

Mindfulness

– ett verktyg för psykologen?

Alla talar om mindfulness. Men vad är det egentligen?
Och hur hamnade vi här?

Psykologiprofessor Gerhard Andersson vill här introducera fenomenet, kommentera forskningen samt reflektera över hur mindfulness kan komma in som verktyg för psykologer.

Det är sent 1990-tal och jag befinner mig på en workshop med professor Mark Williams från England. Han har en trevlig röst och nu går russinasken runt i publiken. Vi ska ta ett russin var och fokusera på yta, lukt och så vidare. Sedan blundar vi och smakar på russinet. Då ringer min mobiltelefon i väskan. Hastigt dyker jag ned för att stänga av den. Russinet vet jag inte var det tog vägen.

Detta är länge sedan nu. Därefter fick jag i samband med terapeututbildning gå igenom ett helt mindfulness-program. I dag, år 2015, känns mindfulness mycket bekant. I min kliniska verksamhet med tinnitusgrupper kör vi mindfulnessövningar.

Begreppet mindfulness har sina rötter i buddhistisk filosofi (Jacobsen, 2003). Flera olika former av mindfulness finns (Chiesa & Malinowski, 2011), men det är främst sekulära former som har populariserats i vår del av världen av bland andra Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1990). Det är klurigt med ordet mindfulness och en vanlig svensk översättning är "medveten närvaro" (Kåver, 2004), men oftast blir det ändå mindfulness som används.

I korthet går mindfulness ut på att koncentrera sig och uppmärksamma nuet samt att inte värdera och döma. Det rör sig om självkontroll vad gäller uppmärksamhet samt att inta en atti-

tyd som borgar för nyfikenhet, öppenhet och acceptans. Mindfulness består således av två komponenter. Den första är ett *mentalt tillstånd* där full uppmärksamhet riktas mot inre och yttre upplevelser i nuet. Ett genomgående drag i mindfulness är att man fokuserar på sin andning. Detta skulle i sig kunna vara en form av avslappning, men då missar man den andra viktiga komponenten, nämligen den *attityd* som bör finnas med. Här har vi en klart psykologisk koppling då inställningen vid mindfulness bör kännetecknas av icke-värderande och öppenhet, vilket i sin tur antas leda till exponering för negativa stimuli och emotioner samt en minskning av undvikande (särskilt av upplevelser) – det som ibland kallas *experiential avoidance*. Utöver dessa två huvudsakliga inslag finns det en mängd varianter och inslag som yoga och exempelvis att diska sin disk på ett "mindfullt" sätt.

Mindfulness lärs ut på olika sätt och i olika sammanhang. *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) och *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) ges ofta i form av gruppträffar med övningar som bör praktiseras varje dag under åtta veckor. Det finns förstas versioner med tydligare koppling till buddhismen som vipass-

ana-meditation, zenmeditation, texter av Thich Nhat Hanh, samt en uppsjö av böcker och hemsidor som beskriver hur mindfulness kan ges i alla möjliga sammanhang, exempelvis i skolan och sjukvården. Utöver alla sammanhang där mindfulness presenteras som det huvudsakliga innehållet förekommer mindfulness ofta som ett inslag i olika former av psykologisk behandling som *dialektisk beteendeterapi* (DBT), *acceptance and commitment therapy* (ACT), och har även intresserat psykodynamiskt orienterade forskare som Jeremy Safran. Mindfulness tycks vara något som tilltalar många och det finns både kliniska och icke-kliniska tillämpningar.

Hur ser effekterna ut? Mindfulness popularitet återspeglas i viss mån av stöd i forskningen. Men de studier som genomförts väcker också en del frågor – inte minst vad gäller hur pass bra mindfulness är jämfört med sedvanlig psykologisk behandling. Här kommer jag främst att luta mig mot systematiska översikter (så kallade metaanalyser), men jag tar även upp en ny svensk studie som genomfördes i Skåne (Sundquist et al., In press), en studie där jag var en av forskarna och som gällde internetbaserad mindfulnesssträning för ångest (Boettcher et al., 2014) samt en studie från min forskargrupp där vi via en mobilapp prövade mindfulness för depression (Ly et al., 2014).

Flera systematiska översikter har publicerats kring effekter av mindfulness vid behandling av psykisk och somatisk ohälsa. Ett intressant exempel är en metaanalys av Stefan Hofmann och kollegor (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010), som kunde visa på måttligt stora effekter för symtom på ångest och depression (inomgruppseffekten för depression var Hedges, $g=0.59$ och för ångest 0.63). I jämförelse med kontrollgrupper var dock effekterna mindre. Trots det blev Hofmann et al. förvånade: "We were surprised to find these effects to be rather robust and strong." (s 180).

De hade med andra ord inte förväntat sig att mindfulness skulle fungera. Jag har hört detta från annat håll, exempelvis en engelsk kollega och vän som upptäckte att mindfulness fungerade bra för personer med tinnitusbesvär. På samma sätt blev vi själva förvånade när vi undersökte effekten av mindfulness via internet för ångestbesvär (Boettcher et al., 2014). I studien ingick 91 deltagare som slumpades till behandling eller kontrollgrupp. Mindfulnessstråningen förmedlades via ljudfiler och text och studien genomfördes i samarbete med läkaren Ola Schenström som har omfattande erfarenhet av mindfulnessutbildning. Effekterna var måttliga till

stora jämfört med kontrollgruppen (Cohen's $d=0.36-0.99$). Vi blev även förvånade när vi genomförde en studie där vi behandlade depression med en smartphone som antingen utgick från beteendeaktivering eller mindfulness. Resultatet visade att bägge var lika bra! Dock såg vi att mindfulness var mer lämpat för lättare depressioner (Ly et al., 2014).

I Skåne genomfördes en stor studie i primärvården där mindfulness jämfördes med den behandling som gavs i vården för ångest och depression – främst läkemedel och KBT (Sundquist et al., In press). I denna studie var det MBSR som användes i gruppform under åtta veckor. Totalt ingick 215 deltagare med ångest, depression och stressbesvär. Man fann inga skillnader mellan mindfulness och kontrollgrupperna. Bägge förbättrades och mer än hälften av kontrollgruppen (80 personer) hade fått kognitiv beteendeterapi (KBT). Oavsett studiens eventuella brister vad gäller kontrollgruppens behandling är den viktig då det är svårt att genomföra studier i vårdcentralsmiljö och resultaten måste ses som lovande.

Mindfulness har prövats för flera olika problem (exempelvis missbruk) och jag kommer inte att gå igenom alla tillämpningar. Men vad gäller depres-

sion som är på väg att bli sämre (återfall efter remission) bör forskningen om MCBT av Mark Williams (han med russen) och medarbetare uppmärks-

”Mindfulness kan vara ett bra verktyg, men passar inte alla klienter och behandlare”

sammas (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2008). Resultaten är inte självklara, men för en andel personer som haft flera depressionsepisoder visar några studier att det går att förebygga återfall med hjälp av MCBT. Några studier har undersökt om mindfulness kan förbättra resultatet på kognitiva tester (Chiesa, Calati & Serretti, 2011) samt om hjärnfunktion, exempelvis EEG och blodflöde i hjärnan, kan påverkas (Chiesa & Serretti, 2010). Jag går inte in mera på denna spännande forskning som dock kan sägas visa på lovande resultat men också en del nollresultat.

Om man ska sammanfatta forskningsläget vad gäller mindfulness som en psykologisk intervention är det helt klart så att resultaten är goda, men att vi ännu inte kan säga att exempelvis MBSR fungerar lika bra som KBT för ångest. Ganska ofta är det inte ren mindfulness som studerats när man jämför med exempelvis KBT utan sna-

► rare behandlingar där mindfulness ingår som inslag (exempelvis ACT).

Vad är bra respektive dåligt med mindfulness? Här vill jag föra fram några reflektioner. I grunden är jag positiv och tycker själv att det finns ett värde i att vara "medvetet närvarande" i nuet. Mina kommentarer här gäller snarare mindfulness som klinisk intervention – det vill säga som verktyg i psykologens behandlingsarsenal.

För det första finns ett potentiellt problem i att mindfulness oftast är en generisk metod där alla får samma behandling. Kabat-Zinn tycker dock detta är en förtjänst. Oavsett bakgrund kan du delta i mindfulnessgruppen! Men jag, som psykolog, kan se problem med "one size fits all". Som KBT-psykolog vill jag gärna göra en individuell beteendeanalys och nog finns det klienter som mindfulness inte passar för? Då tänker jag exempelvis på de som får kraftig ångest av mindfulness (de kan möjligen senare bli hjälpta) och de som kanske använder sig av mindfulness som ett undvikande beteende.

Min andra reflektion gäller vikten av att själv praktisera mindfulness. Detta står tydligt i texterna om mindfulness och skulle kunna beskrivas som "practice what you teach". Men innebär detta att psykologer som själva inte gillar mindfulness (handen på hjärtat – några av er som läser detta tror jag inte alls gillar mindfulness) inte ska få eller ens

kan praktisera det med sina klienter? Här finns en konfessionell sida (att bekänna sig till en tro) som inte så sällan smyger sig in i psykoterapisammanhang.

Detta för mig över till min tredje fundering, nämligen kopplingen till religion och andlighet. Man kan förstås strunta helt i detta och hävda att exempelvis MBSR inte har ett dugg med religion att göra. Men det som lärs ut i åtminstone vissa former av mindfulness – exempelvis inställningen till lidande – har att göra med livsåskådning och trots att vi lever i ett sekulariserat samhälle är många troende vilket möjligen gör att mindfulness krockar med ens livsåskådning (exempelvis hur man ser på liv efter döden och en personlig Gud).

Min sista fundering gäller hur pass mycket utrymme mindfulness får i olika former av psykologisk behandling. Här blir det sten i glashuset för min del då jag tillsammans med kollegor flera gånger lagt in "lite mindfulness" i våra behandlingsprogram. Fördelen blir förstås att mindfulness inte blir allt man har att komma med. Nackdelen kan kanske vara att det inte blir mindfulness fullt ut.

Om något så säger böckerna om mindfulness att man måste träna ofta och under lång tid. Det finns en forskningsmässig sida av detta som har att göra med att vi behöver veta vad som leder till vad. Leder exempelvis mindfulness till en annan form av avslappning fysiologiskt än exempelvis

tillämpad avslappning? Behövs en förklaringsmodell (det vi kallar rational)? Kan man strunta i andningen och gå direkt på förhållningssättet? Flera frågor kan nog besvaras av litteraturen, men några kvarstår – vilket inte gör mindfulness mindre intressant.

Mindfulness är här för att stanna. Sannolikt fyller mindfulness en lucka i vår samtid och vikten av att stanna upp och leva i nuet är ständigt aktuellt. Mindfulness har visats fungera som behandling för olika ohälsotillstånd. Inte sällan har psykologer tagit med mindfulness som inslag i sina behandlingar. Det är ännu oklart hur pass bra mindfulness är jämfört med mer traditionella psykologiska behandlingar som KBT, men samtidigt finns intressant forskning som visar att mindfulness kan påverka kognitiva processer samt hjärnfunktion. Mindfulness kan vara ett bra komplement som behandlingsverktyg för psykologer, men metoderna passar inte alla klienter och behandlare.

En sak bär jag med mig sedan den där första övningen med Mark Williams: Stäng av ljudet på mobilen om du ska öva mindfulness! ●



GERHARD ANDERSSON, professor, psykolog, psykoterapeut
Linköpings universitet och Karolinska institutet

REFERENSER:

Boettcher J, Åström V, Pålsson D, Schenström O et al. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behavior Therapy*, 45, 241-253.

Chiesa A, Calati R & Serretti A (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31, 449-464. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.003.

Chiesa A & Malinowski P (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67, 404-424.

Chiesa A & Serretti A (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness

meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252. doi: 10.1017/s0033291709991747.

Hofmann S G, Sawyer A T, Witt A A & Oh D (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183. doi: 10.1037/a0018555.

Jacobsen K A (2003). *Buddhismen*. Religion, historia, liv. Stockholm: Natur & Kultur.

Kabat-Zinn J (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.

Kåver A (2004). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om acceptans*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ly K H, Trüschel A, Jarl L et al. Behavioral activation vs. Mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 4, e003440.

Sundquist J, Lilja A, Palmer K et al (In press). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.150243.

Williams M, Teasdale J, Segal Z & Kabat-Zinn J (2008). *Mindfulness. En väg ur nedstämdhet*. Stockholm: Natur & Kultur.