

# Måttligt starkt stöd för mindfulnessbaserade terapier

## Litteraturstudie av behandlingseffekter vid stress, depression och ångest

**FIDES SCHÜCKHER**, överläkare i psykiatri, legitimerad psykoterapeut, Beroendecentrum, Universitetssjukhuset i Örebro  
fides.schuckher@orebroll.se

**KERSTIN NILSSON**, universitetslektor, Hälsoakademin, Örebro universitet; båda Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinska metoder i Örebro läns landsting

Mindfulness (medveten närvaro) har blivit mycket uppmärksammat under senare år, framför allt genom behandlingsmetoderna mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) och mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT).

### Stressreduktion respektive kognitiv beteendeterapi

MBSR är inspirerad av buddhistisk meditation och livsfilosofi och har utvecklats av Jon Kabat-Zinn och kollegor vid University of Massachusetts Medical Center [1].

Mindfulness kan beskrivas som den förmåga som utvecklas genom att – avsiktligt, uppmärksam och utan att värdera – observera saker och ting som de är i stunden. När individen slutar grubbla över det förflutna eller oroa sig för framtiden öppnar hon sig för ny kunskap och information som hon tidigare gått miste om.

MBSR är ett strukturerat 8–10 veckors grupprogram. I programmet ingår träning av olika meditationstekniker såsom sittande meditation, kroppsskanning och rörelsemeditation i form av enkla yogarörelser. Programmet innehåller även diskussion kring stress och hemövningar.

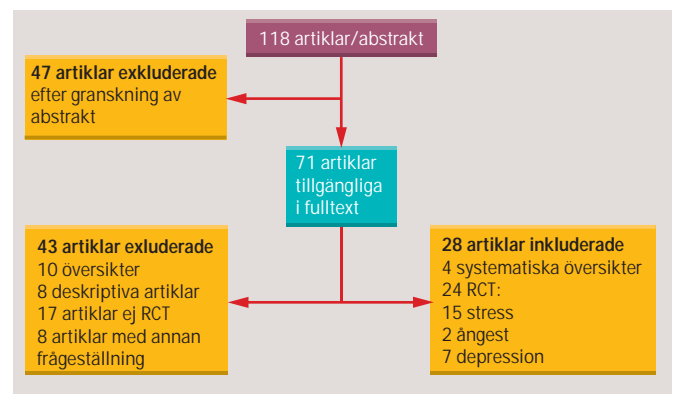
I MBCT, som har utvecklats för att förhindra återfall vid recidiverande depression, infogas även moment av kognitiv beteendeterapi (KBT) som ska förstärka individens förmåga att förhålla sig på ett nytt och medvetet sätt till sina tankar [2]. En skillnad mellan mindfulnessbaserade interventioner och KBT är att i KBT arbetar man med omformulering av tankar, medan man vid mindfulnessbaserade interventioner strävar efter att förstärka individens förmåga att förhålla sig på ett nytt och medvetet sätt till sina tankar och känslor.

Mindfulnessbaserade interventioner har beskrivits som lovande i behandlingen av många tillstånd, såsom långvarig smärta, cancer, fibromyalgi, depression och stress. Antalet interventionsstudier är dock begränsat vid respektive tillstånd, vilket kan ställas i relation till den genomslagskraft metoden har fått.

### METOD OCH RESULTAT

Den aktuella genomgången har avgränsats till behandling med MBSR eller MBCT vid stress, depression och ångest, och artikeln är en sammanfattning av en systematisk översikt som genomförts vid Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinska metoder i Örebro (CAMTÖ) <<http://www.orebroll.se/sv/uso/Forskning/Forskningsenheter/CAMTO/Systematiska-oversiktterrapporter/>>.

För metodbeskrivning, se Fakta 1. För utfall av sökningen och granskade artiklar, se Figur 1. Resultaten redovisas upp-



Figur 1. Flödesschema över inklusion och exklusion av studier i sammanställningen.

delade på de aktuella tillstånden stress, depression och ångest.

### Stress

Samtliga inkluderade studier rörde MBSR vid behandling av stress hos i övrigt friska personer. De flesta undersökningar hade genomförts i en akademisk miljö i USA. Endast en europeisk [3] och en asiatisk [4] studie påträffades. Den sammanlagda studiepopulationen var 740 personer, där kvinnor dominerade. Samtliga studier rekryterade sina deltagare genom annonsering. Generaliserbarheten var således begränsad.

Skattningsinstrumenten var heterogena. Sammanlagt användes uppemot 35 mer eller mindre validerade skattningskalor, vilket försvårade jämförelser mellan studierna. Övergripande effektmått var skattningar gjorda av individerna själva, där individernas förväntningar på behandlingsmetoden spelade en viktig roll. Bedömningen försvårades ytterli-

### ■ sammanfattat

En systematisk översikt har gjorts av effekten av mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) och mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) vid stress, depression och ångest.

Det finns totalt sett få studier av god kvalitet.

Vid behandling av stress hos i övrigt friska individer finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att MBSR har en gynnsam effekt.

För patienter med egentlig depression finns ett måttligt

starkt vetenskapligt underlag för att MBCT kan minska återfallsfrekvensen hos patienter med tre eller fler tidigare depressionsepisoder.

För bedömning av behandling med mindfulnessbaserade terapier vid ångest är det vetenskapliga underlaget otillräckligt.

Studier som värderat sidoeffekter saknas, likaså studier över effekten av metoden på längre sikt liksom hälsoekonomiska bedömningar.

## ■ fakta 1. Metodbeskrivning

**Frågeställning enligt PICO** (patient/population, intervention, comparison, outcome) för tillståndet stress, depression och ångest.

- **Stress:**  
P = frisk population med stress som enda symtom.  
I = behandling med MBSR eller MBCT.  
C = jämfört med annan behandling.  
O = reduktion av stress.
- **Depression:**  
P = patienter med depression behandlade inom primärvård eller psykiatri.  
I = behandling med MBSR eller MBCT.  
C = jämfört med annan behandling.  
O = a) reduktion av depressiva symtom, b) minskad risk för återfall.
- **Ångest:**  
P = patienter med ångestsyndrom behandlade inom primärvård eller psykiatri.  
I = behandling med MBSR eller MBCT.  
C = jämfört med annan behandling.  
O = förbättring av ångest.

Annan behandling är väntelista, andra former av meditation, psykologisk behandling eller läkemedel.

### Litteratursökning

En sökning gjordes i Cochrane Library, PubMed och

PsycINFO till och med januari 2010. Endast engelskspråkig litteratur har sökts. Referenslistor från framtagna artiklar har granskats för identifiering av eventuella ytterligare studier. För en fullständig sökstrategi hänvisas till den systematiska översikten.

**Inklusionskriterier** för studier ingående i den aktuella översikten var systematiska översikter och metaanalyser av randomiserade, kontrollerade studier (RCT) samt RCT inklusive pilotstudier rörande MBSR och MBCT. Studier med annan design har inte medtagits. Inga begränsningar har gjorts för studiestorlek.

**Kriterier för kvalitetsgranskning:**

- Alla RCT bedömdes enligt SBU:s mall för kritisk granskning av interventionsartiklar, med tre kvalitetskategorier.
- Systematiska översikter bedömdes enligt AMSTAR och inkluderades om de innehöll en kvalitetsgranskning och utvärdering av de ingående studierna.

Granskningen har av resurs-skal gjorts av en person (FS). Resultatet och mer svårbedömda studier har diskuterats med en kollega (KN).

faktorer som diskuteras. Däremot går studierna isär beträffande vikten av följsamhet till behandling och hemuppgifter för uppnående av effekt [3, 7].

**Slutsats.** För gruppen friska individer föreligger ett måttligt vetenskapligt underlag för gynnsam effekt av MBSR vid stress. Ytterligare studier krävs för att bedöma långtidseffekten och tidsåtgången i MBSR-programmet samt för att kunna göra jämförelser med andra behandlingsmetoder.

## Depression

Inga randomiserade, kontrollerade studier rörande MBSR och egentlig depression identifierades, däremot sju artiklar rörande MBCT och egentlig depression [18-24], där samma studiepopulation ingick i två artiklar [18, 19]. Rekrytering av patienter till studierna hade skett via sjukvården och via annonsering. Sammanlagt deltog 539 patienter i studierna, och kvinnor dominerade: 72-76 procent.

Två av depressionsstudierna undersökte patienter återställda från en recidiverande depression och utan pågående antidepressiv medicinering [18, 20]. Patienterna randomiserades till MBCT och sedvanlig behandling eller till väntelista och sedvanlig behandling. Man fann i bägge studierna att för patienter med tre eller fler tidigare depressionsepisoder nästan halverades återfallsfrekvensen i interventionsgruppen jämfört med den i kontrollgruppen under en uppföljningsperiod på 52 veckor. MBCT föreföll vara mest effektiv vid återfall som inte kunde kopplas till negativa livshändelser [20]. Att man inte sett någon effekt hos patienter med endast två tidigare egentliga depressionsepisoder kan bero på ett allför litet statistiskt underlag i denna grupp, men det har också diskuterats om det kan röra sig om två olika baspopulationer. Om en sådan skillnad föreligger skulle det överensstämma med hypotesen om ökad autonom negativ kognition vid återkommande depressioner.

Det finns en studie där man jämför med aktiv kontroll [22]. Kuyken jämförde MBCT med traditionell antidepressiv medicinering. Patienterna följdes upp under 15 månader. Det förelag ingen skillnad mellan de två interventionerna avseende återfall eller svårighetsgrad vid återfall. Däremot rapporterade MBCT-gruppen signifikant mindre residualsymtom av depression, lägre komorbiditet och signifikant bättre livskvalitet mätt med World Health Organization Quality of Life-BREF för psykologiska och fysiologiska symtom. 75 procent av patienterna i MBCT-gruppen slutade med antidepressiv medicinering under de första sex månaderna, medan de övriga 25 procenten fortfarande fick antidepressiv behandling vid studiens slut. Kuyken gjorde även en hälsoekonomisk analys utifrån både ett hälsoperspektiv och ett socialt perspektiv [22]. Resultatet visade ingen signifikant skillnad i ekonomiskt hänseende mellan grupperna.

Slutligen replikerade Bondolfi [24] Teasdales och Mas studier [18, 20]. Studien inkluderade patienter med tre eller fler depressionsepisoder och bedöms ha ett högt bevisvärde. Den kunde inte påvisa någon skillnad i återfallsfrekvens mellan MBCT i kombination med sedvanlig behandling och enbart sedvanlig behandling, däremot fanns en signifikant skillnad i tiden till återfall. För MBCT och sedvanlig behandling var medianen för tid till återfall 204 dagar (variationsvidd 35-330) jämfört med 69 dagar (variationsvidd 15-191) i kontroll-

»Inga randomiserade, kontrollerade studier rörande MBSR och egentlig depression identifierades ...«

gare av att det inte förelåg någon blindning, förutom i tre studier där utvärderaren var blindad [3-5].

Inga studier med högt bevisvärde kunde påvisas. Studier med både medelhögt [3, 5-7] och lågt [4, 8-17] bevisvärde beskrev emellertid en statistiskt signifikant effekt av MBSR med minskning av stress, utmattning, grubblerier och övergripande psykologiska symtom samt ökning av medveten närvaro, känsla av kontroll och andlighet i jämförelse med en inaktiv kontroll. I studier där MBSR jämfördes med aktiv kontroll i form av annan meditationsform (eight point program) [7, 13] eller avslappning [6, 16] kunde man emellertid inte påvisa några större skillnader, förutom i Jains studie [6], där effektmåtten på avledande tankar och grubblerier var signifikant bättre vid MBSR än vid avslappning och väntelista. Även studier med förkortade interventionsprogram och hemövningar visade positiva effekter till fördel för MBSR jämfört med inaktiv kontroll.

Alla studier utvärderade effekten före och efter interventionen, och man fann en kvarstående effekt upp till fyra månader efter avslutad intervention. Studier med längre uppföljningstid saknas. Många av studierna försökte hitta medierande faktorer till förbättringen vid MBSR. Ökad kunskap i mindfulness-tekniker [3] och minskning av grubblerier [6] är

gruppen. Bondolfi konstaterade att det var framför allt kontrollgruppen som hade lägre recidivfrekvens än vad tidigare studier visat. Studierna som har utvärderat återfallsfrekvensen bedöms ha medelhögt till högt bevisvärde. Övriga studier berör snarare medierande faktorer [19, 21, 23]. De studierna har även bedömts ha lägre bevisvärde.

**Slutsats.** För gruppen patienter med tre eller fler tidigare egentliga depressionsepisoder föreligger ett måttligt vetenskapligt underlag för att MBCT minskar återfallsfrekvensen. Det vetenskapliga underlaget begränsas emellertid av den nyligen publicerade studien av Bondolfi [24], som inte kunde påvisa någon skillnad i återfallsfrekvens mellan MBCT och kontrollbehandling men väl i tid till återfall. Ytterligare studier krävs emellertid som värderar MBCT:s specifika effekt i jämförelse med såväl inaktiv kontroll som andra icke-farmakologiska och farmakologiska behandlingar. Det behövs även ytterligare studier avseende långtidseffekter av MBCT.

## Ångest

En systematisk översikt från Cochranesamarbetet över meditation som terapi vid ångesttillstånd påträffades [25]. Denna översikt inkluderade endast en studie som rörde mindfulness. Studien jämförde avslappning/mindfulnessmeditation med kundaliniyoga, en form speciellt designad för behandling vid tvångssyndrom [26]. Studien hade ett stort bortfall, och den sammanfattande slutsatsen i Cochraneöversikten var att några slutsatser om effekten av meditationsterapier vid ångesttillstånd inte kan dras på grund av det sparsamma vetenskapliga underlaget.

Förutom ovan nämnda studie har ytterligare en studie identifierats som jämfört kognitiv beteendegrupperapi (KBGT) med MBSR vid generaliserad social fobi [27]. Vid analys både av intention to treat (ITT) och per protokoll noteras att de flesta primära effektmått var signifikant förbättrade vid KBGT jämfört med vid MBSR. Avsaknaden av placebo-behandling eller väntelistekontroll försvårar bedömningen av om MBSR också har en egen men mindre påtaglig effekt än KBGT.

**Slutsats.** Då antalet studier kring MBSR och ångesttillstånd är litet, den aktuella studiepopulationen är liten och då jämförelse med placebo, ingen behandling eller väntelistekontroll saknas kan någon utvärdering av effekten av MBSR vid ångesttillstånd inte göras.

## Biverkningar och sidoeffekter

Trots att meditation upplevs som säker finns det beskrivet att meditation kan förorsaka depersonalisation och derealisation, och det har diskuterats om det finns en association mellan meditation och psykotiska upplevelser [25]. Majoriteten av meditationsinducerade psykos har haft underliggande schizofreni eller annan psykos som grund. Krisanaprakortkit nämner en treårsuppföljning gjord av Miller där man inte noterade några negativa effekter bland utövare av mindfulnessmeditation [25]. I ovan utvärderade studier diskuteras inga uppkomna bieffekter.

## DISKUSSION

Målet för den systematiska översikten var att bedöma effekten av MBSR och MBCT vid stress, depression och ångest. Översikten visade ett måttligt vetenskapligt underlag för att MBSR kan minska stress hos en i övrigt frisk population. Det föreligger även ett måttligt vetenskapligt underlag för att MBCT minskar återfallsfrekvensen i depression för patienter som tidigare haft tre eller fler egentliga depressionsepisoder. En utvärdering av effekten av MBSR eller MBCT vid ångest-

**»En utvärdering av effekten av MBSR eller MBCT vid ångestsyndrom har däremot inte kunnat göras på grund av det sparsamma studieunderlaget.«**

syndrom har däremot inte kunnat göras på grund av det sparsamma studieunderlaget.

MBSR i form av kortare interventioner vid stress hos i övrigt friska individer har också visat effekt. Detta skulle vara en fördel då tidsåtgången annars kan verka avskräckande och orsaka bortfall i behandlingen. Carmody et al har i sin översikt av litteraturen kring denna frågeställning inte funnit något samband mellan ett kortare program och minskad psykologisk effekt och standardprogrammet, men de rekommenderade ytterligare studier [28].

## Begränsningar i vår studie

Vår litteraturgranskning har begränsats till enbart randomiserade, kontrollerade studier för att minska risken för bias. Granskningen har av resursskäl gjorts av en person, vilket gör att interbedömarreliabilitet inte kan undersökas. Resultatet och mer svårbedömda studier har emellertid diskuterats med en kollega. En begränsning har även varit att endast engelskspråkig litteratur har sökts och att endast publicerade artiklar tagits med.

## Nyare studier förändrar inte vår slutsats

Under 2010, efter slutförandet av vår studie, har ytterligare två systematiska översikter och metaanalyser kring mindfulnessbaserade terapier vid ångest och depression publicerats [29-30]. Vid genomgång av dessa studier kan vi inte finna att vi missat väsentliga studier som skulle kunna påverka våra slutsatser. I Hofmanns studie inkluderas både kontrollerade och okontrollerade studier vid olika kliniska tillstånd, såsom cancer, fibromyalgi, kronisk smärta och egentlig depression [29]. Man har utvärderat ångest och depression före och efter behandlingen. Översikten drar slutsatsen att mindfulnessbaserade interventioner har en lovande effekt på ångest och depressionsproblematik i en klinisk population. Skillnaden mot vår slutsats, dvs att underlaget är för svagt för bedömning av effekten av mindfulnessbaserade interventioner vid ångest, beror på de striktare inklusionskriterier som tillämpats i vår översikt, där endast randomiserade studier medtogs.

Chiesa har, förutom den översikt och metaanalys av MBSR:s påverkan på stress hos en i övrigt frisk population [31] som ingår i vår studie, publicerat en systematisk översikt och metaanalys av MBCT vid psykiatriska tillstånd [30]. Studier med kontrollgrupp inkluderades. Även här konstaterades effektmåttet återfallsprevention vid tre eller fler återfall vid egentlig depression ha det starkaste vetenskapliga underlaget. I samma metaanalys ingick två studier kring ångesttillstånd, den ena en icke-randomiserad studie och den andra en pilotstudie. De ovan nämnda metaanalyserna hade andra inklusionskriterier men överensstämmer i övrigt i allt väsentligt med vår bedömning, varför vi inte funnit skäl att ändra våra slutsatser.

## KONKLUSION

För alla de tre tillstånden stress, depression och ångest krävs emellertid fler välgjorda randomiserade, kontrollerade studier med jämförelser med såväl inaktiv kontroll som andra icke-farmakologiska och farmakologiska behandlingar för att bedöma vilken eventuell plats mindfulnessbaserade interven-

tioner kan ha vid behandling. Det behövs även ytterligare studier avseende långtidseffekter av behandlingarna. Det saknas även studier designade att försöka utröna hur stor del av den terapeutiska effekten som kan hänföras till specifika mindfulnessbaserade komponenter och inte enbart till specifika effekter, såsom gruppstöd.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY: Delta Trade Paperbacks; 2005.
2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford; 2002.
3. Nyklíček I, Kuijpers KF. The effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med.* 2008;35(3):331-40.
4. Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Educ Today.* 2009;29(5):538-43.
5. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med.* 1998;21(6):581-99.
6. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med.* 2007;33(1):11-21.
7. Shapiro SL, Oman D, Thoresen CE, Plante TG, Flinders T. Cultivating mindfulness: effects on well-being. *J Clinical Psychol.* 2008;64(7):840-62.
13. Oman D, Shapiro SL, Thoresen CE, Plante TG, Flinders T. Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: a randomized controlled trial. *J Am Coll Health.* 2008;56(5):569-78.
16. Agee JD, Danoff-Burg S, Grant CA. Comparing brief stress management courses in a community sample: mindfulness skills and progressive muscle relaxation. *Explore (NY).* 2009;5(2):104-9.
18. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615-23.
19. Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces over-general autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(1):150-5.
20. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):31-40.
22. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):966-78.
24. Bondolfi G, Jermann F, Van der Linden M, Gex-Fabry M, Bizzini L, Weber Rouget B, et al. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord.* 2010;122(3):224-31.
25. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Laopai-boon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD004998.
26. Shannahoff-Khalsa DS, Ray LE, Levine S, Gallen CC, Schwartz BJ, Sidorowich JJ. Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 1999;4(12):34-47.
27. Koszycki D, Bengner M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2007;45(10):2518-26.
28. Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *J Clin Psychol.* 2009;65(6):627-38.
29. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169-83.
30. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011;187(3):441-53. Epub 16 sep 2010.

**Kommentera** denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)