



Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression - MBCT

Litteraturstudie om effekter utifrån Christine Padeskys femfaktormodell.

Maria Enander

Psykoterapeutprogrammet, kognitiv inriktning, 90 hsp

Uppsats, 15 hsp.

Vt 2010

Handledare: HVD, lektor Lena Wiklund Gustin

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sida
SAMMANFATTNING	2
INLEDNING	2
BAKGRUND	3
Depression –förekomst.....	3
Diagnosen depression.....	4
Återkommande depressioner.....	4
Depression och suicid.....	4
Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer.....	5
Depression enligt kognitiv teori.....	5
MBCT Mindfulness-Based Cognitive Therapy.....	8
TEORETISK REFERENSRAM	13
Padeskys femfaktorsmodell.....	13
SYFTE	14
METOD	14
Dataurval.....	15
Dataanalys.....	17
Etiska överväganden.....	17
RESULTAT	18
I vilken mån tar utvärderingar av MBCT fasta på de olika aspekterna i Padeskys modell?...18	
Inom vilka av de fem aspekterna i Padeskys modell kan man se att MBCT har effekt?.....19	
Tanke.....	19
Känsla.....	21
Fysiologi/kropp.....	23
Beteende.....	23
Situation.....	24
DISKUSSION	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion.....	26
Avslutande diskussion.....	29
TILLKÄNNAGIVANDE	30
KÄLLFÖRTECKNING	30
BILAGA 1. Tabell 1 Artikelmatris	33

SAMMANFATTNING

Depressioner återkommer ofta och varje ny depressionsepisod ökar risken för en ny beroende på en allt större känslighet för inre och yttre triggers. Mindfulnessbased Cognitive Therapy (MBCT) har utarbetats av Z. Segal, M. Williams och J. Teasdale som en gruppbaserad behandlingmodell för att förebygga återinsjuknande kombinerar mindfulness-tekniker och kognitiv terapi (KBT) för depression. I en studie publicerad 2000 visade sig MBCT signifikant halvera återinsjuknandet jämfört med sedvanlig behandling. Resultatet har upprepats och ett flertal studier har undersökt effekter av MBCT. Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att undersöka vilka effekter som de olika studierna tagit fasta på och vilka effekter som setts inom de olika aspekterna i Christine Padeskys femfaktorsmodell, tanke-känsla-fysiologi-beteende och i relation till sammanhang mot bakgrund av den ständiga interaktion som råder mellan dessa¹. Resultatet visar positiva resultat inom alla aspekter men att de kognitiva och känslomässiga aspekterna är de mest välstuderade medan fysiologiska effekter som trots den stora betydelse kroppen har i MBCT-träningen är mindre studerat. Det framgår att fortsatt och mer forskning behövs om verk samma mekanismer, kausalsamband och processer.

Nyckelord: Depression, effekter, litteraturstudie, MBCT.

INLEDNING

Depression räknas bland de främsta orsakerna till ohälsa i världen (1) och klassas i Sverige som en folksjukdom i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 (2). Där påtalas att depression vanligen läker ut men tenderar återkomma i skov och att risken för en ny depression ökar. Socialstyrelsen rangordnar KBT högt vid egentlig depression (ej vid svår) och som återfallsförebyggande behandling. MBCT omnämns som en av tredje generationens terapivarianter som är på framväxt inom KBT. Eftersom de flesta vuxna får behandling inom första linjens vård tex primärvården är riktlinjerna i huvudsak inriktade på den vårdnivån. I mitt arbete inom företagshälsovård möter jag mycket av samma problematik som ses inom primärvården med en stor skillnad att alla är i yrkesverksam ålder och har en anställning samt att behandlingskontaktens vara eller inte vara styrs av uppdraget från arbetsgivaren. Jag samtalar dagligen med individer som beskriver depressionssymptom. Även om många som diagnosticerats som depression går vidare till primärvården eller specialistbehandling inom .

¹ Femfaktormodell refererar till "five aspects of life" modellen enligt Christine Padesky. Se sid.15.

öppenvården får också många hela sin behandling eller de psykoterapeutiska samtalen inom företagshälsan som en del i en rehabiliteringsprocess. Mindfulness har blivit ett betydelsefullt inslag i mitt eget liv efter att jag för fem år sedan gick en instruktörsutbildning för Andries Kroese, en av Jon Kabat-Zinns många elever. Mindfulness har också kommit att bli ett av de viktigaste verktygen i mitt arbete och låter sig integreras i KBT-arbetet på ett mycket användbart sätt vilket också är grunden för MBCT, Mindfulnessbased Cognitive Therapy. MBCT som utformats av Segal et al (3) är en integrativ psykoterapiform som kombinerar kognitiv terapi och mindfulnessmeditation och vars effektivitet har visats i flera studier (Tabell A,D,E bilaga 1). Flera patienter har tränat mindfulness på egen hand med olika CD-program i MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction). Det finns även goda erfarenheter av egen träning med MBCT-programmet som egentligen utformats för gruppträning.

En tanke var att göra en studie på de patienter med återkommande depressioner som gjort programmet på egen hand i kombination med samtal (som ersatte gruppträffar) men antalet individer var otillräckligt och självskattningarna vid start var också otillräckliga. För att utforska vilka effekter man ser av MBCT valdes istället att göra en litteraturstudie. Att förstå samspelet mellan tankar, känslor, beteenden, fysiologiska funktioner och sammanhang är centralt i kognitiv teori och praktik. I MBCT tränas uppmärksamhet på dessa inre och yttre skeenden som ingår i ett självförstärkande mönster som kan leda till ett återfall eller återinsjuknande i depression. Deltagarna tränar i programmet på att känna igen tidiga signaler. Vad visar forskningen om detta, hur fungerar det, vad förändras, är något effektivare än annat? Vi upplever t ex mycket i kroppen. Min frågeställning undersöker om och hur är det verksamt. Christine Padeskys femfaktorsmodell illustrerar på ett tydligt sätt interaktionen mellan tankar-känslor-kropp och beteenden i en situation och är ett användbart verktyg i konceptualiseringen och behandlingen med användande av patientens egna exempel, upplevelser och ord. Modellen har valts som referens i studien.

BAKGRUND

Depression - förekomst

Depression är ett ohälsoproblem världen över och drabbar både yngre och äldre. Enligt SBU är prevalensen för egentlig depression är 4 till 10 % vid en viss tidpunkt (4). Enligt uppgift från Socialstyrelsen (2) drabbas 25% av kvinnorna och 15% av männen av en behandlingskrävande depression under livet. Samsjuklighet med ångesttillstånd, personlighetsstörningar, missbruk och

schizofreni är vanligt (4,5) och ses också ofta vid somatiska sjukdomar som kroniska tillstånd, hjärt-kärlsjukdomar, smärttillstånd, neurologiska sjukdomar. Det är komplicerande med en ökad risk för sjuklighet och en ökad dödlighetsrisk (2,4).

Diagnosen depression

Depression ingår i avsnitten om affektiva störningar i de två kriteriebaserade diagnossystemen DSM-IV och ICD-90. Båda systemen utgår från svårighetsgrad (lindrig, måttlig, svår) och differentierar mellan uni-och bipolaritet (6). Depression ger emotionella, kognitiva, betendemässiga somatiska symtom. Huvudkriterierna (enl DSM-IV) är antingen nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje för det mesta (7) större delen av dagen under en två-veckorsperiod samt ytterligare fyra symtom. Andra emotionella symtom är skuld känslor, irritabilitet och symtom som visar sig i tankeinhåll med självnedvärderande och självmordstankar. Somatiska symtom kan vara aptitförändringar, energibrist, sömnstörningar, psykomotorisk agitation eller hämning. Bland de kognitiva symtomen finns minskad tanke- eller koncentrationsförmåga. Om kriterierna för egentlig depressionsepisod varit uppfyllda oavbrutet under de senaste två åren så är depressionen kronisk (7). En lindrig depression kan läka ut utan behandling medan en djupgående svår depression är livshotande och kräver omfattande och långvarig behandling.

Återkommande depressioner

Varje ny depressionsepisod ökar risken för en ny och intervallerna däremellan tenderar att bli allt kortare. Keller och Boland (8) refererar i en översikt ett antal större uppföljningsstudier om återinsjuknande: Efter 3 månader hade 5% återinsjuknat efter en första episod och 17% av de som haft fyra episoder. Efter 2 år hade 25-40% haft en andra episod, efter 5 år hade 60% återinsjuknat, efter 10 år 70% och efter 15 år 87%. Medianvärdet för tiden mellan episoderna var efter en första episod 4 år och 1,5 år för de med tre eller fler episoder. Efter tre-fyra episoder fortsätter inte intervallet att minska. Socialstyrelsen påtalar att risken för recidiv är större om det finns kvarstående symtom efter tidigare episoder och episoderna blir ofta djupare, långvarigare och tätare ju fler recidiv som inträffar (9).

Depression och suicid

Det finns en stark koppling mellan psykiatrisk sjuklighet, särskilt depression, och suicidalitet (10). Varje år tar ca 1100 personer i Sverige sitt liv. Av Socialstyrelsens dödsorsaksregister

framgår att orsaken bakom 69 fall 2008 var depression, 49 kvinnor och 20 män. SBU refererar till ett par studier som visar en överdödlighet i samtliga somatiska diagnoser och fall av onaturlig död (suicid, olycksfall, mord) (4) bland personer som vårdats för depression i någon form. I Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression skriver Segal et al. (3) att risken att dö i suicid är 15% för personer med recidiverande depression som krävt sjukhusvård.. Genom förebyggande vårdinsatser hade suicid i många fall kunnat förhindras.

Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer

Socialstyrelsen har gett ut nya riktlinjer/rekommendationer för vård vid depression och ångestsyndrom (2). Målet för behandling är tillfrisknande med symtomfrihet, återgång till tidigare funktionsnivå, återfående av social funktion och livskvalitet samt att risken för återinsjuknande minskas. De återfallsförebyggande åtgärder som rekommenderas är förlängd behandling med:

- Fortsatt psykologisk behandling med KBT (prio.1)
- Fortsatt läkemedelsbehandling med antidepressiva (prio.1)
- ECT i undantagsfall när annan behandling inte hjälper eller varit möjlig (prio.10)

Målen anses nåbara om tillgängliga behandlingsmöjligheter utnyttjas konsekvent. Beträffande psykologisk behandling konstateras att det råder brist på personal med KBT-kompetens och att det krävs en förstärkning. Den tredje generationens KBT som betonar en förändrad inställning till och acceptans av upplevelser, tankar och känslor (ACT, DBT och MBCT) omnämns också men är inte medtagna i rekommendationerna.

Depression enligt kognitiv teori

Aaron Beck presenterade på 1960-talet den kognitiva depressionsmodellen som blev ett genombrott för förståelsen av depression och för den psykologiska behandlingen av lindrig och medelssvår depression (1,5). Beck hade uppmärksammat att hans patienter hade en ständigt pågående inre kommunikation med sig själva med negativa oftast inte medvetna tankar, negativa automatiska tankar. Kliniska observationer och forskning visade på en generell negativitet i tänkandet. Det för depression karakteristiska kognitiva innehållet kom att uttryckas som *den kognitiva triaden*, dvs negativa tankar om sig själv (självkritik), om tillvaron (generell negativitet) och om framtiden (hopplöshet) (1,11). 1979 kom Aaron Beck med den första detaljerade manualen, *Cognitive Therapy of Depression*. Clark och Beck (1) presenterar i sin bok *Cognitive Theory and Therapy of Depression* hur den kognitiva teorin för depression trettio år senare

utvecklats av Beck och andra och även de kritiska utvärderingar som gjorts. Den kognitiva informationsbearbetningsmodellen beskrivs i termer av strukturer, processer och produkter. Känslomässiga reaktioner på omständigheter beror på hur upplevelserna processas kognitivt och vilken mening de ges.

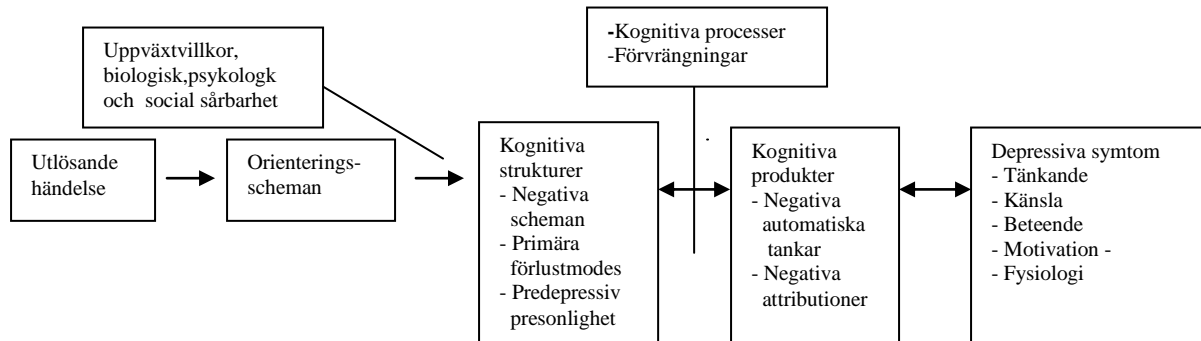


Fig.1 Kognitiv depressionsmodell efter Clark och Beck (1).

Modifierad efter Mörch et al. 5).

En livshändelse/stressor är inte i sig en tillräcklig förklaring till att utlösa en depression eller ett återinsjuknande. Det är stressorns mening för individen som har betydelse. *Scheman* är hypotetiska strukturer som organiserar information, ger inkommande information mening, guidar perception och avgör typen och intensiteten i den emotionella responsen. (fritt efter 1,12). Scheman kan enligt Anna Kåver liknas vid fördomar (13), de kan vara positiva, negativa, ofta formade tidigt i livet men även senare, flexibla eller rigida. De påverkar våra liv, livsval, relationer, synen på oss själva och andra. Hos en deprimerad dominerar själv-scheman som bla handlar om förlust, oälskbarhet, misslyckande, hjälplöshet och förakt. Den kognitiva teorin om depression säger att varaktigt schemainnehåll av detta slag inte orsakar men innebär en ökad *sårbarhet* för depression. Depressiva scheman är komplexa, eftersom de kan aktiveras av en mängd olika händelser/stimuli. I en depression är aktiverade negativa scheman tätt sammanbundna, rigida och ogenomträngliga vilket gör att annan (motsägande) information inte tas in (1,12). Det innebär en risk för fortsatt depressionsutveckling. Frekventa negativa tankar och kognitioner verkar förstärkande på scheman och modes i en ond cirkel.

Ett *mode* är ett kluster av aktiverade scheman som är relaterade till varandra; kognitiva, affektiva, fysiologiska, beteendemässiga och motivationella. Ett aktiverat primärt förlustmode kan således ta sig uttryck i en upplevelse att något viktigt förlorats (kognitivt), ledsenhet (känsla), orkeslöshet (fysiologi), inaktivitet (beteende) och förlorat engagemang (motivation). Individer som har en kognitiv sårbarhet för depression kan ha ett förlustmode som lätt aktiveras.

Depression är komplext och utvecklar sig på olika sätt med varierande svårighetsgrad och symtombild under stark inverkan av livsomständigheter. I patogenesen samverkar olika faktorer bl.a. sociala, psykologiska, genetiska, utvecklingsmässiga och biologiska (1). En medfödd disposition eller tidiga negativa erfarenheter i livet kan innebära att ett lättväckt övergeneraliserat primärt förlustmode utvecklas och mer eller mindre ständigt är aktiverat (egen tolkning av texten). *Personlighet* är en relativt stabil organisation av ett kluster av scheman där genetik, anknytning och ffa tidiga livserfarenheter spelar in. *Sociotropa och autonoma personlighetsdrag* kan ge en depressiv sårbarhet (1) som i motgångar kan ge tankar som ”Dom tycker inte om mig” respektive ”Jag har misslyckats”. *Orienteringsscheman* screenar snabbt situationen på en förmedveten nivå, ”relevant för mig” eller ”inte relevant för mig” och har betydelse för aktivering av de kognitiva strukturer (scheman och modes) som ger den utlösande händelsen mening. När något vitalt hotas riktas uppmärksamheten genast dit. Vid depression kan orienteringsschemat ha en benägenhet att selektivt uppmärksamma negativ information och tex även inkludera någons beteende som relevant även om det inte är riktat till individen. Aktivering av de kognitiva strukturerna bestämmer till stor del hur man tänker, känner och beter sig. *Negativa automatiska tankar (NAT)* är ofrivilliga, spontana, snabba, påträngande och ofta omedvetna i situationen med teman från underliggande aktiverade scheman (se ”kognitiva triaden” ovan). I en depression är handlar NAT om nederlag och förlust (aktiverat primärt förlust mode). I försöken att skapa mening blir tolkningen av både interna och externa stimuli *förvrängd* (tex att generalisera, ”alltid”, ”aldrig”, ”ingen”). Andra tankefel är att lägga ansvaret hos sig själv för det (negativa) som händer (1). I kognitiv terapi arbetar man med dessa NAT och med de maladaptiva eller dysfunktionella antaganden, livsregler och strategier som den depressive utvecklats utifrån sina scheman. Latenta depressogena scheman är en riskfaktor för återfall och återinsjuknande och depressionen varar så länge dessa scheman är aktiverade. Tröskeln för att scheman ska aktiveras av någon negativ livshändelse sänks för varje ny episod. Ju svårare depression desto mer dominerande blir de negativa självskemana och konsekvenserna för det psykosociala fungerandet.

I behandlingen får patienten lära sig ett mer reflekterande sätt att tänka, att verklighetspröva tankeinnehållet och att rätta till förvrängd bearbetning av information (1). Om underliggande scheman luckras upp och omprövas så blir resultatet mer hållbart och risken för återinsjuknande minskar. Olika interventionsstrategier som kognitiva, beteende, relationella och farmakologiska kan användas i behandlingen. Den symptomförbättring som uppnås beror enligt Clark och Beck på

i vilken omfattning informationsprocessandet förändras. Interventionerna måste anpassas efter depressionens svårighetsgrad. Ju svårare depression desto mer beteendebaserade interventioner och ju lindrigare desto mer kognitiva interventioner. Mörch och Rosenberg (5) beskriver något om den vidareutveckling som skett av Becks modell, bla av Teasdale. Enligt denna sker utvecklingen av en depressionsepisod i två faser. I den första aktiveras kroppsliga och sensoriska scheman. Mot bakgrund av den stämning som skapats aktiveras kognitiva processer på en högre nivå. I denna fas har individen NAT och kan uttrycka sin depression verbalt. Under rubriken Femfaktorsmodellen beskrivs något mer om den kognitiva terapins innehåll.

MBCT Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBCT har utvecklats för att förebygga återinsjuknande i depression. MBCT är en kombination av kognitiva tekniker enligt Aaron Beck och träning i medveten närvaro (13), mindfulness. Mindfulness bygger på en zenbuddistisk tradition med rötter i österländsk kultur och handlar om att vara medvetet närvarande i nuet, att vara uppmärksam, att acceptera det som är utan att döma.

Mindfulness means paying attention in a particular way:

on purpose in the present moment, and nonjudgmentally. - Jon Kabat-Zinn (14,s.4)

MBSR, Mindfulnessbased Stress Reduction, utvecklades av Jon Kabat-Zinn (15) som ett träningsprogram för att hantera smärtor och stress och har fått en mycket stor spridning och klinisk användning även inom andra problemområden. Träningen innehåller moment med kroppsskanning, meditation, yoga och vardagliga övningar. Kabat-Zinn skriver (15) att i meditationen gör man allt till sin lärare: kroppen, attityder, medvetandet, smärtan, glädjen, andra, misstag, misslyckanden, framgångar, naturen, kort sagt alla dina stunder. (Egen översättning.) Han betonar även alltings förbundenhet med varannat.

Kognitiva och interpersonella terapier hade blivit standard i psykologisk behandling av depression fått likvärdiga resultat i jämförelse med antidepressiv medicinering (3). Segal, Williams och Teasdale (3) ville undersöka om det skulle vara möjligt att utveckla en kognitiv metod som kunde förebygga nya episoder och den ökande suicidrisken och vara ett alternativ till medicinering och till interpersonell psykoterapi. Tanken var att använda det som visat sig vara verksamt i kognitiv behandling med depression på ett kostnadseffektivt sätt med tanke på det stora behovet. Ett antal studier bekräftade teorin att tidigare deprimerade personer reagerade med negativt tankeinnehåll på små skiftningar i sänkt stämningsläge och att det fanns en kumulativ effekt som ökade risken för en ny episod. En kognitiv sårbarhet gjorde att allt mindre krävdes för att trigga en ny episod. De refererar till en studie av Robert Post (16) som hävdade att varje ny

episod bidrar till att den neurobiologiska tröskeln sänks så att episoder till sist tycks uppstå spontant. Segal et al. tyckte sig kunna konstatera var ett helt ”mode”, en komposition av nedstämdhet, tankar, föreställningar, kroppssensationer sattes igång. En annan slutsats var att sättet att hantera det sänkta stämningsläget med att *grubbla* i försök att förstå och hitta lösningar istället vidmakthåller depressionen och att tänkandet i sig går in i självförstärkande onda cirklar. Det man kommit fram till ledde vidare till insikten om att det som kunde vara verksamt när kognitiv terapi förhindrar återinsjuknande är att patienten använder andra perspektiv och kan decentrera vilket ger ett annat förhållningssätt till negativa tankar och känslor. Utan decentrering skulle patienten vara kvar i försök att avgöra om de negativa tankarna var sanna eller inte med risk att fastna i tankemönster. Mötet med Marsha Lineham och DBT där decentering är centralt inspirerade och ledde vidare till Jon Kabat-Zinn och mindfulnessmeditation. Med det vidgades innebörden av decentering till att omfatta inte bara tankar utan också kroppsupplevelser och känslor. Attityden till alla slags upplevelser är tillåtande och välkomnande. Det förändrar terapeutens uppgift i rollen som instruktör med uppgift att stötta patienterna ta ansvar och att förhålla sig ”mindful” till sina problem och inte se dessa som något som man tillsammans ska ”fixa”. Detta innebär att inte hjälpa till att hitta vägar från oönskade tankar, känslor och kroppsliga sensationer utan istället visa att försök att bekämpa dessa kan skapa mer inre spänning.

Kroppsövningarna i MBSR hjälper patienterna att upptäcka hur negativa tankar och känslor ofta uttrycks genom kroppen och de får därmed möjlighet att utgå från ett annat perspektiv. Andningen används en bas gå till om en upplevelse blir för stark. Utövarna lär sig mer än tekniker att hantera stress, de lär sig att relatera till upplevelserna på ett nytt sätt, att betrakta tankar som ”bara tankar”, att observera känslor och kroppsupplevelser. MBCT-manualen bygger på att man insett att det var decenteringen i kognitiv terapi som var avgörande och att mindfulness erbjöd en kontext där medvetenhet om alla upplevelser kunde förebygga nya depressioner. Mönstret av kopplingar mellan tankar, känslor, kroppssensationer som lärts in under tidigare depressioner och som automatiskt reaktiveras vid sänkt stämningsläge är riskfaktorn som behöver förändras för att förhindra återinsjuknande (3). Interaktionen verkar självförstärkande på mönstret. Förändringen måste ske på en djupare nivå genom att nya erfarenheter psykiskt och fysiskt (mind and body) ger ett annat förhållningssätt till tankar, känslor och kroppssensationer. MBCT finns också beskrivet i en självhjälpsbok av samma författare, Williams et al. (17), kompletterad med en CD för egen träning.

Doing mode och being mode

Doing mode och being mode liknas vid mentala lägen som kan växla antingen medvetet eller automatiskt. Båda behövs men det går inte att befinna sig i båda lägena samtidigt. I mindfulness tränas på att känna igen vilken mental växel man är i och att kunna byta till den som är mer hjälpsam. *Doing mode* är aktiverad när vi upplever en skillnad mellan hur det är och hur vi vill att det ska vara, hur det borde vara. Det är en nödvändig förmåga att kunna lösa problem på ett ändamålsenligt sätt. Negativa känslor och gamla strategier väcks i försök att minska diskrepansen. Det kan lyckas och man kan sedan mentalt växla läge. Om det inte finns någon färdig lösning utan diskrepansen och därmed otillfredsställelsen består fortsätter försöken att mentalt hitta lösningar i doing mode. Det kan bli en automatisk rundgång av tankar, ett grubbel, om hur det är, borde vara och försök att förstå och hitta lösningar. Det faktiska nuet får lite uppmärksamhet när medvetandet är upptaget av diskrepanserna i livet. Hos sårbara individer kan processandet i doing mode leda till förstärkning och vidmakthållande av oönskade känslor och depression.

Being mode är inte målinriktat på samma sätt som doing mode. Fokus är på att acceptera, tillåta och uppleva det som är utan att värdera upplevelsen eller att försöka ändra på något. Medan uppmärksamheten i doing mode kan vara i både dåtid och framtid utmärks being mode av att vara medvetet närvarande i nuet. Det som händer i nuet (tankar, känslor, kroppsfrömmelser) uppmärksammas, iakttas och får vara som det är. Med ett decentrerat perspektiv som utmärker being mode triggas en känsla inte automatiskt invanda mönster för att fly eller förbättra tillståndet och tankar om att göra något kan ses som enbart mentala händelser. I MBCT tränas patienterna att växla från doing till being mode för att kunna välja var uppmärksamheten ska vara och inte styras av "autopilot" med risk för återfall. Mindfulnesssträning ger enligt författarna en möjlighet att kunna växla mode och även till ett alternativt växelläge i sig.

MBCT- programmet

Deltagarna är inte deprimerade när de går igenom programmet utan övningarna görs utifrån mer vardagliga omständigheter men i det liv vi lever är doing mode så vanligt att det ges frekventa tillfällen till övningar. MBCT har utformats efter MBSR, med ett åtta-veckors program med två timmar gruppssession per vecka och egen träning en timme per dag däremellan. Därpå följer fyra uppföljningsträffar under de närmaste månaderna. Det krävs en stark egen motivation för att genomföra programmet. Gruppen är mindre än i MBSR, med ca tolv deltagare. Det betonas att instruktörerna behöver ha egna erfarenheter av mindfulnessutövning för att förmedla det

förhållningssätt som deltagarna ska lära sig. Exklusionskriterier är enligt MBSR-modell om patienten är aktivt suicidal och saknar annan behandlingskontakt samt om det finns ett pågående alkohol- eller drogmissbruk. Mål för behandlingen är (3, s.86): (Egen översättning)

- Att ge deltagarna verktyg som kan förhindra återinsjuknande.
- Att öka medvetenheten om kroppsliga sensationer, känslor och tankar i varje stund.
- Att utveckla ett medvetet accepterande och erkännande sätt att relatera till oönskade sensationer, tankar, känslor istället för att följa med i ett upprepat automatiskt vanemönster.
- Att hjälpa deltagarna bli kapabla att välja det mest ändamålsenliga sättet att hantera obehagliga tankar, känslor eller situationer.

De metoder som används har åskådligt sammanfattats i en artikel av Finucane och Mercer (18, s.3-4):

1. Kroppsskanning för att öva uppmärksamhet på kroppsliga sensationer.
2. Guidad sittande meditation för att öva en decentrerad uppmärksamhet i förhållande till kroppsliga sensationer, ljud och tankar.
3. Stretching och gående med uppmärksamhet på kroppens rörelser.
4. 3-minuters andningspaus för att öva på att vara uppmärksam i nuet, utveckla en större medvetenhet om svåra upplevelsers inverkan på tankar, känslor och fysiska sensationer.
5. Medveten närvaro i vardagen genom träning i närvaro i rutinsysslor som att äta och diska.

De första fyra sessionerna är inriktade på att öva uppmärksamheten, att lägga märke till hur snabbt och ofta medvetandet går från det ena till det andra och hur det kan ge upphov till negativa tankar och känslor. Med hjälp av kroppen och andningen tränas att ta tillbaka uppmärksamheten till ett fokus. När deltagarna har dessa insikter kan de under de fyra sista sessionerna öva på att vara vaksamma på och hantera skiften i stämningsläge. Här handlar det om att lära sig att bryta mönster, att inte gå in i ”doing mode” utan att tillåta sig vara med negativa tankar, känslor och kroppssensationer i ett ”being mode”.

Genom att till att börja med ge utrymme för uppmärksamhet på andningen och låta saker vara som de är blir det mer möjligt att se mer klart vilket är bästa sättet att hantera en situationen på och inte gå igång på ett ”fragment”. Det kan vara att göra något direkt, kanske välja göra något som brukar ge nöje eller känsla av kompetens eller att låta det passera som bara den tanke, känsla eller kroppssensation som det är, ”let go”.

Psykoedukation är genomgående i programmet och börjar redan vid intervjun då man går igenom hur både biologiska och psykosociala faktorer kan ha betydelse för både att utlösa,

vidmakthålla och åter bli sjuk i depression. Det är viktigt att deltagarens egen kompetens stötts programmet igenom. MBCT innehåller till skillnad från MBSR kognitiva tekniker i form beteendeaktivering (kap.9) och även uppmärksamhet på tankeinhåll med negativa automatiska tankar och i viss mån att ifrågasätta (kap.9) (för att patienterna ska kunna se hur tankeinhållet kan påverka dem.) Deltagarna blir bättre rustade för att hantera nuet och på att upptäcka och hantera tidiga signaler på nedstämdhet så att den inte fördjupas till en ny depression (13).

Utvärdering av MBCT

I texter om MBCT refereras ofta till den första utvärderingen av MBCT som gjordes av Teasdale et al (19) publicerad 2000 och som även ingår i studien (Bil 1, artikel A). Vid den tiden fanns inget publicerat stöd för att någon psykologisk intervention kunde minska risken för återinsjuknande i egentlig depression (19). Studien omfattade 145 personer med minst två tidigare depressioner som slumpades till antingen sedvanlig behandling eller MBCT. Återinsjuknandet var under en 60-veckors period 66 resp 37% för de med tre eller fler tidigare depressioner dvs återinsjuknandet halverades i MBCT-gruppen. Med endast två tidigare episoder fanns ingen signifikant skillnad eller profylaktisk effekt av MBCT. Denna skillnad skulle enligt författarna kunna bero på att mönstret vid reaktivering (nedstämdhet-negativa tankar) blir alltmer autonomt för varje ny episod och de refererar till studien av Post (16) som observerat att med ökande antal återinsjuknanden så tycks provocerande omständigheter spela allt mindre roll för insjuknande. De påtalar också att deras egen studie inte visar vilka specifika färdigheter i MBCT som har effekt. Resultaten har bekräftats i två randomiserade kontrollerade studier (Bil.1 artiklar E och K). Coelho et al (20) har i en forskningsöversikt 2007 ifrågasatt studiedesignen i de första studierna och påtalat de många obesvarade frågorna vilket i sin tur bemötts av Williams et al. (21) som i en ny studie ska undersöka vilka behandlingsinslag som är avgörande för att minska risken för återinsjuknande och suicidala symtom (22). Ett urval av de många studier som gjorts 2000-2010 finns med i detta arbete.

TEORETISK REFERENS RAM

Padeskys femfaktorsmodell

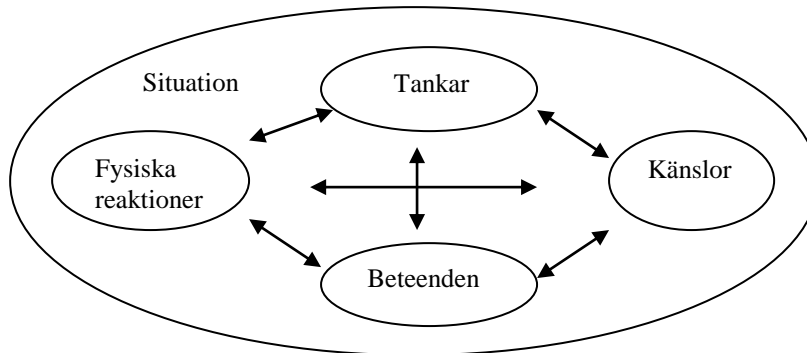


Fig. 1 Femfaktorsmodellen - Five aspects of your life experiences ur Mind Over Mood (23, s.4)

Valet av Padeskys femfaktorsmodell som teoretisk referensram vid analys av artikelmaterial har gjorts för att ur ett kognitivt perspektiv söka efter och lyfta fram förändringar som är resultat av behandlingen av återkommande depressioner med MBCT. "A central idea in cognitive therapy is that our *perception* of an event or experience powerfully affects our emotional, behavioral and physiological responses to it" skriver Greenberger och Padesky inledningsvis i sin bok Mind over Mood (23,s.2) som är kompletterad med en Clinicians Guide (11). Fortsättningsvis refereras endast till Padesky för enkelhetens skull och för att modellen ofta tillskrivs henne. Mind over Mood är en manual för patienter och terapeuter med stegvisa instruktioner i konceptualisering och arbete med olika problem enligt grunderna i kognitiv terapi. Modellen är i hög grad psykoedukativ och bygger på väglett upptäckande med användande av patientens egna exempel, upplevelser och ord för en individualiserad behandling. Fig.1 visar den kognitiva modellen med samband och interaktion mellan samtliga delar: Tankar (livsregler, föreställningar, minnen), stämningsläge/känslor, beteenden, fysiska reaktioner och "environment" som utifrån sammanhanget kan översättas till omgivning/livshändelser/situation/ kontext /omständigheter, konkret eller abstrakt i nu- eller dåtid och som även inbegriper biologiska/genetiska faktorer. Att förstå hur dessa fem delar av våra liv interagerar kan hjälpa oss förstå våra problem skriver Padesky. Oavsett vad som ligger bakom depressionsproblemen är alla delar involverade(23).

Illustrationen som brukar refereras till som "Padeskys ringar" kan användas både i konceptualiseringen och behandlingen. Patienten får genom modellen en förståelse för sina svårigheter, vilka olika uttryck som depressionen kan ta sig kognitivt, fysiskt, beteende- och känslomässigt och för de interventioner som görs under terapin. Terapeuten kan göra

interventioner utifrån alla utgångspunkter men i kognitiv terapi läggs särskild vikt läggs vid att hjälpa patienten att identifiera, utvärdera och förändra tankemönster utifrån tankars kraftfulla roll med vidmakthållande av dysfunktionella stämningar (moods) och beteenden (11). Padesky refererar till forskning av Neimeyer och Feixas,1990,(11) som visat att sannolikheten för återinsjuknande i depression minskar om patienterna är kapabla att identifiera, testa och förändra sina automatiska tankar. Padesky menar att för att bryta en kronisk depressionscykel är det nödvändigt att identifiera antaganden/livsregler och scheman som hänger samman med depressionen. Här skiljer sig den kognitiva terapin från MBCT som inte syftar till att förändra tankeinhåll utan förhållningssättet till bl a tankar.

SYFTE

Studien syftar till att beskriva hur resultat/effekter av MBCT kan relateras till Padeskys ”femfaktorsmodell”.

Frågeställningar:

- I vilken mån tar utvärderingar av MBCT fasta på de olika aspekterna i Padeskys modell?
- Inom vilka av dessa aspekter kan man se att MBCT har effekt?

METOD

Detta arbete har gjorts i form av en systematisk litteraturstudie och huvudsakligen följt Forsberg och Wengströms modell (24): Motivera varför studien görs, formulera frågor som går att besvara, formulera en plan för litteraturstudien, bestämma sökord och sökstrategi, identifiera och välja litteratur, kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja den litteratur som ska ingå, analysera och diskutera resultat, sammanställa och dra slutsatser. Forsberg och Wengström tar upp olika definitioner av systematisk litteraturstudie, bla hänvisas till Cochran Collaboration Handbook från 1997 som varit svåråtkomlig. I enlighet med denna referens tar studien dock fasta på att utgå från ”en tydligt formulerad fråga som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning”(24,s.31). Innebörden av denna definition finns också i den senare tillgänglig upplaga av handboken från 2009 (25). Med stöd också av Elo och Kyngnäs (26) har en deduktiv kvalitativ innehållsanalys gjorts på ett urval av vetenskapliga artiklar. Till skillnad från induktiv innehållsanalys görs deduktiv analys på basis av tidigare teori eller modell (26) och i denna studie utifrån Padeskys kognitiva fempartsmodell. Resultatet av analysen presenteras i Resultatavsnittet i relation till modellens olika delar och diskuteras därefter i det avslutande avsnittet. Förutom induktiva respektive deduktiva innehållsanalyser talar Graneheim

och Lundman (27) också om att dessa analyser kan vara manifesta eller latent. De latent har en högre grad av tolkning, medan de manifesta fokuserar det som är explicit uttryckt i artiklarna. I relation till deras klassificering är detta att betrakta som en analys av det manifesta innehållet.

Dataurval

Vetenskapliga artiklar har sökts elektroniskt och enbart i databaserna PsycInfo och PubMed. *PsycINFO*(APA) är American Psychology Association's databas med granskade abstracts och bibliografier som täcker tidskrifter, böcker, kapitel inom beteendevetenskap, psykologi och angränsande discipliner såsom psykiatri, medicin, utbildning och socialt arbete. (APA/PsycINFO, maj 2009). *PubMed* är en fri tjänst från U.S. National Library of Medicine med över 18 miljoner referenser från MEDLINE och andra vetenskapliga artiklar inom biomedicin (PubMed databas guide, maj 2010). PubMed har länkar till artiklar i drygt 4800 tidskrifter från USA och ett 70-tal andra länder som täcker medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och sjukvård från hela världen från 1950-talet till dags dato. Sökningarna gjordes 24-25 april samt 9 maj 2010 med samma antal träffar på ämnesorden: *mindfulness-based cognitive therapy and depression*. För den valda tidsperioden 2000-2010 söktes endast granskade (peer-reviewed) artiklar. I PubMed är det inte möjligt att explicit markera för endast peer-reviewed men enligt uppgift från Medicinska biblioteket vid Umeå universitet görs urvalet till PubMed så att det håller den sökta nivån. Sökningen ledde till 90 träffar i databasen PsycINFO och till 59 träffar i databasen PubMed. Sökning med kombinationer av *Greenberger/Padesky/five-partmodel/ringar* på ovanstående databaser för svenska och engelska publikationer gav inga träffar. Möjligheten att använda databasernas mer avancerade sökningar till att begränsa antalet artiklar utnyttjades inte eftersom det fanns ett intresse att få en helhetsbild av den forskning och de studier som gjorts sedan Teasdale et al presenterade sin utvärdering av MBCT år 2000 (19). Bakgrundsdata har hämtats från andra källor såsom fack- och kurslitteratur, Socialstyrelsen och SBU. Artiklar både med kvantitativa och kvalitativa ansatser kom med i sökningen och togs med i urvalet.

Vid genomgång av titlar och abstracts gjordes en första sällning. Alla bokrecensioner, översiktsartiklar samt artiklar på andra språk än engelska valdes bort liksom artiklar med ämnesord i titel och abstract som indikerade ett syfte med artikelnlåg utanför studiens ram. Det gällde bl a utvärdering av mindfulness, MBSR, ACT, DBT, barn och ungdomar, nationella riktlinjer i Kanada, skattningsinstrument och hypnos. De artiklar som var relaterade till somatiska sjukdomar (cancer, hjärtsjukdom, smärta, fibromyalgi, hjärnskada samt IBS) exkluderades

liksom artiklar som primärt var relaterade till behandling av annan psykiatrisk problematik än egentlig depression (paniksyndrom, GAD, PTSD, insomni, borderline, bipolaritet, komorbiditet, kroniskt trötthetssyndrom samt ätstörningar). Även artiklar som enbart mäter effekt av MBCT i relation till suicidalitet valdes bort. Därefter återstod i PsycInfo 38 artiklar och i PubMed 31 artiklar varav 22 fanns i båda baserna.

Artiklarna lästes i sin helhet utifrån frågeställningarna och det resulterade i ett urval av 19 artiklar till studien. De artiklar som slutligen togs med i studien redovisas i artikelmatrisen (tabell 1 bilaga 1). Redovisningen har gjorts i kronologisk ordning utifrån publiceringsår och med en versal (A-S) som identifikation för att undvika sammanblandning med hänvisningar till källförteckningen. Där ingår en artikel från 2010, Q, (bilagag 1) som hittades som referens 2010-08-08 och som tillsammans med artikel F endast fanns i PsycInfo medan övriga artiklar som togs med i studien återfanns i båda baserna. Förutom en artikel, I, togs enbart artiklar med som var åtkomliga i fulltext sedan det visat sig att beställningar tog alltför lång tid och även uteblev. Kvalitetsbedömningen gjordes efter rekommendationer i Forsberg och Wengström (24) med en tre-gradig skala enligt kriterier i tabell 2 och är angiven efter respektive artikeltitel i artikelmatrisen (bilaga 1). Att studier med mer måttligt bevisvärde tas med kan motiveras av dess förtjänster menar Forsberg och Wengström och det har gjorts utifrån en helhetsbedömning att förtjänsterna överväger bristerna.

Tabell 2. Kriterier för kvalitetsvärdering enligt Forsström & Wengström (24)

1. Hög kvalitet	2.	3. Låg kvalitet
<i>Randomiserad kontrollerad studie</i> Större, väl genomförd multicenterstudie med tydlig beskrivning av studieprotokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet är tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.		<i>Randomiserad kontrollerad studie</i> Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många interventioner, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfällig materialbeskrivning, stort bortfall av patienter.
<i>Kvasi-experimentell studie</i> Väldefinierad frågeställning, tillräckligt stort patientmaterial och adekvata statistiska metoder, reliabilitets- och validitetstestade instrument.		<i>Kvasi-experimentell studie</i> Litet patientmaterial, ej reliabilitets- och validitetstestade instrument. Tveksamma statistiska metoder.
<i>Icke-experimentell studie</i> Stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet. Lång uppföljning.		<i>Icke-experimentell studie</i> Begränsat patientmaterial, otillräckligt beskrivet och analyserat med tveksamma statistiska metoder.

Dataanalys

En deduktiv innehållsanalys har gjorts för att undersöka om aspekter av de fem kategorierna i återfinns i de valda 19 artiklarna. Kategorierna är färdiga (tanke-känsla-fysiologi-beteende-

kontext) och funna aspekter bildar subkategorier. Elo och Kyngnäs har i sin artikel (26) beskrivit processen att arbeta med kvalitativ innehållsanalys och den har följts i denna del av studien. De påtalar att det inte finns några systematiska regler för innehållsanalys men att de utmärks av att text klassificeras i mindre kategorier. En kategorimatrix skapades för respektive frågeställning utifrån de färdiga kategorierna (tabell 3 och 4). Sammanfattningen av studierna i artikelmatrisen (bilaga 1) har utgjort huvudkälla för analysen och alla artiklarna lästes ett flertal gånger för att enbart söka efter subkategorier överensstämmande med de olika kategorierna i matrix.

Författarna påtalar vikten att hålla forskningsfrågorna i minne vid en innehållsanalys och att enbart leta efter relevanta enheter. Kategorimatrисerna visar i vilka artiklar subkategorier tillhörande någon av kategorierna tagits upp på ett sådant sätt att de besvarar studiens två frågor. I anslutning till den andra forskningsfrågan beskrevs i löpande text vad som framkommit beträffande effekter inom respektive kategori. För att göra materialet mer hanterligt och resultatet tydligare formades nya subkategorier under respektive kategori och i enlighet med anvisningar hos Elo och Kyngnäs (26) kan hela processen följas av läsaren.

Etiska överväganden

99% av artiklarna i PsycINFO är granskade (peer-reviewed) av två oberoende sakkunniga innan artikeln tas in i basen. Enligt rekommendation av Forsberg och Wengström (24) görs i denna studie etiska överväganden både vid urval och presentation av resultat. Det har vid genomläsningen av artiklarna inte alltid framgått om de är prövade av etisk kommitté men artiklar av intresse för studien har tagits med om de uppfyller de grundläggande etiska principer som Medicinska forskningsrådet anvisar: Respekt för personer (autonomiprincipen), godhetsprincipen och principen att inte skada samt rättvisepincipen (28). Identifierande uppgifter för alla artiklar som valts ut för genomläsning, som kommit att ingå i studien eller valts bort sparas för att granskning och bedömning ska kunna reproduceras.. Det har eftersträvats att vara noggrann med de slutsatser som dragits och att göra en välgrundad redovisning av resultaten på ett sådant sätt att inga resultat uteslutits eller förvrängts för att passa den här studiens syfte (24). Samma noggrannhet har efter bästa förmåga eftersträvats i översättningen av det engelskspråkiga artikelinnehållet.

RESULTAT

Resultatet av den deduktiva innehållsanalysen av de 19 artiklarna som sammanfattats i artikelmatrisen (bilaga 1) presenteras i tabellerna 3 och 4. Under de två frågeställningarna och de fem kategorierna tas funna subkategorier upp. Tabell 4 kompletteras med en text.

• I vilken mån tar utvärderingar av MBCT fasta på de olika aspekterna i Padeskys modell?

De flesta artiklarna tog upp samtliga kategorier i inledningen och/eller i diskussionsdelen i relation till teorierna bakom MBCT och i olika hypoteser. Många studier har använt skattningsinstrument som också omfattar alla kategorier tex mindfulnesskattning. Här tas de artiklar upp som tagit fasta på de olika kategorierna i bemärkelsen att det framgått att någon kategori/subkategori varit fokus för studien i något avseende t ex funnits i syftet med studien.

Tabell 3 Resultatsammanställning. Deduktiv artikelanalys utifrån kategorier med referens till resp artikel. Versaler inom parentes refererar till artiklarna (A-S) i Artikelmatrisen Bilaga 1.

Tanke	Känsla	Fysiologi/kropp	Beteende	Situation
I vilken mån tar utvärderingar av MBCT fasta på de olika aspekterna i Padeskys modell?				
Acceptans (O) Autobiografiskt minne (B,R) Autonoma interna processer (E) Förmåga till observans (O,P) Förmåga att beskriva (O) Grubbel (E,I,P) Kognitiv reaktivitet (N) Känna igen tidiga signaler (R) Livskvalitet (K) Metakognition-decentrerad (D,P) Mindfulnessförmåga (F,J,N,O,P,Q) Självuppfattning (L) Självreglerande processer (L) Suicidtankar (G,H) Kvalitativa studier som undersöker bla Tanke (F, M,C)	Depressiongrad (A,E,G,I,K,L,N,O,P) Komorbiditet (K) Känna igen tidiga signaler (R) Minne av känslor (R) Negativ och positiv affekt (H) Psykologiskt välbefinnande (K,O,Q) Psykologisk livskvalitet (K) Stress (O) Uppmärksamhet på känslor (C,F) Ångest (O) Återfall/återinsjuknande (A,D,E,H,P,J,K,P) Kvalitativa studier som undersöker bla Känsla (F,C,M)	Autonoma interna processer (E) Funktionell prefrontal asymmetri (H) Fysisk livskvalitet (K) Minne av kroppsliga sensationer (R) Observans på inre sensationer (O) Rörelsemönster vid gång (S) Kvalitativa studier som undersöker bla Fysiologi/kropp (F,C,M)	Fysisk livskvalitet (K) Medicinering (K) Mindfulnesssträning (P) Medveten närvaro i handling (O) Rörelsemönster vid gång (S) Kvalitativa studier som undersöker bla Beteende (F,C,M)	Livshändelsers betydelse för återinsjuknande (E) Minne av specifika händelser (B) Social livskvalitet (K) Kvalitativa studier som undersöker bla Situation (F,C,M)

• **Inom vilka av de fem aspekterna i Padeskys modell kan man se att MBCT har effekt?**

I tabell 4 listas effekter som framkommit i de olika studierna (A-S) och bildat subkategorier inom respektive kategori. Tabellen kompletteras med en text för att belysa några valda huvudteman inom respektive kategori som är också är centrala i MBCT.

Tabell 4 Resultatsammanställning. Deduktiv artikelanalys utifrån kategorier med referens till resp artikel. Versaler inom parentes refererar till artiklarna (A-S) i Artikelmatrisen Bilaga 1.

Tanke	Känsla	Fysiologi/kropp	Beteende	Situation
Inom vilka av dessa kan man se att MBCT har effekt?				
<p>Ökad medvetenhet om tankeinhåll (C,D,F,M,Q)</p> <p>Ökad medvetenhet om tankemönster (C,D,M)</p> <p>Ökad medvetenhet kopplingar tanke-känsla-kropp-beteende (C)</p> <p>Ökad metakognition/ decentrering (C,D,F,J,M,P,Q,R)</p> <p>Bryta autonoma tankemönster/grubbel (A,C,E,F, I, M,P)</p> <p>Urskilja tidiga varningssignaler (C,M,R)</p> <p>Minskad kognitiv reaktivitet (C,N)</p> <p>Släppa ohjälpsamma tankar (C,F)</p> <p>Letting go/flytta uppmärksamheten (F,M,Q)</p> <p>Autobiografiskt minne (D)</p> <p>-"- ökad specificitet (C,B,R)</p> <p>Schema omstrukturering (C)</p> <p>Acceptans och minskad depression (C,F,M,O,Q)</p> <p>Ökad grad av mindfulness= medveten närvaro (C,F,J,M,N,O,P,Q)</p> <p>Mindfulnessförmåga förutsade återinsjuknande (J)</p> <p>Upplevd livskvalitet (K)</p> <p>Minskad skillnad mellan upplevt själv och idealsjälv (L,M)</p> <p>Förbättrad självkänsla (F,M)</p> <p>Förmåga att beskriva kognitioner,känslor,sinnesupplevelser korrelerat m minskad ångest (O)</p>	<p>Minskad depression (A,E,F,G,I,K,L,N,P, R)</p> <p>Minskad depressivitet hos suicidala (G,P)</p> <p>Minskat återinsjuknande (A,D,E,J,K)</p> <p>Lägre grad av komorbiditet (K)</p> <p>Ökad medvetenhet om känslor (C,D,M,O,Q,R)</p> <p>Ökad tolerans för negativ affekt (C,D,F)</p> <p>Hantera svåra känslor (F)</p> <p>Decentrering (D,M,R)</p> <p>Beskriva specifik känsla (R)</p> <p>Emotionell respons (H)</p> <p>Balanserad affektiv stil (H)</p> <p>Urskilja tidiga varningssignaler (M,R)</p> <p>Ökad psykologisk livskvalitet (Q,K)</p> <p>Ökad positiv affekt (F,Q)</p> <p>Minskad negativ affekt (Q)</p> <p>Ökat emotionella välbefinnandet (F,O)</p>	<p>Ökad medvetenhet om fysiskt välbefinnande (O,C)</p> <p>Ökad kroppsmidvetenhet (C)</p> <p>Ökad medvetenhet om fysiska sensationer (Q)</p> <p>Ökad förmåga till avspänning (C,F)</p> <p>Bättre sömn (F)</p> <p>Bibehållen funktionell prefrontal assymetri (H,K)</p> <p>Förbättrad fysisk livskvalitet (K)</p> <p>Urskilja tidiga varningssignaler (C,M,R)</p> <p>Beskriva specifik kroppssensation (R)</p> <p>Förbättrat rörelsemönster (S)</p>	<p>Ökad medvetenhet om beteende (C,F,M,O)</p> <p>Ökad medvetenhet i dagliga aktiviteter (C,Q)</p> <p>Samband ökad medvetenhet i aktiviteter och minskad depression (O)</p> <p>Samband egen träning och förändring (C)</p> <p>Välja annan respons (C,M)</p> <p>Tillämpa Mindfulness-övning (C,I,M)</p> <p>Korrelation mellan mindfulnessträning och resultat (C,F,P)</p> <p>Stresshantering (F)</p> <p>Återgång i arbete (F)</p> <p>Sluta röka (F)</p> <p>Mer fysisk träning (F)</p> <p>Minskad medicinering (K)</p> <p>Aktivering hjälper byta fokus (M)</p> <p>Beskriva en specifik händelse (O,R)</p>	<p>Förändrad reaktion på utlösande händelser (A,C,E)</p> <p>Skyddande effekt i frånvaro av kritisk livshändelse (E)</p> <p>Minskar effektivt autonomt framkallade återinsjuknanden (E)</p> <p>Fungerande i MBCT-gruppen (C,M)</p> <p>Förbättrade sociala relationer (F,M)</p> <p>Färre interpersonella konflikter (F)</p> <p>Ökad medveten närvaro i dagliga upplevelser och aktiviteter (C,O,Q)</p>

Tanke

Bryta depressiva tankemönster och grubbel.

Artikel A som publicerades 2000 presenterade en studie som visade att MBCT halverade återinsjuknandet i depression i jämförelse med sedvanlig behandling för personer som haft tre eller fler tidigare depressioner. Resultatet för denna grupp antogs bero på att yttre händelser

spelar allt mindre roll för att utlösa en ny episod och att nedstämdhet reaktiverar autonoma processer med negativt tankemönster och grubbel. Detta bekräftades av studie E där man fann att MBCT är effektivt att minska autonoma, internt framkallade återfall.

Studie I studerade särskilt grubbel och fann att det minskade linjärt med BDI-minskningen och att resultaten stödjer hypotesen att MBCT-programmet kan minska depressiva restsymtom. Även i studie P minskade grubbel och depression och resultatet förklarades med en ökad mindfulnessförmåga och metakognition. I alla tre kvalitativa studierna (C,F,M) beskrevs positiva resultat att med mindfulness kunna uppmärksamma och bryta depressiva tankemönster. Studie C fann att tillämpning av mindfulness kan bryta cykliskt depressivt tänkande och ger alternativa sätt att tolka och respondera på tankar och känslor. En deltagare i studien beskrev att tankarna ”gick runt, runt i huvudet” och att ”man lägger märke till vad som händer i tankarna”.

I den kvalitativa delen av studie F sågs positiva resultat i form av bla att känna igen och kunna släppa oroande ohjälpsamma, självkritiska tankar. Studien M fann att förmågan att urskilja triggers och tidiga fysiska och psykologiska varningssignaler ökade och att deltagarna upplevde att de hade verktyg att bryta negativa vanemässiga tankebanor vilket gav ett annat perspektiv, förbättrat stämningsläge och känsla av kontroll. Igenkänning av detaljer i tidiga varningssymtom förbättrades hos patienter med suicidal depression vilket kunde förhindra att de drogs in i ett maladaptivt mönster av informationsprocessande (studie R).

Metakognition - decentrering

D och R var specifikt inriktade på att undersöka metakognitionens betydelse för sårbarhet. Resultaten i D,R och även i C pekade på en högre nivå av metakognitiv medvetenhet med MBCT. De fann att MBCT kan minska återinsjuknande genom ett ändrat förhållningssätt till tankar och känslor snarare än förändring av tankeinnehåll. I den kvalitativa studien C beskrev flera deltagare insikter om att ”tankar är bara tankar”, ”mentala fenomen som inte nödvändigtvis är sanningar”. ”Distanserande” övningar hjälpte att identifiera ”negativt tänkande”. Artikel J och P tar upp decentrering som förklaring ökad mindfulnessförmåga. En beskrivning av att depressionen objektiviserades framkom i kvalitativa studien M, att kunna särskilja depressiva tankar och känslor från sig själv. I artikel Q såg man motsvarande resultat i förbättrat psykologiskt välbefinnande som ett resultat av att kunna obeservera, acceptera och koppla bort. Tre artiklar tar upp autobiografiskt minne. Studie B fann att när tillfrisknade patienter lär sig att fokusera mer noggrant på vardagshändelser och tillåter kognitioner utan försöka att undvika eller trycka undan så minskar tendensen att minnas kategoriskt. Det autobiografiska minnet

förbättrades och minnet blir alltså mer specifikt, dvs gör skillnad på olika händelser (min anm.). Studierna D och R kommer fram till att det förbättrade specifika minnet hjälper att känna igen tidiga signaler.

Mindfulnessförmågor

Flera artiklar (J,N,O,P,Q) redovisade studier där olika skattningsinstrument för att mäta mindfulnessförmåga användes och även de kvalitativa studierna (C,F,M) utforskade detta. Studie J fann att MBCT utvecklande graden av medveten närvaro och att denna är negativt associerad med och även förutsade risk för återfall/återinsjuknande. Artikel N redovisar resultat i samma riktning; ökad mindfulness befanns ge en signifikant minskning av kognitiv reaktivitet efter MBCT. Studie P beskriver liknande resultat, graden av mindfulness var negativt relaterat till graden av symtom. Resultat med allmänt förbättrad förmåga till medveten närvaro beskrevs i studierna O och Q och att det var relaterat till positiva förändringar i affekt. För fyra aspekter av mindfulness; observans, beskriva, medvetet görande och acceptans, fann man i studie Q en signifikant förbättring efter MBCT och att det också signifikant var associerat med förbättrad affekt. Studie O fann att en ökad förmåga att acceptera utan att döma var signifikant associerad med minskad depression. Den kvalitativa studierna C, F och M beskriver förbättringar i mindfulnessförmågor 3 respektive 12 och 30 månader efter MBCT-kursen. I studie C beskriver en deltagare att MBCT har gett ”en djupare förståelse av vad som pågår... vad som orsakar depression”.

Känsla

Depression och återinsjuknande

Alla studier som mätte depressionsgrad fann en signifikant förbättring efter MBCT. Effekt visades alltså också vid pågående depression. I studierna G och P ingick även de med suicidal depression och också de minskade sin depressionsgrad. I studie H ingick individer med tidigare suicidtankar och de effekter man fann visar på att MBCT kan ge en balanserad affektiv stil med mindre risk för negativ respons och en nedåtgående spiral. Artikel K fann att psykiatrisk komorbiditet minskade signifikant i jämförelse med antidepressiv behandling och motsvarande resultat fanns i artikel O att depression och stress minskade signifikant efter MBCT, medan minskningen i ångest var måttlig. Ökad positiv affekt beskrevs också i de kvalitativa studierna.

Förbättrat psykologiskt välbefinnande med minskad negativ affekt och ökad positiv affekt framkom också i studierna O och Q och det var relaterat till en förbättrad mindfulnessförmåga.

Studierna A,D,E,K redovisade signifikanta resultat med minskat återinsjuknande efter MBCT. A och E fann att MBCT är effektivt för gruppen med tre eller fler episoder som också haft en tidig första episod och E att MBCT hos dessa förhindrar återinsjuknanden som ej är förknippade med någon inträffad livshändelse. K jämförde med antidepressiv behandling och fann ingen skillnad beträffande återinsjuknande men däremot en förbättrad livskvalitet i MBCT-gruppen.

Det minskade återinsjuknandet i depression var i studie D korrelerat med ökad metakognitiv förmåga avseende både tankar och känslor och hypotesen var att det fanns ett orsakssamband med det förändrade förhållningssättet.

Mindfulnessförmågor

Studie Q undersökte om och hur de olika mindfulnessaspekterna var relaterade till förändringar i positiv och negativ affekt. Resultatet visade signifikanta förbättringar i positiv och negativ affekt och i fyra av fem mindfulnessförmågor. En förbättrad uppmärksamhetsreglering med ökat förmåga till medveten närvaro i dagliga aktiviteter var signifikant relaterat till ökad positiv affekt och förmågan till acceptans och öppenhet inför obehagliga upplevelser minskade signifikant negativ affekt. Negativ affekt minskade också med ökad förmåga att lösgöra sig från obehagliga upplevelser. I studie O visade skattningar av mindfulnessförmågorna att beskriva och att acceptera utan att döma (som mest var inriktade på interna fenomen) att dessa förmågor ökade signifikant. Acceptans var signifikant associerat med minskad depression medan förmågan att beskriva inte var det, däremot något med minskad ångest. I studierna D och R fann man att den metakognitiva medvetenheten avseende bla känslor ökade med MBCT.

Studie R som studerade igenkännande av tidiga varningssignaler (sekvens och varighet i känslor, tankar, kroppssensationer, beteende) fann en signifikant ökning av meta-medvetenheten i beskrivningarna av dessa med en ökad specificitet. Den kvalitativa studien M beskriver erfarenheter av att kunna urskilja tidiga varningssignaler och att då kunna använda t.ex decentering och aktivering. Den kvalitativa studien C visade på att mindfulnessövning kan ge alternativa sätt att förstå sina känslor och möjliggöra alternativa val av respons. Deltagare berättade att mindfulnessövningar var en hjälp att uppmärksamma och möta varningssignaler på en nedgång i stämningsläge och även upplevelser av att tolerera negativ affekt utan att negativa tankar tar över vilket ledde till att tankar och känslor skingrades och även upptäckten att det var OK att känna vad man än känner. I både studie C och F beskriver deltagare att de med hjälp av 3-minuters andningspaus kunde hantera svåra känslor särskilt ångest.

Fysiologi/Kropp

Uppmärksamhet på kroppsliga sensationer

I de kvalitativa studierna C och F redogörs för effekter i form av avspänning och ökad kroppsmedvetenhet. En av deltagarna i den kvalitativa studien C beskrev en upptäckt att det hon kände i sociala situationer - ”en känsla av att bli riktigt varm och börja skaka” var ångestrelaterat. Hon fann att 3-minuters andningspaus hjälpte i dessa situationer. En deltagare fann att övningen att andas in i smärtan gjorde att den försvann. Kroppsskanningen kunde också väcka minnen av trauman hos en del vilket hos några ökade ångesten medan det hos andra gav minskad ångest. Motsvarande beskrevs i den kvalitativa studien M som fann att en ökad förmåga att känna igen tidiga varningssignaler på ett återinsjuknande, däribland kroppsliga, fungerade som signaler på ett behov av hjälpsamt agerande, en ”termostatfunktion”.

I artikel Q redovisas en studie om mindfulness och affect. Uppmärksamheten på kroppsliga sensationer förändrades och en signifikant förbättring sågs bla angående förmågan att observera och vara närvarande i kroppsliga sensationer, tankar utan att det beskrevs närmare. Inte heller i studie R preciserades närmare de kroppsliga signaler som deltagarna lärde sig känna igen som tidiga varningssignaler och kunde beskriva mer specifikt. Ett par studier var intresserade av specifika förändringar. Studie S har riktat in sig på gångmönstret och rapporterar om ett mer normaliserat gångmönster, bla gånghastigheten, hos tidigare deprimerade efter MBCT. Studie H visade att pre-frontal asymmetri var förenlig med en ökad sårbarhet som kan föregå ett återinsjuknande och att deltagarna efter MBCT behöll ett balanserat mönster i den känslorelaterade prefrontala aktiveringen vilket skulle tyda på en skyddande effekt av meditationsbaserad behandling. Artikel K rapporterar om en ökad fysisk livskvalitet och pekar på fördelen i jämförelse med antidepressiv behandling. Andra effekter som rapporterades var avspänning och förbättrad sömn.

Beteende

Tillämpning av färdigheter

Artiklarna C, F och P, rapporterade positiva samband mellan övning och resultat. I den kvalitativa studien C befanns såväl förväntningar på MBCT som övning och tillämpning av färdigheterna i vardagen vara viktiga för förändringsprocessen men inte i vilken utsträckning. I studie F fann man att de med >3 depressioner fullföljde i högre utsträckning och studie P fann i långtidsuppföljning att de som fortsatte med övningar och tillämpning av färdigheter bättre

hanterade depression. I studie O visade sig förmågan till medveten närvaro i aktiviteter och acceptans utan att döma vara signifikant korrelerad med minskad depression.

Den kvalitativa studien M beskrev vad deltagarna gjorde som respons på tidiga varningssignaler. Det handlade dels om att meditera med uppmärksamhet på upplevelsen eller för att skifta fokus till positiv eller neutral aktivitet och dels om att avsiktligt engagera sig i någon ”nyttig” aktivitet som fysisk träning. Majoriteteten upplevde ett förbättrat stämningsläge. Att ha olika tekniker att ta till gav en känsla av kontroll. I studie F beskrevs också andra beteendeförändringar såsom att deltagare gick tillbaka i arbete, slutade röka, gjorde mer fysisk träning och minskade medicineringen.

Situation

Studie E som studerat återfallspreventiv effekt fann att för patienter med minst tre episoder var den skyddande effekten av MBCT störst när det inte fanns någon kritisk livshändelse och ingen alls när det var svåra händelser. Samma studie konstaterade att patienter med tre eller fler episoder har svårare tidiga upplevelser i form av likgiltighet och övergrepp än patienter med två tidigare episoder kontrollgrupp utan tidigare depression. En förbättrad förmåga till metakognition i de mest tillgängliga minnena av depressionsrelaterade scenarier och en minskning i återinsjuknande sågs i studierna D och R. I kvalitativa studierna C och M beskrev deltagare insikter om bidragande och utlösande orsaker till depressionen, ”att känna sina triggers”.

Gruppformen för MBCT befanns ha en normaliserande och validerande betydelse i de kvalitativa studierna C, F och M. I både studie F och M framkom erfarenheter av destigmatisering genom att få dela erfarenheter i gruppen och ompröva bilden av sig själv och i C tillskrivs gruppen en avgörande betydelse i processen. I den accepterande miljö som gruppen erbjöd gick det att öppna upp för känslor, en erfarenhet som ledde till ökad medvetenhet och tolerans för egna emotioner. Deltagarna beskrev förbättrade relationer med en ökad känslomässig närhet till vänner och familj, ökad kommunikation och empati. Flera beskrev också att de genom att avsätta daglig tid för att träna mindfulness blivit bättre på att se till sina egna behov i relation till andra, att ha negligerat dessa hade gjort dem mer sårbara. Tillämpning av mindfulness med ökad närvaro och uppmärksamhet i vardagsaktiviteter förändrade upplevelsen och gav en ökad positiv affekt hos deltagare i studierna C och Q. En man i studie C berättade att han lugnt kunnat hantera en olyckshändelse efter att först ha gjort en kort mindfulnessövning, observerat sina reaktioner och noterat omgivningen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Urvalet av artiklar till studien är en av de faktorer som påverkat resultatet. De sökningar som gjordes på sökorden *Mindfulness-based cognitive therapy and depression* gav ett stort antal träffar och det är möjligt att ett antal artiklar som skulle ha varit värdefulla att ha med inte skulle ha sorterats bort om artikeln i första urvalet lästs i sin helhet. Sökningar med andra kombinationer gjordes, bl.a med *five-part model* som inte gav något resultat. Padesky använder termerna *five aspects of life* i boken *Mind over Mood* vilket noterades först senare.

Ett aktivt ställningstagande att inte ta med artiklar som redovisade studier med andra diagnoser än depression i fokus kan ha påverkat resultatet av min studie. Det är sannolikt att artiklar som redovisar studier om MBCT i förhållande till annan psykiatrisk problematik och somatiska sjukdomar skulle ha visat på effekter inom de fem olika aspekterna i Padeskys modell. Ett par medtagna artiklar berörde suicidalitet medan några artiklar som primärt studerade effekter av MBCT i relation till suicidalitet inte togs med. Det är möjligt att för studien relevant information också funnits i några av de artiklar som fanns med i sökningsresultatet men inte var tillgängliga i fulltext. Två artiklar beställdes varav en levererades (I) och då beställningar var förenat med kostnader och det fanns tillräckligt med underlag så gjordes inga fler beställningar. Vetenskapligt sett är det oklart om urvalet är representativt för all den forskning som gjorts på effekter av MBCT.

Elo och Kyngäs tar i sin artikel (25) upp svårigheterna med litteraturanlys bla att det inte finns någon "rätt" väg och att det är en bedömningsfråga vilken variant som är lämpligast just för den aktuella forskningsfrågan. Hade underlaget utgjorts av enbart eller övervägande kvalitativa studier skulle en induktiv innehållsanalys gjorts men i denna studie var kategorierna klara vilket varit styrande vid läsningen och i presentationen av resultatet. Vid sökandet efter effekter som fått bilda subkategorier har följsamhet till såväl forskningsfrågorna som teorierna bakom MBCT och Padeskys modell eftersträvat. De egna översättningarna från svenska till engelska kan vara en orsak till bias.

Min bedömning är att de flesta artiklar hade en hög standard och det är redovisat i artikelmatrisen (bilaga 1). Syfte, frågeställningar och metod var väl beskrivna. Validerade testinstrument användes och resultatredovisningarna var tydliga också med angivande av bortfall. Resultaten har granskats kritiskt i diskussionsdelen. Reservation kan göras för att urvalet av de

beforskade populationerna skilt sig, i vissa studier har det varit patienter med känd depressionshistoria och i andra personer ”från gatan”.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka i vilken mån utvärderingar av MBCT tagit fasta på de olika aspekterna i Padeskys modell och i vilka aspekter det går att se att MBCT har effekt.

Sammanfattningsvis visar resultatet att de olika studierna valt att undersöka effekter inom åtminstone någon av de olika aspekterna och studierna mest tagit fasta på effekter inom ”tanke- och känslaspekterna” samt att effekter som motsvarar programmets intentioner inom samtliga aspekter har konstaterats. De flesta studierna var av kvantitativ typ och undersökte oftast MBCTs effekt på depression och återinsjuknande i relation till andra enskilda effekter som tex grubbel, metakognition, kognitiv reaktivitet. Det har därför varit intressant att ha med kvalitativa studier och studier som skattat mindfulnessförmågor där samband och processer undersökts även om det inte varit primärt i studien. Resultaten där talar också för att MBCT-programmet förändrar informationsprocessandet och beteendemönster på det sätt som ”är meningen” och visar hur tydlig interaktionen är mellan de olika aspekterna. Det framgår dock att ett bra resultat inte är givet utan står i proportion till bl a förväntningar, motivation och träning (C).

I detta avsnitt diskuteras de funna effekterna utifrån centrala teman i MBCT i relation till de olika aspekterna i Padeskys modell. Metakognition och decentrering är centralt i MBCT. Istället för att som i KBT ifrågasätta relevansen och förändra innehållet lär sig MBCT-deltagarna ett decentrerat förhållningssätt, att känna igen och lösgöra sig från depressionens självförstärkande mönster av grubbel och negativt färgade tankar, ”tankar är bara tankar” och ”jag är inte mina tankar”. Försöken att förstå och hitta lösningar genom grubbel vidmakthåller depressionen. Att träna uppmärksamhet är viktigt i MBCT eftersom det är svårt att bryta ohjälpsamma autonoma mönster som man inte är medveten om, vilket också påtalas av Segal et al.(3). De studier som undersökte metakognition och decentrering visade att deltagarna fick en ökad medvetenhet om tankar (och känslor), kunde se det mer som händelser och byta fokus. Det förefaller styrkt att det finns ett starkt förhållande mellan metakognition och minskat grubbel. MBCT utgår från att små skiftningar i stämningsläge hos tidigare deprimerade kan trigga en ny episod genom att negativa tankemönster aktiveras och att denna kognitiva reaktivitet ökar för varje episod. Förbättrad metakognition kan också kopplas till minne.

Även om det är förhållningssättet till tankar och känslor som är primärt fokus i MBCT och inte tankeinhållet så intresserade sig några studier för det. Effekten av ett förbättrat

autobiografiskt minne med MBCT dvs att kunna särskilja enskilda händelser och inte generalisera måste ses som en värdefull effekt med tanke på att sårbarheten ökar för varje depression. Utifrån MBCTs teorier och metakognitionens betydelse skulle modellen kunna modifieras för att illustrera effekten metakognition, fig.2.

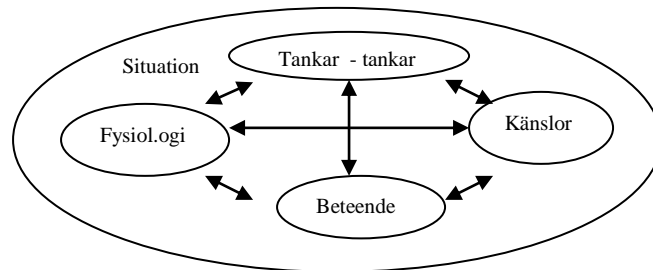


Fig. 2 Modifierad femfaktormodell

Ett schemainnehåll som innebär en sårbarhet för depression skulle enligt resonemangen i några av artiklarna kunna förändras med MBCT. I artikel B diskuteras betydelsen av hur skeenden avkodas ur ett schemaperspektiv. Sättet att minnas och att tolka händelser görs utifrån schan som formats under utvecklingen och gett ett undvikande av specifika minnen pga associationen till starka känslor. Författarna tror att den förbättrade avkodningen också gynnar problemlösningsförmågan. Även i artikel C diskuteras att resultatet tyder på att depressogena schan löses upp och rekonstrueras utan den ”emotionella hettan” när tankar, känslor och kroppsinformation accepteras och kan iakttagas på ett icke-dömande sätt. Kanske kan också den minskade skillnaden mellan upplevt själv och ideal-själv tillskrivas en schemaförändring även om författarna till artikel L inte formulerar det så.

På mottagningen har jag sedan nio månader träffat en kvinna som kom med djup depression (MADRS-S 34). Parallellt med samtalen har hon stått på antidepressiva och efter en förbättring följt MBCT-programmet i ”Mindfulness - en väg ur nedstämdhet”(17) på egen hand med stöd av våra samtal. Hon fortsätter med tre-minuters andningspaus varje dag och går tillbaka till boken för att läsa något särskilt avsnitt. På fråga hur hon använder mindfulness och om det gjort någon skillnad är svaret att när hon känner att det blir ”mörkt” så är det svårt att skilja tankar och känslor men hon tror att det mest är negativa tankar hon lägger märke till. Bestämmer sig då för att inte vara kvar i tankarna, gör något och känner att det blir ett lugn, att en rädsla försvinner. I hennes beskrivning märks igenkänning av tidiga signaler, acceptans, metakognitiv förmåga med decentrering, aktivering (alternativet kunde vara att stanna med tanken, att vara i being mode). Det går egentligen inte att dra några slutsatser om vad i hennes förbättring som är effekt av vad,

av MBCT, våra samtal, av medicinen. Ett positivt resultat kan bero på att överhuvudtaget göra något.

Generellt tyder resultaten med de positiva effekter som ses inom *känslaspekten* på att MBCT ger ett ökat välbefinnande och en bättre livskvalitet. Det minskade återinsjuknandet är den enskilt viktigaste effekten av MBCT. De två ”tungta” studierna av Teasdale et al.(A) och Ma och Teasdale (E) konstaterade signifikanta resultat beträffande minskat återinsjuknande för de med tre eller fler depressioner och senare studier av andra har visat att MBCT även har positiva effekter med minskad depressionsgrad hos individer med pågående depression och suicidal depression (G), i bipolär depressionsfas och även de med kronisk depression i en mindre studie av Barnhofer et al. 2009 (29). Coelho et al. (20) skriver att det inte går att dra några slutsatser om vad som specifikt är effekt av MBCT i studierna av Teasdale et al.(A) och Ma och Teasdale (E) eftersom deltagarna under uppföljningen också kunde använda sig av sedvanlig behandling. De efterlyser fler stora RCT för att jämföra med andra icke-farmakologiska metoder, studier av mekanismer bakom effekterna mm.

Enligt Teasdales utveckling av Becks depressionsmodell som beskrivs av Mörch och Rosenberg (5) är den första fasen i depressionen kroppslig och sensorisk, en stämning. Ur denna utvecklas depressionstillståndet fullt ut med kognitiva processer och aktiverade beteendescheman. Det visar vikten av att uppmärksamma tidiga signaler från *kroppen*. Mot bakgrund av detta och med tanke på hur centralt det är i MBCT att på olika sätt träna uppmärksamhet på kroppen och relatera på ett annat sätt till sensationer var det förvånansvärt få studier som undersökte denna aspekt. De studier som tog upp ”kroppen” bekräftade avsedda effekter och deltagarnas berättelser i de kvalitativa studierna understryker betydelsen. De i kognitiv teori fastställda sambanden mellan tanke-kropp-fysiologi-beteende innebär att en kroppslig feedback får betydelse för andra processer. Feed-back från ett normaliserat rörelsemönstret som sågs i studie S skulle såsom författarna menar kunna vara en del i det som hjälper att bryta ett ond cirkel som leder till ett återinsjuknande. Hur stor betydelse har det och behöver någon av övningarna som använder kroppen förstärkas för att ge ännu bättre resultat, kan de användas i mer akuta faser av depression?

Också inom *beteendespekten* ses flera effekter som ger en ökad livskvalitet och är bäst beskrivna i de kvalitativa artiklarna. Beteendeaktivering som är ett effektivt verktyg i KBT togs in i MBCT-programmet med tanke att deltagarna ska lära sig att ”ta hand om sig” med aktiviteter som de vet fungerar stämningshöjande när det är risk för återinsjuknande (3). Resultatet visar

också att det är en effektiv del av programmet (M). Precis som Padesky skriver i *Mind over Mood* (23 s.18) är kopplingen mellan tanke och beteende stark och att vi inte är medvetna om tankar som styr vårt beteende eftersom våra handlingar blivit rutin. I MBCT är träning i medveten närvaro och uppmärksamhet i aktiviteter centralt och en hjälp att kliva ur det automatiserade.

Såsom *situation* definierades i avsnittet Bakgrund visar resultatet att alla dess betydelser såsom uppväxt, livshändelsers betydelse, omständigheter och andra, mer eller mindre fångats upp i enskilda studier. En aspekt av "situation" är gruppens betydelse i MBCT-behandlingen. Efter en reanalys av data i studierna (A) och (E) som visade att resultaten inte var gruppberoende bemötte Teasdale et al. (21) kritiken från Coelho et al. (20). Det är ändå viktigt som påtalas i andra artiklar (E,F m fl) att jämföra med andra gruppbehandlingar för att utröna hur stor betydelse själva gruppformatet har tex för att känna sig förstådd, för självbild och för det förbättrade sociala fungerandet som rapporterades i några studier.

Avslutande diskussion

Den kronologiska genomgången av ett urval artiklar som publicerats 2000-2010 visar på ett ökande stöd för MBCT med värdefulla effekter, framförallt minskat återinsjuknande i depression, ett ökat välbefinnande och förbättrad livskvalitet. Några studier visar att det också kan finnas användning av MBCT för andra målgrupper. Som flera artiklar påtalar behövs nya studier som undersöker verkningsmekanismerna bakom MBCTs effektivitet, som belyser kausalsamband och processer. Vad i MBCT är verksamt? Vilka lämpar sig behandlingen bäst för i sin helhet, i delar? Längre uppföljningar med RCT behövs, bla studier som undersöker vilka interventioner som kan behövas för att vidmakthålla effekterna. I en planerad studie (22) kommer Teasdale et al. att jämföra MBCT med en psykoedukativ modell utan meditation som är en komponent de tror är effektiv. Det förefaller finnas ett enormt forskningsområde runt MBCT som delvis överlappar forskning om mindfulness och andra mindfulnessbaserade interventioner. Forskningsöversikter behövs för att fastställa state of the art. Eftersom målet för mindfulnesssträningen är individens upplevelse av sina tankar, känslor och kroppsliga sensationer är det viktigt med fler kvalitativa studier vilka var de som i min studie som också visade mest om interaktionen mellan de olika aspekterna i Padeskys modell. Enligt min uppfattning talar det mesta för att MBCT borde bli ett etablerat behandlingsalternativ som med sin gruppform kan vara tillgängligt för många.

TACK

Tack min familj, vänner och arbetskamrater för att ni varit intresserade, stöttande och så uppmuntrande under hela utbildningen och inte minst under uppsatsskrivandet. Ett alldeles särskilt varmt tack till mamma Brita som varje månad reste mellan Sundsvall och Stockholm för att bo med Frida när det var kursdags i Umeå. Du har varit en oumbärlig hjälp. Tack Frida för att du med ditt goda humör piggat upp och med stort tålamod sett fram mot slutet på allt mitt sittande framför datorn. Pappa du fick inte vara med och se mitt projekt i hamn men så länge du orkade var du som alltid det bästa stöd man kan ha. Tack Gudrun, din gästfrihet gjorde Umeåresorna dubbelt så roliga. Inte minst vill jag tacka Lena Wiklund Gustin, Mälardalens högskola, för ett väldigt gott och tydligt handledarskap som lotsade mig rätt. Tack också till min arbetsgivare Avonova Hälsa som gjorde det möjligt förena arbete med studier.

KÄLLFÖRTECKNING

1. Clark DA, Beck AT, Alford BA. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
2. Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
3. Segal ZW, William JMG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press.
4. SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt Volym 1*. Maj 2004.
5. Mörch M, Rosenberg NK.(red).(2008). *Kognitiva terapi-modeller och metoder*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
6. World Health Organization,WHO. *ICD-10 Version 2007*. Hämtad 2010-05-22 från: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/?gf30.htm+f33>>.
7. *Mini-DSM-IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (2002). Kristianstad: Pilgrim Press.
8. Keller MB, Boland RJ.(1998). Implications of Failing to Achieve Successful Long-Term Maintenance Treatment of Recurrent Unipolar Major Depression. *Biological Psychiatry, Vol 44, Issue 5,44:348–360*.
9. Socialstyrelsen (2010). *Sjukskrivning vid recidiverande depression*. Hämtad 2010-07-05 <www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/recidiverandedepression>
10. Socialstyrelsen (2010). *Självmod i anslutning till vård*. Hämtad 2010-07-05 från: <<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/sjalvmordianslutningtillvard>>
11. Padesky CA, Greenberger D. (1995). *Clinicians Guide to Mind over Mood*. New York: Guilford Press.
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schematherapy a practioner`s guide*. New York: The Guilford Press.
13. Kåver A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Falköping: Natur&Kultur.
14. Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever You Go, There You Are. Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York. Hyperion.
15. Kabat-Zinn J. (2009). *Full Catastrophe Living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. London. Piatkus.
16. Post RM. (1992). Transduction of Psychosocial Stress into Neurobiology of recurrent

- affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149: 999-1010.
17. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. (2007) *Mindfulness- En väg ur nedstämmhet*. Falun: Natur&Kultur.
 18. Finucane A, Mercer SW.(2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6:14.
 19. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway V, Soulsby J, Lau M. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68 .No. 4, 615-623.
 20. Coelho, HF. (2007) Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.75(6)1000ff.
 21. Williams JMG, Russel I, Russel D. (2008). Mindfulness-Based cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vo.76(3),524-529.
 22. Williams JMG, Russel IT, Russel D, Whitaker CJ, Duggan DS, Barnhofer T, Fennel MJV, Crane R, Silverton S.(2010). Staying well after depression: trial design and protocol. *BMC Psychiatry* 2010,10:23.
 23. Greenberger D, Padesky CA. (1995). *Mind over Mood- change How You Feel by Changing The Way You Think*. New York: The Guilford Press.
 24. Forsberg C, Wengström Y.(2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur&Kultur.
 25. Higgins JPT, Green S (editors). (2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration, Tillgänglig på www.cochrane-handbook.org. (2010-12-26)
 26. Elo S., Kyngäs H. (2008). The qualitative content analysis process . *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.
 27. Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24,105-112.
 28. Sverne T, Sylvander I, Hjelm Å, Säaf C, Sverne Arvill E. (1998). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur.
 29. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe, Winder R, Williams JMG (2009) Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.

ARTIKLAR som ingår i studien

- A. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000) Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.68, Nr 4, 615-623.
- B. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J.(2000) Mindfulness-based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of abnormal Psychology*, Vol. 109, No.1,150-155.
- C. Mason O, Hargreaves I. (2001) A qualitative study of Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of medical Psychology*, 74, 197-212.
- D. Teasdale JD, Moore GM, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Zindel VS. (2002). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.70. Nr.2, 272-287.

- E. Ma SH, Teasdale, JD. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.72, Nr.1, 31-40*.
- F. Finucane A, Mercer SW.(2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry, 6:14*.
- G. Kenny MA, Williams JMG. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy, March; 45(3): 617-625*.
- H. Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJV, Williams JMG. (2007) Effects of meditation on frontal α -assymetry in previously suicidal individuals. *Behaviour NeuroReport, Vol 18, No 7, 709-712*.
- I. 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 (2): 193-203*.
- J. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. (2008). Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol 196, No 8*.
- K. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.76, No 6, 966-978*.
- L. Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Hepburn S, Fennell MV, Williams JMG.(2008) Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research, Vol 32(6),775-787*.
- M. Allen M, Bromley A, Kuyken W, Sonnenberg SJ. (2009). Participants' Experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: "It Changed Me in Just about Every Way Possible". *Behaviour and Cognitive Psychotherapy, 37, 413-430*.
- N. Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JMG. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy, Vol 47(7),623-627*.
- O. Splevins K, Smith A, Simpson J.(2009) Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health, Vol.13 No.3,328-335*.
- P. Mathew KL, Whitford HS, Kenny MA, Denson LA. (2010). The Long-Term Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Relapse Prevention Treatment for Major Depressive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 561-576*
- Q. Schroevers MJ, Brandsma R. (2010). Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy? *British Journal of Psychology, 101, s. 95-107*.
- R. Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JMG. (2010). Effects of Mindfulness on Meta-Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression. *Emotion, Vol.10, No.1, s.34-42*.
- S. Michalak J, Troje NF, Heidenreich T.(2010). Embodied effects of mindfulness-based cognitive therapy, *Journal of Psychosomatic Research. Vol 68(3), 312-313*.

Bilaga 1 Tabell 1 Artikelmatris. Kvalitetsvärdering anges inom parentes efter titeln (1=hög kvalitet, 3=låg kvalitet).

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
A. Titel: Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy			(1)
<p>Teasdale JD, Segal ZV, Williams J.G, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology.</i> (2000), Vol.68, Nr 4, 615-623. England, Canada, Wales.</p>	<p>Att undersöka om MBCT kan minska återfall och återinsjuknande hos patienter med återkommande depressioner</p>	<p>Randomiserad multicenterstudie. 145 deltagare 18-25 år med minst två tidigare egentliga depressioner, enl DSM-III-R, som varit utan medicinering minst 3 mån, slumpades till MBCT (n=76) eller TAU (n=69). Mätinstrument HSRD och BDI vid bedömning, BDI och SCID-intervju varannan månad under en 60-veckorsperiod.</p>	<p>Huvudsakliga fyndet var att under 60-veckorsperioden återinsjuknande/återfall nästan halverades för MBCT-gruppen (37%) jfr med TAU-gruppen (66%) för de med <i>minst tre</i> tidigare depressioner. Resultatet för gruppen med <i>endast två episoder</i> var sämre med MBCT med 54% återinsjuknande jfr med TAU 31%. Ett statistiskt och kliniskt signifikant resultat. Skillnaden antas kunna bero på att yttre händelser spelar allt mindre roll för att utlösa en ny episod och att nedstämdhet reaktiverar autonoma processer med negativt tankemönster och grubbel. Risken för en ny episod ökar med antal tidigare episoder. MBCT reducerar inte risken för en depression till samma nivå som den som inte varit deprimerad tidigare. Förf. anser att resultatet tyder på att MBCT har en profylaktisk effekt genom att avbryta autonoma processer som reaktiveras vid nedstämdhet och att studien stöder teorin om att psykologiska interventioner efter akut fas kan påverka vidare sjukdomsutveckling. Studien har inte fokus specifikt på vad i MBCT som ger effekt och inte på specifika symtom.</p>
B. Titel: Mindfulness-based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients			(2)
<p>Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. <i>Journal of abnormal Psychology</i>,(2000). Vol. 109, No.1,150-155. Wales</p>	<p>Att undersöka om det autobiografiska minnet förändras med psykologisk behandling utifrån tidigare forskningsresultat som visat att deprimerade, suicidala och pt med PTSD återkallar generella minnen snarare än specifika.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. 45 deltagare med minst två tidigare egentliga depressioner som varit utan medicinering minst 3 mån och asymtomatiska sedan 8v med HSRD<10, slumpades till MBCT+TAU alt TAU enbart. Mätinstrument HSRD, AMT för specifika minnen, AMT för kategoriska minnen. Testning före behandling samt en gång inom 12 mån.</p>	<p>Huvudsakliga fyndet var att återkallande av minne för specifika händelser förbättrades och kategoriskt/övergeneraliserande minne minskade i MBCT+TAU jfr med TAU oavsett förändrat stämningsläge. (Specifika minnen=minne av kortvarig händelse, kategoriska minnen=minne som summerar händelser till en kategori; utvidgade minnen=minne av längre period än en dag.) Förf menar att studien visar att träningen på att fokusera på nuet, att inte undvika kognitioner minskar tendensen att återkalla kategoriska minnen i generaliserad form. De för också ett resonemang om en tidigt förvärvad affektiv stil som påverkar minnet av och särskilt det emotionella processandet av negativa händelser som inträffar.</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
C. Titel: A qualitative study of Mindfulness-based cognitive therapy for depression			(2)
Mason O, Hargreaves I. (2001) <i>British Journal of medical Psychology</i> , 74, 197-212. England, Wales	Att undersöka deltagarnas upplevelser av den terapeutiska processen i MBCT.	Kvalitativ studie utifrån grounded theory. Fyra intervjuer baserade på kategorier som identifierats under föregående intervju. Sju deltagare med minst två tidigare depressioner enl DSM-III-R, och som avslutat kurs i MBCT 12-30 månader tidigare och deltagit i en månadsgrupp därefter.	Sju kategorier identifierades. Förf. fann bla att förväntningar innan kursen liksom konsekvent övning påverkar resultatet, att tillämpning av mindfulness kan bryta cykliskt depressivt tänkande och ger alternativa sätt att tolka och respondera på tankar och känslor. De fann att scheman spelar in liksom vikten av uppmärksamhet på vad som trigger och vidmakthåller depression. Avspänning och ökad kroppsmedvetenhet rapporterades. De frågar sig bla vilken betydelse självrepresentationen av kroppen har i sjukdom och återhämtning. Förf. anser att det behövs fler kvalitativa och kvantitativa studier.
D. Titel: Metacognitive awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence			(1)
Teasdale JD, Moore GM, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Zindel VS. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , (2002), Vol.70. Nr.2, 272- 287. England,Kanada	Att undersöka om a) sänkt metakognitiv medvetenhet är associerad med sårbarhet för depression b) KT och MBCT kan minska återinsjuknande i depression genom ökad metakognitiv medvetenhet.	Tre delstudier om metakognition varav den tredje studerar MBCTs effekter på metakognitiv medvetenhet i en randomiserad multicenterstudie. 100 öppenvårdspatienter, 18-65 år med minst två tidigare egentliga depressioner enl DSM-III-R som varit utan medicinering minst 3 mån slumpades i TAU (n=48) eller i MBCT(n=39). Mätinstrument HRSD, BDI samt MACAM. MACAM 15 v efter avslutad kurs.	Jämfört med TAU minskade MBCT-gruppens återfall och återinsjuknande i egentlig depression och ökade den metakognitiva medvetenheten avseende negativa tankar och känslor. I kombination med de två övriga studierna är författarnas hypotes att en intervention som ökar den metakognitiva medvetenheten genom ett förändrat förhållningssätt till negativa tankar och känslor utan några försök att ändra innehållet i tankar och antaganden kan signifikant minska återfall och återinsjuknande. Förf. påtalar att studien inte formellt kan peka ut kausalsamband att det är den förändrade metakognitiva förmågan som är medierande för att förhindra återfall och att tidigare bevis för MACAMs validitet saknas.

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
E. Titel: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects (1)			
<p>Ma SH. Teasdale, JD. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, (2004), Vol.72, Nr. 1 , 31-40. England</p>	<p>Att undersöka: 1.om den återfallspreventiva effekten av MBCT i artikel A ovan var replikerbar. 2. bevis för att MBCT är effektivare för de med tre tidigare depressioner än för de med bara två. 3. hypotesen att MBCT är specifikt effektivt att förhindra återfall som medieras av reaktivering av autonoma interna processer snarare än av yttre händelser och att detta kan förklara ineffektiviteten i grupp med endast två episoder. 4. fler förklaringar till skillnaden mellan gruppen med tre eller fler tidigare episoder jfr med gruppen med enbart två episoder.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. Stratifiering utifrån sista episodens svårighetsgrad enl DSM-IV och antal tidigare episoder. Även kontrollerat för ålder, kön, socialgrupp, utbildning. Randomisering utifrån strata till MBCT (n=76) eller TAU (n=69). av 75 deltagare, 18-65 år, i TAU (n=38) och MBCT (n=37). 75 deltagare 18-25 år med minst två tidigare egentliga depressioner, enl DSM-IV, senaste femårsperioden, senast inom två år, utan medicinering minst 3 mån, och har mindre än 10 på HAM-D. Kontrollgrupp med aldrig tidigare deprimerade patienter som ej längre möter kriterierna i DSM-IV och har BDI mindre än 11. Övriga mätinstrument: MOPS samt intervju om livshändelser eventuella relation till återfall, gradering 0-2. Uppföljning eft avslutat program därefter var 3:e mån under ett år.</p>	<p>1.Bättre resultat för MBCT än studie i artikel A med 54% mindre risk för återfall för de med minst tre tidigare episoder. Under 60-veckor återinsjuknade 36% i MBCT-gruppen jfr med 78% i TAU-gruppen. 2.För de med fyra eller fler episoder återinsjuknadet 38% med MBCT och 100% med TAU. Förhållandet var omvänt i gruppen med två tidigare episoder, 50 resp 20%. I TAU-gruppen ökar risken för återinsjuknande med antal episoder men inte i MBCT-gruppen (tre el fler tidigare) vilket överensstämmer med att MBCT ändrar processer som medierar den ökade risken. Resultaten från studie i artikel 1 replikeras. 3. Livshändelsers betydelse för återinsjuknande: För patienter med minst tre episoder var den skyddande effekten av MBCT störst när det inte fanns någon kritisk livshändelse (0), mindre i gränsfall (1) och ingen alls när det var svårare händelser (2). I TAU-gruppen var återinsjuknande i högre grad förknippat med en en svårare livshändelse för de med två tidigare depressioner än för de med tre. MBCT är effektivt att minska autonoma, internt framkallade återfall men ineffektivt att minska återinsjuknande förknippade med svåra livshändelser. 4.Att gruppen med tre eller fler episoder är yngre vid första insjuknandet än gruppen med två episoder tyder enligt förf på att det handlar om två olika baspopulationer. Detta styrks också av resultaten med MOPS som visar att patienter med tre eller fler episoder har svårare tidiga upplevelser i form av likgiltighet och övergrepp än patienter med två tidigare episoder kontrollgrupp utan tidigare depression. Patienter med två tidigare episoder avviker inte från kontrollgrupp. Författarnas slutsats är att behandlingsbehoven är olika. MBCT är effektivt för gruppen med tre eller fler episoder med tidig första episod, förhindrar återinsjuknande som ej är förknippade med livshändelse.</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
F. Titel: An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. (3)			
Finucane A, Mercer SW. <i>BMC Psychiatry</i> (2006),6:14. England	Att undersöka om: 1. Är MBCT en acceptabel intervention för patienter med depression och ångest? 2. Vilken nytta har patienter av ett mindfulness förhållningssätt? 3. Använder patienter mindfulnessstekniker för att hantera mentala tillstånd tre månader efter avslutad kurs? 4. Förbättrar en 8-veckors kurs stämningläget mätt med BDI och BAI?	Kvalitativ och kvantitativ studie. 13 patienter, 18-65 år, med återkommande depressioner och ångest. Depressionssymtom sedan minst två veckor med eller utan primära ångestsymtom. ICD-10 kriterier. BDI mer än 14. Individuella intervjuer 3 månader efter avslutad 8-veckors MBCT-program som mht nedsatt koncentrationsförmåga hos deprimerade kortades meditationsövningarna ner. Analysen är i huvudsak deskriptiv. För kvantitativa mått användes BDI och BAI.	1. Majoriteten fann kursen värdefull men för kort. Gruppformen var validerande och normaliserande. De med >3 depressioner fullföljde i högre utsträckning. 2. Korrelation mellan egen träning och resultat. Ex på nytta: <i>Beteendeförändringar</i> ; återgång i arbete, sluta röka, mer fysisk träning. <i>Kroppsligt</i> ; bättre sömn. <i>Kognitiva förändringar</i> ; känna igen och släppa oroande ohjälpsamma, självkritiska tankar, förbättrad självkänsla. <i>Livssituation</i> ; mer socialt stöd, färre interpersonella problem. <i>Känslomässigt</i> förbättrat stämningläge. 3. Åtta använde mindfulnessstekniker som andningspaus. Fem mediterade 2-3 ggr/v. 4. Statistiskt signifikant minskning av medelvärdet på ångest och depressionsskattningar. BDI minskade från 35.7 till 17.8. BAI från 32.0 till 20.5. 72% förbättrade enl BDI och 63% enl BAI.
G. Titel: Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive Therapy (2)			
Kenny MA, Williams JMG. <i>Behaviour Research and Therapy</i> (2007) March; 45(3): 617-625. Australien	Att undersöka om MBCT som utvecklats för tillfrisknade patienter har goda resultat även med pat med fortsatta depressionssymtom. Även att pröva hypotesen att pat med suicidtankar svarar sämre på MBCT.	Klinisk studie utan kontrollgrupp av 50 deltagare i åldern 17-61 år som deltar i MBCT-grupper. Patienter med pågående egentlig depression eller i bipolär depressionsfas enl DSM-IV, BDI > 10 och tre eller fler tidigare depressioner, pågående AD hos 74%. Skattningar med BDI före och efter kurs. Likertskala 0-10 för självskattning hur viktigt man ansett programmet vara.	Medelvärdet på BDI minskar från 24.3 till 13.9, vilket är en signifikant skillnad. Fyra individer försämrades och uppgav att de reagerat på svåra livshändelser (jobbstress, relationskonflikter etc.). 83% av alla skattade 7/10 hur stort värde kursen haft. Individer med BDI initialt > 25 minskade i snitt BDI från 33.2 till 17.1 och de med < 25 från 17.2 till 11.5. Författarna menar att resultatet tyder på att MBCT kan användas för patienter som endast delvis svarat på AD el KB. Toch att depressionsgraden minskat signifikant även för de med suicidal depression och även tycks ha effekt på bipolär depression. Om resultaten kan upprepas anses resultaten förenliga med de teoretiska förändringar kring kognitiv teori och terapi med större vikt vid underliggande processer snarare än det kognitiva innehållet.

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
H. Titel: Effects of meditation on frontal α-assymetry in previously suicidal individuals.			(1)
Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJV, Williams JMG. <i>Behaviour NeuroReport.</i> , (2007). Vol 18, No 7, 709-712. England	Att undersöka om MBCT kan förändra mönstret av funktionell prefrontal assymetri i en grupp med hög risk för återfall i depression. Tidigare studier har visat att vä-sidig prefrontal aktivering utmärks av en affektiv stil med starkare tendenser till positiva emotionella responser och mer målinriktat beteende. Rel höger-sidig prefrontal aktivering är associerat med till neg emotionell respons och undvikande beteende. Vid depression syns en vä-sidig underaktivering i vilo-EEG.	Randomiserad kontrollerad studie. 34 deltagare i 18-65 åå fördelade på MBCT el TAU. Högerhänta med tidigare depressionsepisod med suicidtankar och i återhämtningsfas med högst ett huvudsymtom och högst ett annat under max en vecka. Mätinstrument: International Neuropsychiatric Interview, SCID, BDI, PANAS, EEG mfl. MBCT-programmet anpassades till suicidprevention. Mätningar före och efter.	Signifikant minskad assymetri och relativt starkare hö-sidig aktivering i TAU-gruppen vilket innebär en mer undvikande affektiv stil. Assymetrin är förenlig med en ökad sårbarhet som kan föregå ett återinsjuknande. I MBCT-gruppen behölls ett balanserat mönster i prefrontala aktiveringen vilket skulle tyda på en skyddande effekt av meditationsbaserad behandling. Förf. menar att fynden tyder på att intensiv kortvarig meditation under tiden för återhämtning kan hjälpa individer med hög risk för återinsjuknande att behålla det mönster av känslorelaterad hjärnaktivering som har associerats med minskad sårbarhet. Sannolikheten för och frekvensen av negativ affektiv respons minskar och därmed minskar risken för en nedåtgående spiral av negativ stämning och kognition som visat sig ha en stor roll i återinsjuknande.
I. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms.			(3)
Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.</i> (2007) 80 (2): 193-203. Irland	Att undersöka 1. Hur effektivt MBCT minskar depressiva restsymtom efter en depressionsepisod hos pt med återkommande depressioner 2. och särskilt effekterna på grubbel (rumination- och sårbarhetsfaktor för återkommande depressioner).	Kontrollerad konsekutiv studie, 19 deltagare 20-62 år med minst tre tidigare egentliga depressioner enl DSM-IV och aktuell skattning med BDI 13-45. MBCT (n= 8),TAU(n= 11). Ältande mättes med RUM. Skattningar före, mitten, vid avslut, samt en månad. efter intervention.	Signifikant minskning med BDI i MBCT-gruppen, en mindre sänkning i TAU. RUM visade att grubblandet minskade, dock ej signifikant, linjärt med BDI-minskningen. Resultaten stödjer hypotesen att MBCT programmet kan minska depressiva restsymtom och att effekten kan bero på minskat grubbel. Förf menar att den stödjer hypotesen om grubblandets betydelse för minskad depression men att fler studier krävs. Feedback från deltagarna visade att de använde de färdigheter de lärt sig.

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
J. Titel: Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence I Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based Cognitive Therapy. (2)			
<p>Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease. (2008) Vol 196, No 8,.</i> Tyskland</p>	<p>Att undersöka 1.om MBCT ökar förmågan att vara mindful 2.om graden av mindfulness efter MBCT-kursen skulle förutsäga återfall i egentlig depression året efter. 3.om mindfulness förutsäger återinsjuknande med kontroll för restsymtom och antal tidigare episoder som båda är kända prediktorer för återinsjuknande.</p>	<p>Experimentell, prospektiv, icke kontrollerad studie. 27 deltagare,18-65 år, återkommande egentliga depressioner enl DSM-IV i anamnesen och i remission senaste 12 v samt HRSD<10. Mätningar före och efter med HRSD, BDI, MAAS, SCID. Uppföljning med SCID 12 mån efter MBCT-kurs för bedömning om återinsjuknande i egentlig depression inträffat någon gång under perioden.</p>	<p>1.Med reservation för att det är en icke-kontrollerad studie och litet underlag ger den stöd för att MBCT ökade tidigare deprimerade patienters förmåga till att vara uppmärksamma och medvetet närvarande här och nu i dagliga livet. Signifikant skillnad. 2-3. Resultatet på MAAS förutsade signifikant återinsjuknande när även när antal tidigare depressioner och BDI togs i beaktande. Ev restsymtom och antal tidigare egentliga depressioner förutsade inte risk för återinsjuknande i denna studie. Förf. menar att det kan bero metodologiska faktorer men också på att pat. fått ett mer decentrerat förhållningssätt till tankar och känslor, undviker inte och förlorar sig inte i ältande negativa tankar.</p>
<p>Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology(.2008),Vol.76,No 6, 966-978.</i> England</p>	<p>Att undersöka om behandling av pat m återkommande depressioner med AD är jämförbar med MBCT avseende 1. återfallsprevention 2. sekundära nyckelresultat som restsymtom, psykiatrisk komobiditet, livskvalitet 3. kostnadseffektivitet. Studien undersöker om MBCT är ett alt till underhållsbehandling med AD, gör utsättning av AD möjlig och om MBCT kan omsättas inom primärvård.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie som jämför en grupp som fortsätter med underhållsbehandling av AD(N=62) och en grupp som får MBCT (N=61) samt stöd att minska/sätta ut AD inom sex mån eft MBCT. Deltagarna har tre eller fler tidigare egentliga depressioner enl DSM-IV, stått på AD senaste 6 mån, var delvis eller helt återställda. Uppföljning med SCID var 3-e månad under 15 mån. Ålder >18.Depressionsymtom mättes med BDI och HRSD, livskvalitet med WHOQOL-BREF. Se även artikel M, inbäddad i studie K.</p>	<p>1. Återfallsfrekvensen i MBCTgruppen var 47% och i AD-gruppen 60%. Pat med eller utan restsymtom svarade inte signifikant olika på de två behandlingarna. 2. ingen skillnad mellan de två grupperna beträffande antal återinsjuknanden, varaktigheten eller svårighetsgraden enl DSM-IV. MBCT-gruppen hade färre depressiva restsymtom under de fem uppföljningarna och en bättre livskvalitet i de fysiska och psykologiska domänerna. Graden av psykiatrisk komorbiditet var vid studiens slut signifikant lägre i MBCT-gruppen. 3. Läkemedelskostnaden var lägre i MBCT-gruppen. 75% i MBCT-gruppen slutade helt m AD. Totalkostnaden inkl vård, produktionsbortfall, sociala kostnader för MBCT är totalt sett högre än för AD underhållsbehandling under de första 12 månaderna men vid slutet av mätperioden lägre.Förf anser att MBCT är ett lovande alternativ till AD men fortsatta studier behövs för att bla se om återfallsfrekvensen kan minskas mer gm att förstärka medicinering med MBCT. De reflekterar även över vilka mekanismer som gör MBCT effektivt.</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
L. Titel: Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression an suicidality. (1)			
<p>Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Hepburn S, Fennell MV, Williams JMG. <i>Cognitive Therapy and Research. (2008). Vol 32(6),775-787.</i> England</p>	<p>Att undersöka den omedelbara effekten på den upplevda skillnaden mellan upplevt själv och idealsjälvuppfattningen av att lägga till MBCT till TAU hos patienter som tillfrisknat från egentlig depression och som haft allvarliga suicidtankar eller suicidhandlingar under depression. Att se om MBCT kan ha en skyddande effekt i självreglerande processer hos personer som löper stor risk för återinsjuknande.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. 68 deltagare 18-65 år med minst en (median 4) tidigare egentlig depression och aktiva suicidtankar/försök slumpades till MBCT-grupp alt väntelista. Mätinstrument: Mini International Neuropsychiatric Interview, SCID-II, BDI, Self-Description Questionnaire där deltagarna beskriver sitt ”borde-själv och ideala-själv”. Skattning före och efter.</p>	<p>MBCT-gruppen hade signifikant lägre grad av nedstämdhet efter kurs. Ingen förändring i väntelistegr. Vid skattning före fanns en mer uttalad diskrepans vad gäller ideal-själv och upplevt själv och utsikterna att nå idela-själv bedömdes lägre. Vid uppföljning hade MBCT-gruppen en signifikant lägre diskrepans till ideal-själv än väntelistgr. Väntelistgruppens förhoppningar om att nå ideal-själv sjönk signifikant medan MBCT-gruppen var oförändrad. Förf. anser att MBCT kan skydda mot att själv-diskrepans uppstår gm en minskad lätttriggad upptagenhet av diskrepanser och gm att stödja förändring av innehållet i hur det idealt borde vara.</p>
M. Titel: Participants´ Experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: ”It Changed Me in Just about Every Way Possible”. (1)			
<p>Allen M, Bromley A, Kuyken W, Sonnenberg SJ. <i>Behaviour and Cognitive Psychotherapy, (2009),37, 413-430.</i> England</p>	<p>Att undersöka hur människor beskriver och utvärderar sina erfarenheter av MBCT som behandling för återkommande depressioner. Fokus på vad som varit hjälpsamt, meningsfullt och svårt med MBCT som ett förebyggande program.</p>	<p>Kvalitativ studie inbäddad i en kvantitativ randomiserad kontrollerad studie (se K). Semi-strukturerade intervjuer ett år efter en avslutad MBCT-kurs för personer med återkommande depressioner. Av 54 intervjuer användes de 20 sist gjorda för analysen. Tematisk analysmetod.</p>	<p>Fyra övergripande teman extraherades: Kontroll, acceptans, relationer och kämpande (struggle). <i>Kontroll:</i> Urskilja triggers och tidiga fysiska och psykologiska varningssignaler. Aktivering för att skifta fokus till positiv el neutral aktivitet. Verktyg att bryta tankebanor ger annat perspektiv, förbättrat stämningsläge, känsla av kontroll. <i>Acceptans:</i> Destigmatisering genom att dela erfarenheter i gruppen. Särskilja depressiva tankar och känslor från sig själv (decentrerung min anm) <i>Relationer:</i> Känna igen och tillgodose sina egna behov bättre, mindre nedvärderande av sig själv. Större känslomässig närhet till vänner och familj, ökad kommunikation och empati. <i>Kämpande:</i> Att förhålla sig till mödan med och höga förväntningar på MBCT och den dialektiska spänningen mellan acceptans av depressiva känslor och tankar och förändring (ansvar att använda verktygen i MBCT).</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
N. Titel: Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and non-randomized waiting list controlled study. (2)			
<p>Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JMG. <i>Behaviour Research and Therapy.</i>(2009) Vol 47(7),623-627. Belgien England</p>	<p>Att undersöka (studie 1) förhållandet mellan naturligt förekommande drag av mindfulness och kognitiv reaktivitet (CR) samt (studie 2) att utvärdera hur effektivt MBCT minskar kognitiv reaktivitet. Hög kognitiv reaktivitet utmärks av en ökning av dysfunktionella kognitioner som visat sig föregå återinsjuknande i depression.</p>	<p>Empirisk, kvantitativ studie. Studie 1. N=164 studenter 18-25 år som fyller i självskattningsformulär. Studie 2. Icke-randomiserad väntelist kontrollerad studie. MBCT grupp n=18 och kontrollgrupp n= 21. .Medelålder 43. Självskattningar före och efter Mätinstrument: KIMS-E (5 subskalor: Observera, Beskriva, Uppmärksamt beteende, Acceptera utan att döma, Icke-reaktivitet på inre upplevelser). LEIDS-R mäter CR på nedstämdhet. BDI-II. MDQ.</p>	<p>Studie 1. Ju högre grad av mindfulness desto lägre självskattning på kognitiv reaktivitet. Deltagare med tidigare egentlig depression (n=31) skattade signifikant högre på LEIDS-R. Deltagare med naturligt hög grad av mindfulness har lägre CR. Studie 2. KIMS-E skattningarna visade en signifikant ökning av mindfulnessfärdigheter för MBCT-gruppen men inte för kontrollgruppen. LEIDS-R visade signifikant minskning av kognitiv reaktivitet i MBCT-gruppen och ingen förändring i kontrollgruppen.</p>
O. Titel: Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. (2)			
<p>Splevins K, Smith A, Simpson J. <i>Aging & Mental Health</i> (2009),Vol.13. No.3,328-335. England</p>	<p>Att i en äldre population undersöka: 1. Emotionella välbefinnandet (depressions-, ångest,- och stressnivåer) och mindfulnessförmågan efter en MBCT-kurs 2. Utforska sambanden mellan mindfulness mätt som generell förmåga och som individuella komponenter (observera, beskriva, medveten närvaro, acceptans utan att döma) och förändringar i depression, ångest och stressnivå.</p>	<p>Icke-randomiserad studie. Deltagarna (n=22) med en medelålder på 65 (49-79) som på olika sätt fått kännedom om programmet gör självskattningar före och efter MBCT-kurs. Mätinstrument: DASS21 mäter depression, ångest, stress senaste veckan. KIMS mäter mindfulness i dagliga livet överlag samt avseende observera, beskriva, medvetet beteende, acceptera utan att döma.</p>	<p>Före kursen visade skattningarna måttliga besvär av depression, ångest och stress. Efter kursen visade skattningarna på milda symtom av depression och ångest och stressnivåerna var normala vilket enl författarna indikerar att MBCT inneburit ett förbättrat emotionellt välbefinnande. Depression och stress minskade signifikant. En stor minskning av symtomen var associerad med en större ökning av mindfulnessförmågan och dess olika komponenter. <i>Den generella förmågan</i> till mindfulness liksom de fyra aspekterna ökade signifikant särskilt förmågan att <i>observera</i>. Det var signifikant och måttligt relaterat till minskad grad av depression. <i>Beskriva</i> var inte korrelerad med förändringar i depression eller stress däremot med minskad ångest. <i>Medveten närvaro</i>, förmågan var måttligt associerad med symtomminskning. <i>Medvetenhet i aktiviteter och acceptera utan att döma</i> –förmågan ökade signifikant och var associerad med sänkt depression och även med sänkt ångest <i>Observera</i>- förmågan ökade mycket utan relation till förändring av ngt symtom.</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT (KVALITET)
P. Titel: The Long-Term Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Relapse Prevention Treatment for Major Depressive Disorder. (2)			
<p>Mathew KL, Whitford HS, Kenny MA, Denson LA. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, (2010), 38, 561–576. Först publicerad online 4 april 2010. Hämtad 11 april på PubMed. Australien</p>	<p>Att undersöka: 1) återinsjuknandefrekvensen över en längre tid efter MBCT-intervention. 2) förhållandet mellan olika behandlingsvariabler och depressionsskattningar. 3) hypotesen att mindful uppmärksamhet är negativt associerad med grubbel och depression.</p>	<p>Icke-randomiserad studie. Uppföljningsdata för 39/69 deltagare i åldern 25-72 år. Pågående egentlig depression, depressiv fas i bipolär sjukdom eller dystymi. Minst tre tidigare depressioner eller minst 12 mån kronisk depression med grubbel. Tre kategorier: Grupp 1 mättes 12 mån. efter kurs. Grupp 2 mättes 13-24 mån. efter kurs. Grupp 3 mättes 25-34 mån. efter kurs. Mätinstrument: BDI-II, RSS, MAAS. Baslinje samt efter kurs och x mån.</p>	<p>1) Depressionsskattningarna var signifikant förbättrade efter kursen och bibehölls minst 24 mån. Gr 3 visade en icke signifikant trend på försämring. 2) Komponenter i MBCT; Fortsatt meditation, övningar och deltagande i boostersessioner var måttligt relaterat med lägre depressionsskattningar vid uppföljningen. 3) Ju mer mindful en person är desto mindre grubblande och deprimerad. Det stödjer teorin att den metakognitiva processen i mindfulness är primär för en terapeutisk förändring hos deprimerade, grubblande individer. Kan reflektera över minnen av tidigare kriser på ett decentrerat sätt. Det talar enl artikeln för att metoden är verksam även för pågående depression. Förf. påtalar att både kvantitativa och kvalitativa studier saknas som undersöker vilka mindfulnessfaktorer som bidrar till minskade återfall</p>
Q. Titel: Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy? (2)			
<p>Schroevers MJ, Brandsma R. <i>British Journal of Psychology</i> (2010), 101, s. 95-107. Holland</p>	<p>Att undersöka 1. förändringar i mindfulnessförmågan och psykologiskt välbefinnande under en 8-veckors MBCT-kurs 2. förhållandet mellan förändringar i mindfulness och förändringar i psykologiskt välbefinnande.</p>	<p>Icke-randomiserad studie. Deltagarna (n=64) söktes via websida. Medelålder 43 år. 53 % hade tidigare haft depression eller ångest, 27% stod på medicinering. Inga exklusionskriterier. Självskattning två veckor före och en vecka efter 8-veckor MBCT-kurs (anpassad t stress). Instrument: PANAS, MAAS, KIMS och SCS.</p>	<p>1. Ökat psykologiskt välbefinnande. Signifikant ökning av positiv affekt och signifikant minskning av negativ affekt. Signifikant förbättring avseende fyra av fem mindfulnessaspekter: -uppmärksamhet i dagliga upplevelser och aktiviteter -observera och vara närvarande i kroppsliga sensationer, tankar och känslor -koppla bort från innehållet i obehagliga upplevelser -acceptera utan att döma Ingen signifikant förändring avseende: -öppenhet och nyfikenhet gentemot obehagliga upplevelser vilket enl förf kan bero på att denna förmåga kan ta längre tid att lära. 2. Ökad grad av mindfulnessförmågor är relaterat till ökat psykologiskt välbefinnande. Bla var bättre reglering av uppmärksamheten klart relaterat till ökad positiv affekt.</p>

ARTIKELDATA	SYFTE	METOD	RESULTAT	(KVALITET)
R. Titel: Effects of Mindfulness on Meta-Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression.				(1)
Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JMG. <i>Emotion.</i> (2010),Vol.10, No.1, s.34-42. England	Att undersöka bevis för att det sker ett skifte i sättet att processa information hos pat. med kroniskt-återkommande suicidal depression i MBCT-studie. Att undersöka förmågan att känna igen tidiga signaler på en hotande suicidal kris. Två hypoteser: MBCT ökar förmågan att specifikt beskriva de symtom som uppstod på väg mot en suicidal kris samt att graden av metakognitiv förmåga ska märkas i pats beskrivning.	Randomiserad kontrollerad studie. 27 deltagare, 26-64 år, MBCT (n=14) TAU (n=13). Pågående depression enl DSM-IV eller kronisk depression utan full remission. >3 tidigare episoder, anamnes med suicidatankar eller suicidbeteende. Skattningar före och efter med: BDI II; Semistrukturerad intervjuer; ReSSI, som undersöker förmågan att återkalla minnen av förändringar i känslor, tankar, beteende och kroppssensationer innan episod av självskadebeteende eller suicidtankar. relapse signature specificity measure; -specifika, utvidgade eller kategoriska minnen Relapse signature metaawareness measure, skattning av individens förmåga känna igen tidiga varningssignaler på en hotande suicidal kris.	Signifikant lägre depressionsskattning i MBCT-gruppen. Minnet av varningssymtom (relapse signature) blev mindre specifikt i TAU men inte i MBCT-gruppen. MBCT-deltagarna hade lättare att återkalla minnet av detaljer i varningssymtom medan TAU gruppen tenderade glömma detaljer. Deltagarna i MBCT-gruppen hade signifikant högre grad av metakognition (förmågan till decentrering ökade) i sina beskrivningar av varningssymtom. Enl författarna ger studien preliminärt stöd för att MBCT hjälper patienter till ett informationsprocessande som gör det möjligt att uppleva minnen på ett detaljerat sätt och behålla ett decentrerat (metakognitivt) perspektiv som förhindrar att dras in i ett maladaptivt mönster av informationsprocessande.	
S. Titel: Embodied effects of mindfulness-based cognitive therapy.				(3)
Michalak J, Troje NF, Heidenreich T. <i>Journal of Psychosomatic Research.</i> (2010) Vol 68(3), 312-313. Kanada, Tyskland	Att undersöka om rörelsemönstret vid gång hos tidigare deprimerade och nyligen deprimerade skiljer sig och om det normaliseras med MBCT som ett resultat av förändrade kroppsliga och känslomässiga processer.	Empirisk kvantitativ studie. >3 tidigare depressioner (n=23). Kontrollgrupp aldrig deprimerade (n=29). SCID samt ett optiskt mätinstrument. Studie av rörelsemönstret vid gång före och efter MBCT-kurs.	Rörelsemönstret hos tidigare deprimerade skilde sig på fem punkter signifikant betr. gånghastighet och vertikal huvudrörelser jämfört med de nyligen deprimerades. Efter MBCT förbättrades rörelsemönstret hos de tidigare deprimerade på tre av de fem punkterna, bl a normaliserades gånghastigheten.	

Not. AMT=Autobiographical memory Test; BDI= Beck Depression Inventory; DASS21= The Depression, Anxiety and Stress scales; EEG=Electroencephalogram; HAM-D=Hamilton Rating Scale for Depression; HSRD=Hamilton Rating Scale for Depression; KIMS= The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; KIMS-E= Extended version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; LEIDS-R= The Leiden Index of Depression Sensivity-Revised; MACAM=Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory; MAAS= Mindful Attention and Awareness Scale; MDQ= The Major Depression Questionnaire; MINI= Mini International Neuropsychiatric Interview; MOPS=Measure of Parenting Style; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule: state version; ReSSI=Relapse Signature of Suicidality Interview; RSS= Rumination on Sadness Scale; RUM= Rumination scale (Nolen-Hoeksema); SCID= Structured Clinical Interview for DSM-III-R; SCS=Self-Compassion Scale; TAU= Treatment As Usual; WBSI= White Bear Suppression Inventory; WHOQOL-BREF.= World Health Organization Quality of Life Instrument;