon, både når det gjelder virkning og kostnadseffektivitet. En rekke mulige mekanismer kan tenkes å ligge til grunn for programmets forebyggende effekt: desentrering, økt hukommelsesspesifisitet, redusert diskrepansbasert prosessering og økt selvomsorg.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 6, 2012, side 571-577

TEKST

Bergljot Gjelsvik, postdoktor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo

Melanie Fennell

KONTAKT: bergljot.gjelsvik@psykologi.uio.no

+ Vis referanser

Referanser

Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W. & Sonnenberg, S. J. (2009). Participants' Experiences of Mindfulness- Based Cognitive Therapy: 'It changed me in just about every way possible' Behavioural

and Cognitive Psychotherapy, 37, 413-430.

- Barnhofer, T. & Crane, C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression and suicidality. In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (s. 221-243). New York: Springer.
- Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, M. J. V. & Williams, J. M. G. (2007). Effects of meditation on frontal [alpha]- asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*, 18, 709-712.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalizationbased therapy for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy and depression*. New York: Guilford Press.
- Bedard, M., Felteau, M., Marshall, S., Dubois, S., Weaver, B., Gibbons, C., ... Parker, B. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy reduces depression symptoms in people with a traumatic brain injury: Results from a pilot study. *European Psychiatry*, 23, S243-S243.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M.V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B.W., . . . Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122, 224-231.
- Chambers, R., Gullone, E. & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441-453.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S., Fennell, M. & Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and selfdiscrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 775-787.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M. & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 319-320.
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z. & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 313-322.
- Fennell, M. & Segal, Z. (2011). Mindfulnessbased cognitive therapy: culture clash or creative fusion? *Contemporary Buddhism*, 12, 125-142.
- Gilbert, P., (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable and Robinson.
- Gilbert, P., (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 97-112.
- Godfrin, K. A. & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 738-746.
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T. & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10, 34-42.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Heeren, A., Van Broeck, N. & Philippot, P.. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 403-409.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

78, 169-183.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam.

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, 617-625.

Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E. & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.

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

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research & Therapy*, 48, 1105-1112.

Lau, M. A., Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 1001-1017.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline-personality disorder*. New York: Guilford Press.

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

McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.

Monroe, S. M. & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the «kindling» hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424. Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition & Emotion*, 20, 402-429.

Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G. & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 117-131.

Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749-755.

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

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.

Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy*, 37, S53-77.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 275-287.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10, 157-160.

- 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, John D. (1988). Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition & Emotion*, 2, 247-274.
- Watkins, E., Moberly, N. J. & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364-378.
- Watkins, E. & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Weissman, A. & Beck, A. T. (1978). The Dysfunctional Attitudes Scale. Paper presented at the The annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy Chigago, IL.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and application*. Los Angeles: Sage Publications.
- WHO. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva.
- Wiersma, J. E., van Oppen, P., van Schaik, D. J. F., van der Does, A. J. W., Beekman, A. T. E. & Penninx, B. (2011). Psychological characteristics of chronic depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 288-294.
- Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., . . . Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on betweenepisode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275--279.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 721-733.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Williams, J. M. G. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Piatkus.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J., Segal, Z. V. & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression. Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Worsfold, Kay E. (2009). The body in clinical cognitive theory: from beck to mindfulness. *Contemporary Buddhism: An Interdisciplinary Journal*, 10, 220-240.