



Mindfulness som behandlingsmetod

Ett av målen med att använda mindfulness som behandlingsmetod vid ångest- och depressionstillstånd är att öka klientens förmåga att acceptera och uppleva svåra känslor, snarare än att försöka kontrollera dem. Det skriver Mats Jacobson i en artikel om tredje vågens kbt.

Mindfulness har fått stort genomslag som psykologisk behandlingsmetod under de senaste åren, framför allt genom att det förts fram som en del av den så kallade tredje vågens kbt.

Mindfulness är en gemensam nämnare för de i Sverige mest kända nyare kbt-metoderna DBT (Dialektisk Beteende Terapi), MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression), och ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

Mindfulness introducerades i Sverige som en systematisk del av ett psykologiskt behandlingsprogram genom Marsha Linehans DBT¹. Mindfulness har också integrerats i psykodynamisk behandling² och interpersonell psykoterapi³.

I denna artikel kommer jag fokusera på hur mindfulness formellt lärs ut vid ångest och depressionsbehandling inom kbt. Vad gäller evidensstödet för mindfulness hänvisar jag till en utmärkt sammanställning av Ruth Baer⁴.

Hur används mindfulness vid ångest-behandling i kbt?

Medveten närvaro ingår i alla de största inriktningarna i tredje vågens kbt. Detta hänger delvis samman med en utveckling av kbt-teorierna. Forsknings⁵ tyder på att det är betydelsefullt att klienten ändrar sitt *förhållningsätt* till sina tankar, känslor och upplevelser, snarare än att klienten ändrar *innehållet* i dem som man emellanåt betonat i andra vågens kbt. Det är en vanlig klinisk erfarenhet att det är mycket svårt att stoppa

eller förhindra en tanke eller en känsla. Försök att förhindra tankar och känslor tenderar i stället att öka intensiteten i denna tanke och en känsla, och detta är en viktig del av problematiken vid ångeststillstånd.

I dagens kbt-behandling vid ångeststillstånd betonar man att det är klientens *undvikande* av sina inre upplevelser som upprätthåller och förvärrar klientens ångestproblematik. Behandlingarna riktar därför in sig på att motivera och stödja klienten att sluta undvika och i stället exponera sig för sin ångest och de ångestväckande situationerna. Syftet med det är att klienten gradvis ska vänja sig vid, och kunna hantera sin ångest och de ångestväckande situationerna på ett mer konstruktivt sätt. Behandlingar med exponering som sin centrala kom-

ponent har ett starkt forskningsstöd vid ångesttillstånd^{7 8}.

Flera studier undersöker hur man kan integrera mindfulness i ångestbehandling för att hjälpa klienter att ändra sitt förhållningssätt till sina inre upplevelser, och för att hjälpa dem att reglera sina affekter på ett konstruktivt sätt^{9 10}.

Vad är målen med mindfulnessövningar vid ångestbehandling i kbt?

Några centrala mål med att lära ut och hjälpa klienten öva medveten närvaro vid ångestbehandling är därför:

1) Ett avgörande problem vid ångesttillstånd är att klientens fokus tenderar att smalna av, så att klienten får ett "tunnelseende" inriktat mot hotfulla stimuli. Därför syftar övningar i medveten närvaro till att hjälpa klienten att vidga sin uppmärksamhet. Man hjälper särskilt klienten att uppmärksamma sina försök att *kontrollera* sina inre upplevelser, och att tydligare lägga märke till konsekvenserna av dessa försök.

2) Man introducerar möjligheten att sluta attackera och kontrollera sina inre upplevelser, och i stället acceptera sig själv och sina inre upplevelser med medkänsla och tolerans.

3) Medveten närvaro lärs ut som affektreglering för att exponera sig för de ångestväckande inre upplevelserna, lära sig av den information de innehåller, och därefter välja hur man vill agera för att hantera situationen på bästa sätt.

4) Man skapar förutsättningar för klienten att ändra inriktning, från att försöka kontrollera sina upplevelser, till att inrikta sig på hur han eller hon kan leva sitt liv i enlighet med sina värderingar, oavsett om han eller hon då och då upplever ångest. Medveten närvaro uppmanar till att vara närvarande och tillgänglig för ditt liv, som det är, i det här ögonblicket, för att höja livskvaliteten.

Vad är mindfulness?

Jon Kabat Zinn, vars behandlingsprogram MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) har haft ett stort inflytande på flera av de kbt-behandlingsprogram som inkluderar mindfulness, har definierat mindfulness på detta sätt: "Medveten

närvaro innebär att vara uppmärksam, på ett särskilt sätt: avsiktligt, i det här ögonblicket, och utan att döma"¹¹.

Det är viktigt att understryka att mindfulness *inte* är detsamma som avslappning. Klienter som undviker sina inre upplevelser kan använda avslappning och andningstekniker för att skärma av sig från ångestväckande stimuli. Syftet i denna behandling är tvärtom att hjälpa klienten träna sig att omfatta alla sina upplevelser i nuet, *oavsett* om de är avslappnande och harmoniska eller inte. Det är detta förhållningssätt som på längre sikt kan leda till en ökad förmåga till affektreglering och därmed större ångesttolerans, och det är betydelsefullt att klienten förstår detta behandlingsmål.

Det är också viktigt att betona att medveten närvaro inte bör vara att distansera sig från sina upplevelser och sitt liv. Självobservation är en viktig del av medveten närvaro, men bara den ena halvan. Den andra halvan är medkännande acceptans. Många klienter förlamas och förhindras i sin spontana livsupplevelse av sin ständigt kritiska, och ofta intellektualiserande, självobservation. Medveten närvaro syftar tvärtom till att omfatta sig själv, sina inre upplevelser och sitt liv med en delaktighet, värme, och villighet.

Mindfulness är inte heller självanalys, utan ett *direkt* upplevande av sinnesintryck, tankar, känslor och kroppsupplevelser i nuet, ögonblick för ögonblick. Särskilt i ACT understryks att det just är vår språkliga förmåga att generalisera och objektifiera smärtsamma upplevelser som gör vi kan vara olyckliga över vår självbild, och ha ångest inför att eventuellt i framtiden uppleva ångest. Man betonar därför att klienten måste återgå till sin *direkta* erfarenhet i nuet för att kunna ta sig ur denna språkligt konstruerade fälla.

Vad är det väsentliga innehållet i mindfulnessövningar?

Nästan alla mindfulnessövningar innehåller tre grundläggande steg:

1) Att stanna upp i mitt vanemässiga automatiska upplevande

2) Att uppmärksamma de direkta

upplevelser jag har i nuet, i synnerhet genom sinnena och i kroppen, men också min känslö- och tankeprocess (snarare än *innehållet* i de tankar och känslor jag är fylld av för ögonblicket)

3) Att med denna fördjupade kontakt med min livsupplevelse och min tanke- och känslöprocess i nuet, välja hur jag vill *delta* i mitt liv på ett sätt som uttrycker mina viktigaste värderingar, och som kan leda mig mot mina viktigaste livsmål i stunden

Mindfulness vid depressionsbehandling

Två av de mest kända inriktningarna från tredje vågens kbt, ACT och MBCT, använder mindfulness som en central komponent vid depressionsbehandling. Segal, Williams, och Teasdale, som har utvecklat MBCT, har under lång tid forskat på depression. De refererar till forskning¹² som visar att det finns ett samband mellan svåra livshändelser och depression. Detta samband är dock starkast vid den första depressionen individen drabbas av. Om denne drabbas av ytterligare depressioner under sin livstid, tycks sambandet bli allt svagare. Det är också betydligt större risk att den som redan drabbats av depression återigen drabbas, än att någon som aldrig drabbats skulle råka ut för det.

Hur ska man förstå detta? Segal, Williams och Teasdale menar att individen kan drabbas av en första depression som reaktion på livshändelser som hon har svårt att hantera och bearbeta. Det vanliga är dock att depressionen efter ett tag ger med sig. Men många har lärt in ett sätt att reagera på smärtsamma känslor, som lättare väcks till liv vid senare motgångar i livet. De har då lättare att reagera även på mindre svårigheter med grubblerier, självanklagelser, själv-attacker, och maktlöshetsupplevelser. Detta reaktionsmönster, som i forskningen ibland refereras till som "the ruminative response style", fördjupar det nedstämda och maktlösa känsloläget i en självförstärkande negativ spiral som, om den inte avbryts, leder in i en ny depressionsperiod. För varje depressionsperiod tycks benägenheten till detta reaktionssätt förstärkas.

FÖRSTA HJÄLPEN VID ÅNGEST

1. Stanna upp och andas ut

Samla dig genom att rikta din uppmärksamhet på din utandning. Låt din utandning få lite mer tid, och låt den gradvis sakta ner och förlängas. Kom tillbaka till utandningen igen och igen, tills den blir lugnare. Lägg märke till den lilla vågen av avslappning som kommer med varje utandning. Låt den avslappningen sprida sig i kroppen med utandningen.

2. Beskriv din situation

När du samlat dig lite, beskriv situationen du är i för dig själv. Bara beskriv, värdera inte. Sätt ord på det du lägger märke till: Jag ser... jag hör... jag tänker att... jag får känslan att... Namnge dina upplevelser på detta sätt utan att värdera dem, en efter en, allteftersom de kommer. Stanna kvar i din upplevelse i nuet. Om du märker att du rusar iväg i katastroftankar om framtiden eller tolkningar av vad andra kan tycka eller tänka, bara beskriv dem som "orostankar", och fortsätt att sätta ord på vad du mer har för upplevelser i nuet.

3. Ta hand om dig själv och situationen här och nu

När du blir lugnare och börjar få en överblick, fråga dig själv: hur kan du just nu ta hand om dig själv och samtidigt hantera situationen på ett sätt som blir bra för dig? Vad är viktigt för dig i den här situationen, och vad är ett första steg du kan göra i den riktningen?

Varför reagerar man då med självfokuserade grubblerier? Kanske därför att det spontant *verkar* vara hjälpsamt: "Om jag bara kunde förstå varför jag jämt känner mig så maktlös och nedstämd! Vad är det för fel på mig? Varför misslyckas jag med allt?"

Ovanstående tankekedja visar hur man genom dessa grubblerier försöker finna en förklaring eller en lösning, för att ta sig ur situationen. Men frågorna formuleras så övergripande att de är svåra att svara på. Det finns troligen inte *ett* svar. Livet ställer oss helt enkelt då och då inför sådana upplevelser. Vi vet dock att man i en negativ sinnesstämning lättare minns tidigare händelser med en liknande, negativ känslklang, än andra livshändelser med en mer positiv klang. Det *känns* därför som att man "jämt" känner sig maktlös och nedstämd.

En annan aspekt är att frågorna syftar till att hitta ett sätt att kontrollera upplevelsen. Detta är också frestande: många aspekter av vårt liv går att försöka förstå och genom det till viss del kontrollera. Men inre upplevelser är svårare att kontrollera, och så länge lösningsförsöket inriktas på att bli av med de negativa känslorna, kommer det troligtvis inte bli framgångsrikt, vilket i

stället ökar känslan av misslyckande och maktlöshet.

I behandlingen betonar man därför att det finns två grundläggande sätt att vara i världen: att göra, och att vara. Vår kultur, som uppmuntrar kontroll, bemästrande, och prestation, förstärker och belönar att göra. Sammanhängande med detta tycks vår kultur också betona sådana lösningsförsök även i den inre världen: vi borde inte behöva känna smärta, sorg, eller bli sjuka och åldras. Detta rustar oss inte så väl för sådana upplevelser av livet.

Vad som underbetonas i vår kultur är kanske förmågan att vara, själva *upplevelsen* av att leva, för sin egen skull, på gott och ont. Det är denna förmåga, att kunna *vara* i livet, även de smärtsamma aspekterna av det, som mindfulness som behandlingsmetod försöker förstärka.

Mål med mindfulnessövningar vid depressionsbehandling i kbt

1) Eftersom det självcenterade, negativa grubblandet tycks förvärra en depression, är ett av huvudmålen vid behandling att klienten bättre ska uppmärksamma när han eller hon går in i ett sådant mönster. Mindfulnesssträning syftar till att uppmärksamma detta, inte

som en teoretisk förståelse, utan som en process, i samma stund som det sker.

2) Genom att uppmärksamma att man går in i detta mönster av grubblande *när man är i det*, blir detta inte längre ett automatiskt mönster, utan man återfår förmågan att *välja* hur man vill förhålla sig. I praktiken sker detta gradvis, genom att om och om igen lägga märke till när detta mönster av tankar, känslor och reaktioner uppstår, och efterhand inte längre uppfattar dem som sanningen, utan som "bara" tankar, känslor och impulser. På så sätt minskar deras självklarhet, och det blir möjligt att vidga uppmärksamheten, och välja alternativa förhållningssätt.

3) Att öka förmågan att acceptera och uppleva svåra känslor, snarare än att försöka kontrollera dem. Personer som blir deprimerade har ofta svårt med känslor som sorg, eller självhävande och ilska, och går in i ett distanserat grubblande i ett försök att undvika dessa känslor.

Man vill därför skifta klientens fokus till den förkroppsligade upplevelsen i nuet. Ökad förmåga att acceptera och uppleva ilska i stunden leda till en förmåga att använda den för att uttrycka rimliga, självhävande gränser.

4) Att lämna det övergripande, generaliserade, distanserade förhållningssättet som sällan är hjälpsamt för att komma vidare vid en depression, och i stället återvända till den konkreta situationen *här och nu*.

5) Att förhålla sig till sig själv och sina upplevelser med större grad av medkänsla och förlåtelse.

Vanliga svårigheter

Det är viktigt att se upp så klienten inte använder koncepten medkänsla och acceptans för att ytterligare förstärka en svårighet att tolerera ilska och självhävande impulser. Det är väsentligt att klienten förstår skillnaden mellan att uppleva och rymma en känsla i sitt inre, och hur man väljer att agera utifrån den. Träningen i medveten närvaro syftar till att vara mer medveten om att jag är arg när jag är arg, att bättre vara i kontakt med varför jag är arg, och först därefter välja hur jag vill agera utifrån detta.

Det är också viktigt att klienten inte

använder mindfulnessövningar på ett sätt som förstärker tendensen att inte engagera sig i livet. Syftet med mindfulnessstråningen är inte att klienten ska meditera på sin kammare, utan engagera sig i sitt liv i högre grad. Meditationslärare som Thich Nhat Hanh kan därför rekommendera deprimerade klienter att för en tid sluta öva sittande meditation, och i stället fokusera på medveten närvaro i olika vardagssysslor. Detta stämmer väl med den kliniska erfarenheten, att deprimerade klienter ofta förbättras av aktivering.

MBCT är en behandlingsmetod som inte är avsedd att introduceras när klienten är i den djupaste fasen av en depression, utan *efter* att klienten börjat ta sig ur sin depression, för att förebygga återfall. Klinisk erfarenhet tyder på att djupt deprimerade personer behöver en mycket mer aktiv terapeutisk kontakt, och att man inte kan förlita sig på att den höga grad av egen träning som MBCT bygger på ska räcka till i de

svåraste faserna av en depression. Övning i medveten närvaro i denna fas sker därför bäst i kontakten med en psykoterapeut, som ögonblick för ögonblick kan hjälpa klienten att inte fastna i negativa grubblerier och självvattacker.

MATS JACOBSON

MATS JACOBSON är psykolog och psykoterapeut. Han arbetar dels i ett samverkansprojekt för unga vuxna i Göteborg, Projekt Columbus, dels på Mindmatter AB där han bland annat är kursansvarig på en kbt-utbildning för psykodynamiker. Mats Jacobson har arbetat med mindfulness sedan år 2000.

REFERENSER:

- 1 Linehan, Marsha (2000): *Dialektisk Beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual* Natur & Kultur
- 2 Epstein, Mark (1995): *Thoughts without a Thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective* Basic Books
- 3 Safran, J, Muran, J C (2003): *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide* Guilford Press
- 4 Baer, Ruth (2003): *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review* ur *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), 125-143
- 5 Segal, Williams and Teasdale (2002): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* Guilford Press
- 6 Hayes, Strosahl, Wilson (1999): *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* Guilford Press
- 7 Roth, A, Fonagy, P (2005): *What Works for Whom?: a critical review of psychotherapy research*, 2nd ed. Guilford Press
- 8 Castonguay, L G, Beutler, L. E. (2005): *Principles of therapeutic change that work* Oxford University Press
- 9 Orsillo, S M, Roemer, L (2005): *Acceptance and mindfulness-based approaches to Anxiety: Conceptualization and treatment* Springer
- 10 Hayes, S, Follette, V, Linehan, M (2004): *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* Guilford Press
- 11 Kabat-Zinn, Jon (1990): *Full catastrophe Living: Using the wisdom of your Body and Mind to face Stress, Pain and Illness* Delta
- 12 Segal, Williams and Teasdale (2002): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* Guilford Press

Forskningsnytt

Tecken på schizofreni kan vara effekter av trauman

Symtom på tidigare trauman kan lätt förväxlas med schizofreni, vilket för den enskilde individen kan vara ödesdigert. Det uppger beteendevetaren och doktoranden Anna-Karin Neubeck på institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet.

Hon har i sitt avhandlingsarbete intervjuat elva patienter strax efter att dessa haft sina första psykotiska episoder. Djupintervjuerna visade att tio av elva patienter hade upplevt svåra trauman under sin uppväxt. I åtta fall handlade det om sexuella övergrepp.

Mycket tyder på att de prodromliknande fenomenen, så som exempelvis ångest, vanföreställningar och perceptionsstörningar och som samtliga intervjuade patienter upplevt, helt eller

delvis orsakats av dessa traumatiska händelser.

Den stora risken med en tidig schizofrenidiagnos, som inte kopplas till eventuella tidigare trauman, är att individen förs in på en stigmatiserande bana som i sig kan vara självuppfyllande och upplevas som hopplös, anser Anna-Karin Neubeck.

Disputationen ägde rum 21 november och titeln på hennes avhandling är *The prodromal phase of what? A metapsychiatric analysis of the prodromal phase of schizophrenia*.

Diagnosen viktig för prognos efter självmordsförsök

Personer som genomfört ett självmordsförsök, och vid tillfället hade diagnostiserad schizofreni, bipolär sjukdom eller svår depression, löper förhöjd risk att vid ett senare tillfälle fullborda ett självmord jämfört med personer med andra diagnosgrupper. Det visar en långtidsuppföljning av nästan 40 000 personer som vårdats på sjukhus efter ett självmordsförsök. Studien, som sträckte sig över 21 år eller längre, visar att en stor del av de fullbordare självmorden skedde inom de första åren efter självmordsförsöket.

Studien leddes av professor Bo Rune-son på institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska institutet. Han uppger i ett pressmeddelande att resultatet kan vara en hjälp vid riskbedömningen efter ett självmordsförsök, och att den medicinska behandlingen och det psykosociala stödet måste ta hänsyn till diagnosen och individualiseras.