

Torkel Djupmyr

Mindfulnessbaserad Metakognitiv Terapi (MBMT):

En ny behandlingsmodell baserad på mindfulnessbehandling
och metakognitiv terapi

Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, våren 2011

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Psykologisk institutt

Förord

I början av 2000-talet började jag intressera mig för yoga och meditation vid sidan av mina psykologistudier på NTNU i Trondheim. Detta intresse fördjupades under en sju månaders vistelse i Indien där jag deltog i yoga och mindfulnesskurser samt buddhistisk undervisning. Innan jag reste hade jag precis avslutat kurser i biologisk och kognitiv psykologi. Den här tiden har format min förståelse av psykisk hälsa och psykiska problem som nära förbundna med hur vi styr våra uppmärksamhetsresurser samt vårt förhållningssätt till tankar och vanor. Jag har senare haft förmånen att delta på flera spännande föreläsningar om metakognitiv terapi (MCT), en terapiform som passar bra ihop med mina personliga teorier. Intresset för mindfulnessbaserad behandling (MBT) och MCT har levt kvar genom hela min studietid och följt med mig in i mitt kliniska arbete.

I den här uppsatsen presenterar jag en behandlingsmodell som jag valt att kalla Mindfulness Based Metacognitive Therapy (MBMT). Denna är i huvudsak baserade på MBT och MCT och jag vill därför uttrycka min tacksamhet för det fantastiska arbete som ligger bakom de båda traditionerna. Min förhoppning är att andra skall kunna dra nytta av mina erfarenheter, oavsett vilken bakgrund de har.

Ett särskilt tack vill jag rikta till min älskade mor som stöttat mig genom hela mitt arbete och som behöll sin tro på mindfulness genom sin svåra sjukdom. Jag vill också tacka alla klienter som bidragit genom tusentals frågor, inspel och kommentarer. För personligt stöd, diskussioner och korrektur vill jag tacka min handledare Roger Hagen, min kära Gro, min far och min syster. Tillsammans med mindfulnesslärare och vänner har ni alla varit ovärderliga under arbetet med den här uppsatsen.

Abstrakt

En vanlig definition av mindfulness är ”att på ett särskilt sätt vara uppmärksam; avsiktligt, i nuet och utan att vara dömande” (Kabat-Zinn, 1994, s. 4, min översättning). Genom litteraturstudier och kliniskt arbete har jag undersökt fördelarna av att kombinera mindfulnessbaserade terapiformer (MBT) med metakognitiv terapi (MCT). Resultatet av mitt arbete presenteras i denna tredelade uppsats: 1) I första delen undersöker jag existerande teorier och tester för att ta reda på vad mindfulness är; 2) I del två undersöker jag om nyare studier och metakognitiv psykologi kan bidra till förståelsen av mindfulness och mekanismerna bakom mindfulness kliniska effekt; 3) Slutligen presenterar jag Mindfulness Based Metacognitive Therapy (MBMT) som är min egenutvecklade behandlingsmodell som växt fram ur kliniskt arbete med MBT och MCT.

Litteraturstudier visar att det fortfarande är för tidigt att dra några säkra konklusioner om mekanismerna bakom mindfulness och dess kliniska effekt. Detta kan delvis bero på oenighet i operationella definitioner och svårigheter att tolka folkliga vardagsbegrepp. Metakognitiv terapi har istället utvecklats direkt ur vetenskapliga studier och dess teori består därför av mer specifika modeller samt precisa och lättare testbara påståenden. Diskussionen av MBT och MCT tillsammans med en genomgång av tillgängliga mindfulnessstudier ledde till den nya operationella mindfulnessdefinition som presenteras i del två. Denna nya operationella definition guidar också den behandlingsmodell som jag presenterar i del tre. MBMT integrerar MBT med MCT och har visat sig lovande i mitt kliniska arbete, inte bara när det gäller att förebygga tillbakafall, men även för behandling av pågående psykiska syndrom. Förhoppningsvis kan den nya operationella definitionen och behandlingsmodellen MBMT bidra till bättre vetenskapliga studier som kan undersöka mekanismerna bakom mindfulness och dess kliniska effekt.

Innehållsförteckning

Abstrakt	5
Behov av en ny förståelse av mindfulness	9
Del I: Teoretiska definitioner av mindfulness	15
Självreglering av uppmärksamhet	15
Orientering mot egna upplevelser	16
Teori om två medvetandemodus	17
Mindfulnessstester	19
Del II: Kan nyare studier och metakognitiv psykologi bidra till förståelsen av mindfulness och mekanismerna bakom mindfulness kliniska effekt?	23
Grundläggande uppmärksamhetsfärdigheter	23
Två medvetandemodus	25
Acceptans och ickedömande	27
Reaktivitet	28
Sammanfattning av delen om mindfulness	30
Metakognition och metakognitiv terapi	31
Mindfulness: En ny operationell definition	35
Del III: En ny behandlingsmodell för mindfulness	39
Mindfulnessbehandling	39
Mindfulnessbaserade terapiformer (MBT) och Metakognitiv terapi (MCT)	40
Mindfulnessbaserad Metakognitiv Terapi (MBMT): En integrerad behandlingsmodell	42
Behandling baserad på MBMT	47
Första mötet med klienten	47
Empatiska samtal	48

Gemensam behandlingsfokus och undervisning	49
Problemlösning	50
Beteendebeskrivningar (Gradvis ökning i aktivitet)	51
Mindfulnessövningar	51
Mindfulnessfrämjande analogier och experiment	53
Mindfulness i vardagen och exponering	54
Avslutande konsultationer	55
Kasusexempel från polikliniskt arbete	57
”Eva”	57
Terapiförloppet	59
”Ole”	64
Konklusion	68

Behov av en ny förståelse av mindfulness

Mindfulness antas ha upptäckts av Buddha för ungefär 2500 år sedan. Det är vanligt att beskriva mindfulness som kärnan i de buddhistiska övningar som skall befria oss från lidande. Detta lidande antas bero på vår tendens att knyta oss för starkt vid vissa saker, samtidigt som vi utvecklar aversion mot andra. En annan orsak skall vara vår bristande förståelse för hur ting hänger ihop och då särskilt våra egna tankar, emotioner och världen som vi upplever den (Hanh, 1976; Hart, 1987; Kabat-Zinn, 1990). I svenska skrifter översätts mindfulness ibland med medveten närvaro (Kåver, 2006; Nilsson, 2004), men det är också vanligt att använda det engelska ordet i sin ursprungliga form. Även om många förknippar mindfulness med meditation, så är vi alla mer eller mindre medvetet närvarande inom loppet av en dag. Detta är möjligt just eftersom mindfulness handlar om att vara medvetet närvarande i ögonblicket oavsett vilken situation vi befinner oss i. Vi kan alltså vara medvetet närvarande medan vi dricker vårt morgonte, under samtalet med grannen, när vi går till jobbet eller när vi står och diskar.

Sedan 1970-talet har mindfulness allt mer etablerat sig både som ett begrepp och som en ny behandlingsform. Detta kan ses som en naturlig följd av att medveten närvaro i nuet är oförenligt med flera kognitiva strategier som är vanliga i samband med psykiska syndrom. Exempel på sådana missanpassade strategier är att grubbla över ting som redan skett, oro sig för framtiden eller att hela tiden bedöma sig själv och på så vis skapa och upprätthålla ångest eller dåligt humör. Inom psykologin har mindfulness både använts relativt fristående som komplement till traditionell terapi och i mer omfattande mindfulnessbaserade program, exempelvis Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) och Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007). Dessutom har det blivit allt vanligare att inkludera mindfulness i andra slags psykologiska interventioner, där Acceptance and

Commitment Therapy (ACT; Hayes, Follette, & Linehan, 2004) samt Dialektisk Beteende Terapi (DBT; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991) var tidigt ute. Från många olika områden rapporteras goda terapeutiska resultat från bruket av mindfulness, exempelvis för stress, smärta, sömnproblem och psoriasis (Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn et al., 1998); förstämningssyndrom och ångest (Kabat-Zinn et al., 1992; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000); missbruk (Marlatt & Kristeller, 1999); ätstörningar (Kristeller & Hallett, 1999); personlighetsstörningar (Linehan et al., 1991) och psykoser (Chadwick, 2006).

Flera omfattande översiktsartiklar bekräftar att mindfulness som behandlingsform stöts av empiriska studier, men de riktar samtidigt kritik mot små urval, metodologiska brister och bristande kontroll (Baer, 2003; Coelho, Canter, & Ernst, 2007; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Ivanovski & Malhi, 2007; Toneatto & Nguyen, 2007).

Med bakgrund i en omfattande analys av mindfulnessforskningen drog Ruth A. Baer (2003) konklusionen att mindfulnessbaserade behandlingsformer skulle kunna lindra och förbättra psykologisk funktion vid en rad olika mentala hälsoproblem. Men hon pekade samtidigt ut omfattande metodologiska brister och behovet av bättre operationaliserade, randomiserade och kontrollerade experiment innan vi kan bedöma effekten av mindfulness. Vidare föreslog hon att mekanismerna bakom klinisk förändring som följd av mindfulness bör undersökas grundligare och att behandlingsresultat blir undersökta med fler olika mätningar (Baer et al., 2003). Nya studier har delvis tagit fasta på denna kritik, men även om metaundersökningar (Coelho et al., 2007; Hofmann et al., 2010) visar på medel till god effekt för mindfulnessbehandling vid klinisk ångest och depression, så kvarstår ett behov för fler och bättre studier innan strikta vetenskapliga kriterier för evidensbaserade behandlingsformer är uppfyllda. För att bidra i detta arbete har jag valt att undersöka gällande operationella definitioner av mindfulness och nyare studier som undersöker mekanismerna bakom mindfulness.

En av de vanligast förekommande definitionerna av mindfulness är ”att på ett särskilt sätt vara uppmärksam; avsiktligt, i nuet och utan att vara dömande” (Kabat-Zinn, 1994, s. 4, min översättning). En sådan definition fångar essensen i begreppet, men har visat sig för lite specifik för att guida forskningen. Istället har flera aktiva mindfulnessforskare samlats och utformat en mer detaljerad och helhetlig tvåkomponentsmodell för mindfulness.

Den första komponenten handlar om självreglering av uppmärksamhet på ett sådant sätt att den upprätthålls mot pågående upplevelser och därigenom tillåter ökat igenkännande av mentala skeenden i nuet. Den andra komponenten handlar om att anta en särskild orientering mot egna upplevelser i nuet vilket därför innebär ett förhållningssätt som karakteriseras av nyfikenhet, öppenhet och acceptans (Bishop et al., 2004, s. 232, min översättning).

Även om mindfulness också tidigare blivit presenterat som metakognition, så är det Williams (2008) som skapar en definition där mindfulness metakognitiva natur som ”medvetande om själva medvetandet” spelar en viktig roll. Denna idé har blivit grundläggande i Williams förståelse av mindfulness som ett av två medvetandemodus. Teorin bygger på att mindfulnesssträning leder till igenkännandet av ett konceptuellt drivet medvetandemodus och valmöjligheten att skifta till ett alternativt högre modus som han väljer att kalla mindfulnessmodus.

Williams har därför definierat mindfulness som:

(...) medvetandet som uppstår som en biprodukt av att odla tre relaterade förmågor:

- (a) att avsiktligt rikta uppmärksamheten mot de upplevelser som från ögonblick till ögonblick ger sig till känna i den inre och i den yttre världen,*
- (b) lägga märke till vanemässiga reaktioner till denna sorts upplevelser, ofta karakteriserade av aversion eller anknytning (som ofta resulterar i grubblande och undvikande),*
- (c) odla en förmåga att respondera på upplevelserna och våra reaktioner på dem med en attityd av öppenhet, nyfikenhet och medkänsla (Williams, 2008 s. 721, min översättning och formatering).*

En möjlig orsak till att mindfulness har svårt att komma över sina metodologiska problem kan vara att man i stort sett jobbar med att bekräfta ett redan färdigt mindfulnessbegrepp för att på så vis finna ut vad mindfulness är och vilka mekanismer som står bakom dess kliniska effekt.

Som kontrast har metakognitiv psykologi utvecklats från kliniska studier och välkontrollerade laboratoriestudier. Utifrån dessa har man utformat en empiriskt förankrad modell för självreglering; the Self-Regulatory Executive Function modell (S-REF; Wells & Matthews, 1996), som beskriver hur informationsbehandling vid emotionella störningar sker genom interaktion av bearbetning på tre olika nivåer: (1) Den första nivån består av automatisk bearbetning eller bearbetning på låg nivå som är snabb och stimulidriven; (2) sedan följer en nivå av kontrollerad bearbetning som ligger i vårt medvetande och är viljestyrd och uppmärksamhetskrävande; (3) samt slutligen ett antagande och självkunskaps lager som består av planer och information vi kan använda för att göra bedömningar eller ta

fram när vi skall hantera olika situationer. S-REF modellen används bland annat till att förstå de mekanismer som bidrar till att psykiska syndrom utvecklas och upprätthålls, samt för att finna verksamma faktorer bakom klinisk förändring vid metakognitiv terapi (Wells, 2000). S-REF modellen bygger på vetenskapliga studier samt tydliga operationella definitioner och modeller. Tillsammans med mindfulness egenskap av metakognition är det därför intressant att undersöka om metakognitiv terapi har något att tillföra i vår förståelse av mindfulness samt de mekanismer som ligger bakom den kliniska effekten av mindfulness.

I den här uppsatsen har jag valt att undersöka följande tre områden i ett försök att förstå mindfulness och dess plats inom klinisk psykologi:

- 1) Vad är mindfulness? I första delen undersöks existerande teori och tester utformade för att mäta mindfulness.
- 2) Kan nyare studier och metakognitiv psykologi bidra i förståelsen av mindfulness och mekanismerna bakom mindfulness kliniska effekt? Del två undersöker först studier av mindfulnessmekanismer och försöker sedan svara på om metakognitiv psykologi har något att tillföra till en ny operationell definition av mindfulness.
- 3) Slutligen vill jag presentera min egen behandlingsmodell som växt fram ur mitt kliniska arbete med mindfulness, men där också delar av metakognitiv psykologi har blivit integrerat till stor del på grund av dess tydliga teori, specifika modeller och mer precisa samt lätt testbara påståenden.

Del I: Teoretiska definitioner av mindfulness

I inledningen presenterades en definition av mindfulness som ”att på ett särskilt sätt vara uppmärksam; avsiktligt, i nuet och utan att vara dömande” (Kabat-Zinn, 1994, s. 4, min översättning). En sådan bred definition hjälper till att kommunicera mindfulness, samtidigt som mer specifika definitioner är nödvändiga för att guida forskningen. Jag önskar därför ge en något grundligare redogörelse för komponenterna 1) självreglering av uppmärksamhet och 2) en speciell orientering mot upplevelser, så som de föreslagits i tvåkomponentmodellen (Bishop et al., 2004).

Självreglering av uppmärksamhet

Uppmärksamhetskomponten i Bishop et al. (2004) antas bestå av färdigheter som att upprätthålla och flytta uppmärksamheten, inhiberande av bearbetande processer samt förbättrad ickeriktad uppmärksamhet. Exempel på inhiberande av bearbetande processer kan vara att inte stanna kvar och grubbla runt tankar eller känslor.

Att hålla uppmärksamheten i nuet, ofta med andningen som ankare (eller referenspunkt) antas öka vår förmåga att upptäcka förnimmelser, känslor och tankar, när de uppstår i ögonblicket som en del av våra skiftande upplevelser. Vidare antas förmågan att flytta tillbaka uppmärksamheten efter att man lagt märke till sinnesförnimmelsen bidra till att vårt medvetande i större grad kan vara förankrat i nuet. Detta betyder att självreglering av uppmärksamheten leder till att vi utvecklar ett medvetande fritt från bearbetning av tankar, känslor och förnimmelser. Mindfulness är därför en direkt upplevelse av alla sinnesförnimmelser så som de uppstår, utan att vi exempelvis börjar, analysera, grubbla, bekymra oss eller evaluera dem. Mindfulness är inte tankeförträngning eller distraktion, utan först när vi registrerat de kroppsliga eller själsliga förnimmelserna dirigeras uppmärksamheten tillbaks till andningen eller den omedelbara upplevelsen i nuet. På så vis

antas att sekundär bearbetning av tankar, emotioner eller förnimmelser inhiberas. Genom att frigöra uppmärksamheten från bearbetande tankeverksamhet frigörs också mer resurser som kan användas till informationsbehandling i nuet och som annars skulle hamna utanför vår upplevelse. Till sist antas mindfulness bidra till *beginners mind*. Beginners mind betyder att vi kan observera upplevelser så som de är, utan att de filtreras genom tidigare upplevelser, antaganden, förväntningar eller önskemål. Detta antas bland annat vara associerat med bättre förmåga att upptäcka oväntat stimuli i okända omgivningar. Sammanfattningsvis föreslår man att fördelarna med den första komponenten i mindfulness åtminstone delvis kan bero på en direkt förbättring i grundläggande uppmärksamhet som är mätbar med traditionella uppmärksamhetstester (Bishop et al., 2004).

Orientering mot egna upplevelser

Den andra komponenten i Bishop et al., (2004) tvåkomponentmodell handlar om att anta en särskild orientering mot sina egna upplevelser. Genom att utövaren förpliktigar sig till att upprätthålla en attityd av nyfikenhet mot alla upplevelser, ses tankar, känslor och förnimmelser som relevanta och därför som subjekt till observation. Utövaren försöker på intet sätt producera något speciellt tillstånd av avslappning eller på annat sätt förändra det han upplever. Istället anstränger han sig för att bara uppmärksamma varje tanke, känsla eller förnimmelse så som den uppstår i medvetande strömmen. På det viset tar utövaren en ståndpunkt av acceptans gentemot varje ögonblick av sin upplevelse. Acceptans definieras som att vara upplevelsemässigt öppen för verkligheten i nuet. Detta innebär att vi tar ett medvetet beslut för att överge varje agenda för att ha en annorlunda upplevelse, samtidigt som det är en aktiv process för att tillåta nuvarande tankar, känslor och förnimmelser (Bishop et al., 2004). Mindfulness handlar därför om att relatera öppet till upplevelser i en aktiv process,

där klienten själv väljer att ta emot det som erbjuds med en attityd av öppenhet och ömsesidighet, oavsett vad som dyker upp i medvetandet.

Mindfulness antas ligga närmare tillstånd än drag, men i definitionen har man istället valt att referera till det som ett medvetandemodus, då mindfulness snarare är en psykologisk process som kan utvecklas med övning. Det poängteras också att mindfulness inte är begränsat till meditation utan är ett modus vi kan låta växa fram eller aktivt utveckla för alla möjliga livssituationer (Bishop et al., 2004).

Teori om två medvetandemodus

I inledningen presenteras en del av bakgrunden till Williams (2008) teori, där poängen är att begreppet mindfulness ursprungliga betydelse som medvetandet om medvetandet själv, är synonymt med dagens definitioner av metakognition. Genom att bygga vidare på mindfulness som ett modus skiljer Williams mellan a) ett högre mindfulnessmodus och b) ett lägre modus karakteriserat av en test-operate-test-exit sekvens. Det senare drivs av våra reaktioner på inre upplevelser och av att vi bedömer utfallet från de reaktionerna. Exempelvis kan sekvensen starta då vi stöter på en situation eller ett problem. Vi testar då ett antagande om hur vi kan lösa situationen innan vi sätter igång en handling, för att till sist testa utfallet av vår handling. Om resultatet upplevs som lyckat upphör vi att kognitivt bearbeta problemet och går vidare. Test-operate-test-exit sekvensen är vanligtvis både funktionell och nödvändig för att vi skall klara oss genom enkla handlingar i vardagen, men den är inte lika funktionell i alla sammanhang. Om vi inte uppnår de resultat eller finner de svar vi önskar finns en risk att vi fastnar i en negativ spiral som består av kognitiva försök på att förändra vår nuvarande upplevelse. Dessa försök kännetecknas ofta av grubblande, undvikande, perfektionism och ickeadaptiva självguider. Williams föreslår som beskrivet i inledningen att vi kan ta oss ur detta missanpassade modus och istället kultivera ett mindfulness modus, om

vi 1) medvetet riktar uppmärksamheten mot inre och yttre upplevelser i nuet, 2) lär oss att uppmärksamma vanemässiga reaktioner till den typen av upplevelser, ofta karakteriserade av anknytning eller aversion och 3) kultiverar en förmåga att respondera på upplevelserna och våra reaktioner till dem med en attityd av öppen nyfikenhet och medkänsla.

Williams (2010) har efter detta utvecklat sin tankegång i förhållande till vårt evolutionsmässiga behov för ett signalsystem som uppmärksammar oss på förändringar. För att ett sådant signalsystem skall fungera så måste en signal som blivit aktiverad slås av igen innan den kan signalera nya förändringar. Williams föreslår att vi har a) ett konceptuellt-språkligt baserat-medvetandemodus, som gör det möjligt att kognitivt testa situationer och problem utanför nuet samt b) ett distinkt annorlunda sensoriskt perceptuellt medvetandemodus som är knutet till direkta upplevelser i nuet. Trots att vi har mycket nytta av ett konceptuellt modus när det gäller vardagsuppgifter eller konkret problemlösning, så möjliggör det också att vi kan grubbla över ting som redan skett eller oroa oss för framtiden. På så vis kan ett konceptuellt modus bidra till att upprätthålla eller utveckla psykiska syndrom från emotioner som ursprungligen är menade som kortvariga signaler. Williams menar att vi oftast befinner oss i ett konceptuellt modus, men att det är viktigt att skapa balans mellan dessa två kompletterande modus. Genom att vara mer medvetna om och oftare välja vårt sensorisk-perceptuella modus både i meditation eller i vardagen, antas vi bli mer förankrade i nuet och inte fastna lika lätt i det konceptuella modus som antas upprätthålla och skapa negativa emotioner (Williams, 2010).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att försök att definiera mindfulness både handlar om vart vi väljer att rikta vår uppmärksamhet och hur vi väljer att förhålla oss till de upplevelser som vi blir medvetna om. En viktig del av mindfulness är därför dess metakognitiva natur som övervakar och kontrollerar övrig kognition. Forskare som har försökt utforma tester för att mäta mindfulness, har åtminstone delvis utgått från ovanstående

definitioner. Ändå skiljer sig innehållet i dessa tester från tidigare definitioner av mindfulness och därför följer en kort presentation av försök på att mäta mindfulness.

Mindfulnessstester

Det vanligaste sättet att mäta mindfulness, är att använda mindfulnessstester bestående av kvantitativa frågescheman. Med hjälp av dessa har man försökt att undersöka vad som ingår i mindfulness och hur dess underliggande struktur ser ut. Eftersom ett frågeschema kräver en definition av det som skall mätas samt att man väljer ut relevanta frågor, så representerar varje enskilt frågeschema en operationell definition av mindfulness. Flertalet av tillgängliga mindfulnessstester mäter mindfulness som ett karakteristiskt drag, det vill säga som en personlig egenskap eller som en samling färdigheter som personen besitter. Även om mindfulnessdrag visat sig vara relativt stabila så är de utformade för att vara sensitiva till förändring, exempelvis som följd av mindfulnesssträning. Andra tester har valt att mäta mindfulness som tillstånd och kan därför användas direkt före och direkt efter en kortare mindfulnessinduktion. Nedan följer en kort presentation av fem vanligt förekommande mindfulnessstester tillsammans med en något grundligare beskrivning av the Five Facet Mindfulness Questionnaire, eftersom den utvecklats ur de fem frågescheman som jag börjar med att presentera:

The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006) har utvecklats på deltagare i en mindfulnessmeditationsretreat och är utformad för att användas på erfarna meditatörer. Testet mäter ickedömande observation i nuet och det att vara öppen mot negativa upplevelser. Trots att undersökande faktoranalys föreslår fyra facetter; mindful närvaro, ickedömande acceptans, att vara öppen mot upplevelser och insikt, så rekommenderas att testet används som endimensionell test av mindfulness.

The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003) mäter vardaglig mindfulness och har operationaliserats som en generell tendens att vara uppmärksam och medveten om upplevelser i nuet, med ett antagande om att mindfulness består av endast en faktor. Även om exempelvis acceptans ses som en viktig del av mindfulness så antar man att detta fångas upp som en del av att rikta full uppmärksamhet i nuet.

The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004) och senare the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2006), mäter också vardaglig mindfulness som ett endimensionellt begrepp, trots att den är designad att mäta uppmärksamhet, medvetande, fokus i nuet och ickedömande acceptans.

The Kentucky Inventory of Mindfulness (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) är designad för att mäta vardaglig mindfulness och dess operationalisering är baserad i en förståelse av mindfulness hämtad från Dialektisk Beteende Terapi (DBT). KIMS består av faktorerna: observera, beskriva, medvetet handlande och ickedömande acceptans. KIMS är den enda av de här testerna som inte bara är designad för att mäta olika element av mindfulness, men som också fick en flerfaktormodell bekräftad med konsistenta resultat från utforskande och bekräftande faktoranalyser.

The Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008) är utvecklad i förhållande till behandling av psykosor och speciellt designad för att mäta graden av mindfulness i förhållande till obehagliga tankar och inre bilder. Trots att testet representerar flera olika mindfulnessaspekter, som t.ex. medveten observation, acceptans, låta gå, ickeaversion och ickedömande, så passar en endimensionell faktorstruktur bäst.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ Baer et al., 2006, 2008) utvecklades genom att de fem mindfulness-tester som just presenterats—och i något fall tidigare

versioner av testerna–kombinerades i en utforskande faktoranalys. Resultaten antydde en femfaktormodell för mindfulness med följande faktorer:

- Observera *inkluderar att notera och uppmärksamma inre och yttre upplevelser så som förnimmelser, kognitioner, emotioner, syn-, ljud- och smakintryck.*
- Beskriva *refererar till att namnge inre upplevelser med hjälp av ord.*
- Medvetet handlande *inkluderar att vara medveten om och uppmärksamma sina egna aktiviteter i nuet och kan kontrasteras med att handla mekaniskt medan uppmärksamheten är riktad mot någonting annat (ofta benämnt som att gå på autopilot).*
- Ickebedömande *av inre upplevelser refererar till att inta en ickeevaluerande ståndpunkt mot tankar och känslor.*
- Ickereaktivitet *mot inre upplevelser, är en tendens att tillåta tankar och känslor komma och gå utan att bli fångad i dem eller dras med (Baer et al., 2008, sid 330, min översättning och formatering).*

Trots att existerande mindfulness-tester visar goda psykometriska egenskaper är det osäkert i vilken grad de verkligen mäter mindfulness. Även om analyser indikerar bra korrelationer mellan de olika testerna så skiljer delar av innehåll och definitioner mellan dem. Dessutom skiljer mindfulness-tester sig från de vanligaste operationella definitionerna av mindfulness. Andra svagheter kommer av att testerna är helt baserade på självrapporter. Detta medför bland annat att man förväntar sig att deltagare klarar att minnas sina upplevelser av att vara medvetna eller inte tillbaka i tiden oavsett vilka upplevelser de räknar som viktiga eller inte. Förändringar som hittats genom mätningar före och efter en mindfulnesskurs kan därför

bero på att deltagare börjar se nya typer av upplevelser som viktiga. Exempelvis, kan det att lägga märke till känslan av regnet mot en kind betyda olika saker för en som känner till mindfulness och en som inte gör det, något som också stöttas av att observera betes sig olika hos meditatörer och ickemeditatörer (Baer et al., 2008).

Ett annat problem uppstår då man exempelvis mäter begrepp som ickereaktivitet och ickedömande, vilka inte behöver vara direkta mindfulnessmekanismer, utan istället kan förstås som ett resultat av mindfulness, eller frånvaro av något som inte är mindfulness. Rapporterad konvergerande och diskriminerande validitet skulle därför kunna bero på ett cirkulärt resonemang, där mindfulness delvis definieras som frånvaron av de samma symptom och processer man mäter. Studier som visar att mindfulness mätt med den här typen av tester ökar som en följd av mindfulnesssträning och samtidigt fyller Baron och Kennys (1986) kriterier för att förmedla mellan mindfulnesssträning och psykisk hälsa, bidrar dock till bättre validitet för testerna. Testerna är ännu de bästa verktyg vi har för att bedöma graden av mindfulness, både inom en population och i mätningar före och efter en intervention. Samtidigt bör man vara försiktigare med att använda dem för att jämföra grupper med och utan mindfulnesserfarenhet.

Att det förekommer skillnader mellan olika operationella definitioner och dagens mindfulness tester gör att det finns ett behov av att undersöka om nyare studier på området stödjer gällande definitioner, eller om det finns behov för en ny operationalisering av mindfulness. I nästa del undersöker jag därför om tillgängliga mindfulnessstudier och metakognitiv terapi har något att tillföra till en ny operationell definition av mindfulness.

Del II: Kan nyare studier och metakognitiv psykologi bidra till förståelsen av mindfulness och mekanismerna bakom mindfulness kliniska effekt?

Grundläggande uppmärksamhetsfärdigheter

I del två undersöker jag om nyare studier kan bidra med förståelse av mekanismerna bakom mindfulness. Syftet är att skapa en djupare förståelse för hur mindfulness fungerar. Dessutom önskar jag undersöka i vilken grad de bekräftar de operationella definitioner som presenterades i den första delen av den här uppsatsen samt om det finns något behov för en ny operationell definition av mindfulness.

Jag börjar här med att undersöka grundläggande uppmärksamhetsfärdigheter. I likhet med andra vardagsbegrepp har det visat sig svårt att finna någon gemensam definition av uppmärksamhet. Wells och Matthews (1994, s. 10) har valt en bred definition av begreppet som; "*the selection or prioritisation for processing of certain categories of information*". En sådan definition öppnar för en helhetlig förståelse av den roll uppmärksamhet har för mindfulness. Detta diskuteras i ett senare avsnitt av den här uppsatsen där mindfulness jämförs med S-REF modellen. Jag har valt att ta utgångspunkt i Posner och Petersens (1990) indelning av uppmärksamhet i *orienting*, *conflict monitoring* och *alerting*, eftersom begreppen underlättar en sammanfattning av de befintliga studier som undersökt grundläggande uppmärksamhet.

Orienting handlar om att välja ut information från sensorisk input och kan undersökas med tester av koncentration och fokuserad uppmärksamhet. Flera interventions- och laboratoriestudier tolkas som bevis för att orienting förbättras efter mindfulnessinterventioner (Chambers, Lo, & Allen, 2007; Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Valentine & Sweet, 1999). *Conflict monitoring* består av exekutiva funktioner, exempelvis att lösa konflikter eller välja mellan olika responser och kan mätas i egenskap av exekutiva

funktioner som att växla mellan olika stimuli. Bland annat har flera studier som använt sig av Stroop-testet gett stöd åt att mindfulnessinterventioner leder till ökad conflict monitoring (Moore & Malinowski, 2009; Ortner, 2007; Valentine & Sweets, 1999; Wenk-Sormaz, 2005). Medan orienting och conflict monitoring definieras som uppifrån-och-ned-processer så beskrivs *alerting* som en nedifrån-och-upp-process, bestående av att uppnå och upprätthålla ett alert tillstånd. Alerting kan testas som receptiv ickeriktad uppmärksamhet och två studier stöttar förbättring i objektigenkänning och alerting som följd av mindfulnesssträning (Anderson, Lau, Segal, & Bishop 2007; Jha et al., 2007).

Resultaten som har presenterats här är inte entydiga och inte alla studier har funnit samband mellan mindfulness och grundläggande uppmärksamhet. Bland annat fann inte Jha et al. (2007) någon ökning i conflict-monitoring trots att de fann förbättring i orient och alerting. Chambers et al. (2007) som undersökte flera uppmärksamhetsvariabler fann bara stöd för förbättring i arbetsminne och processer under orient. Och Anderson et al. (2007) som inspirerats av tidigare resultat designade den kanske mest grundliga studien av mindfulness och uppmärksamhet. Trots att de använde en tidig version av Toronto Mindfulness Scale (TMS; Lau et al., 2003), för att direkt relatera mindfulness med uppmärksamhet samtidigt som man undersökte alla tre uppmärksamhetskomponenterna i en randomiserad kontrollerad studie, fann man bara bevis som antyder att objektigenkänning kan förbättras som följd av deltagande i en MBSR-kurs.

Sammanfattningsvis har vi funnit en del stöd för att uppmärksamhet förbättras av mindfulnesssträning, men också motsägande resultat. Ett av problemen med studier av sambandet mellan mindfulness och grundläggande uppmärksamhetsfärdigheter är att det fortfarande finns relativt få studier, som dessutom är svåra att jämföra på grund av olikheter i operationella definitioner. Framtida studier bör vara tydligare i sin definition, både av uppmärksamhet och av dess roll i mindfulness. I tillägg behövs fler randomiserade

kontrollerade studier tillsammans med analyser som undersöker om uppmärksamhet förmedlar effekten av mindfulness på exempelvis välmående eller psykiska symptom. Tills vidare önskar jag presentera en alternativ hypotes, som passar bra ihop med resultat från Anderson et al. (2007). Jag föreslår därför att det inte är nödvändigt att förbättra grundläggande uppmärksamhetskompener för att bli mer medvetet närvarande, utan att det räcker att vi riktar vår redan tillfredsställande uppmärksamhet på ett nytt sätt. Därför är det också viktigt att undersöka Williams antagande om att vi kan välja mellan två olika medvetandemodus.

Två medvetandemodus

Om vi kombinerar Williams modus från artiklarna skrivna i 2008 och 2010, så får vi följande två modus:

- a) Ett mindfulnessmodus förankrat i upplevelser i nuet och som är av sensorisk perceptuell karaktär; och
- b) ett konceptuellt språkligt drivet modus kännetecknat av bearbetning utifrån en test-operate-test-exit sekvens.

Williams teori stöts bland annat av studier som redovisar ett signifikant samband mellan högre nivåer av mindfulness mätt som drag och förmågan att ”låta gå” av konceptuellt drivna processer som negativa tankar (Frewen, Evans, Maraj, Dozois, & Patridge, 2007), självrelaterade mål (Crane et al., 2008), grubblande, undvikande (Kumar, Feldman, & Hayes 2008) och tankar relaterade till självorienterad perfektionism (Argus & Thompson, 2007). I den här uppsatsen har jag valt att definiera alla sådana konceptuella processer som reaktioner på inre aktivering. Avsnittet om reaktivitet som kommer senare i den här uppsatsen ger därför ytterligare indirekt stöd för två separata medvetandemodus.

Här vill jag dock fortsätta med att presentera de kanske starkaste bevisen för två separata medvetandemodus hämtade från neurologiska studier och framförallt studier som sett på hjärnaktivitet med hjälp av Funktionell Magnetic Resonance Imaging (fMRI). FMRI studier visar att distinkta nätverk i hjärnan är aktiverade, inte bara hos personer som deltagit i någon form av mindfulnessbaserad kurs eller retreat (Farb et al., 2007; 2010; Goldin & Gross 2010; Goldin, Ramel, & Gross, 2009), utan även hos personer som har rapporterat högre mindfulness mätt som drag (Way, Creswell, Eisenberger, & Lieberman, 2010). Dessutom har man i två studier använt electroencephalogram (EEG) för att mäta hjärnaktiviteten hos deltagare i antingen en MBSR eller MBCT kurs och funnit signifikant större vänstersidig aktivering hos de med mindfulnesserfarenhet, vid ett eftertest. Denna typ av vänstersidig aktivering är sedan tidigare associerad med positiv affekt (Barnhofer et al., 2007; Davidson et al., 2003).

Ytterligare stöd för två olika medvetandemodus kommer från studier som undersöker om det finns distinkt olika former av självfokus. Självfokus är känt för att medföra en negativ effekt vid ångest och förstämningssyndrom (Wells 2000). Trots att självfokus är en viktig komponent i mindfulness, stöttar metaanalyser (Coelho et al., 2007; Hofmann et al., 2010) påståendet att mindfulness skulle kunna ha en klinisk effekt för samma syndrom. Att självfokus har olika effekt på personer med starkare mindfulnessmodus jämfört med dem som oftare aktiverar konceptuella modus, stärker därför teorin om två eller flera medvetandemodus. I en laboratoriestudie lät Watkins och Teasdale (2004) deprimerade klienter läsa igenom en grubblingsuppgift, för att sedan under lika lång tid antingen tänka analytiskt, eller fokusera på vad de upplevde i nuet i förhållande till varje påstående. Resultaten visade signifikant mindre generella minnen, grubblande och problem med distraktion efter användande av upplevelsebaserat självfokus jämfört med analytiskt självfokus. Farb et al. (2007) fann liknande resultat när de randomiserade deltagare till en 8

veckors MBSR grupp eller väntelista samtidigt som alla tränades upp på skillnaden mellan ett berättande–språkligt drivet–fokus, eller upplevelsemässigt fokus baserad på upplevelser i nuet. Författarna refererar till tidigare studier som hittat samband mellan ett berättande fokus och aktivitet i kortikala mittlinjeområden, samt i högerlateraliserade nätverk. FMRI undersökningar fann att upplevelsemässig fokus gav viss reduktion i kortikala mittlinjeområden hos noviser. Hos MBSR gruppen var reduktionen både signifikant större och involverade inte bara mittlinjeområden utan även de högerlateraliserade nätverken. Att berättande eller upplevelsemässig fokus leder till olika aktivering och att reduktionen var störst hos dem som övat mindfulness ger några av de mest direkta bevisen för två distinkt olika medvetandemodus. Dessutom ger de stöd åt att mindfulnessövning stärker ett upplevelsemässigt framför ett konceptuellt modus.

Sammanfattar vi den här empirin, så går det att konstatera att mindfulness som ett av två medvetandemodus stötts av flera olika slags studier. För det första har laboratoriestudier och interventionsstudier funnit bevis för att olika medvetandemodus är associerade med olika slags kognitiva processer och för det andra visar neurologiska studier att olika neurala nätverk är aktiverade vid olika modus. Nästa fråga är vilka mekanismer som hjälper oss att skifta från ett konceptuellt modus till ett mindfulnessmodus och vad som hjälper oss att upprätthålla ett sådant modus. Jag har redan diskuterat grundläggande uppmärksamhet och går därför vidare med andra möjliga mindfulnessmekanismer så som acceptans, ickedömande och ickereaktivitet.

Acceptans och ickedömande

Acceptans är ett begrepp som finns med i de flesta definitioner av mindfulness och antas spela en viktig roll i existerande behandlingsmodeller. Det går att argumentera för att poster som mäter åtminstone delar av begreppet acceptans finns representerat i flertalet av

de mindfulnessstester som presenterats tidigare. Interventionsstudier har dessutom funnit stöd för att mindfulnesssträning leder till ökad acceptans (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007; Orzech, Shapiro, Brown, & McKay, 2009). Trots detta har acceptans ifrågasatts som en egen del av mindfulness. Exempelvis inkluderade Brown och Ryan (2003) först begreppet som en komponent i MAAS, för att senare ta bort det på grund av dålig differentialvaliditet. Inte heller Baer et al. (2008) fann tillräckligt stöd för en acceptansfacett i FFMQ. Istället skriver författarna att ickedömmande och ickereaktivitet åtminstone mäter delar av ett acceptansbegrepp. Detta blir mer tydligt med ett exempel: När vi känner oss fyllda med ångest, så kan acceptans handla om att låta bli att bedöma och att inte reagera självkritiskt i förhållande till upplevelsen (ickedömmande), eller att låta bli att reagera undvikande och att inte använda trygghetsbeteenden eller börja oroa oss som en respons på upplevelsen (ickereaktivitet).

Sammanfattningsvis antyder studier att acceptans kan vara en viktig del av mindfulness, samtidigt som det är ett begrepp som saknar differentialvaliditet och en god operationell definition. Istället ser det ut som om andra mekanismer ger en bättre förståelse av sambandet mellan mindfulness och acceptans. Faktoranalys har föreslagit att ickedömmande och ickereaktivitet kan vara bättre alternativ till acceptans och i nästa avsnitt undersöks därför vilken roll begreppen har vid mindfulness.

Reaktivitet

Olika reaktioner på psykiskt obehag, som till exempel grubblande, oro eller försök att undvika upplevelser eller tankar, har tidigare bara räknats som symptom eller bieffekter av psykiska problem. På senare tid har man börjat förstå att denna typ av reaktioner också kan bidra till att utveckla och upprätthålla olika psykiska syndrom (Wells 2000). Inom metakognitiv terapi har man därför börjat kartlägga dessa begrepp, något som exempelvis

medfört att man funnit ut att undvikande, trygghetsbeteenden, selektiv uppmärksamhet och oro utgör en viktig roll i att utveckla och upprätthålla ångestsyndrom, medan grubblande, tankeförträngning och depressivt beteende är vanligare vid depression. Alla liknande processer kan ses som mänskliga reaktioner på en inre aktivering i vårt medvetande, eller i vissa fall på att automatiska processer aktiveras redan innan de nått vårt medvetande. Jag har valt att dela in olika typer av mänskliga reaktioner i aktiv och passiv reaktivitet. Aktiv reaktivitet är alla kognitiva eller beteendemässiga reaktioner som vi använder för att reagera på inre aktiverade upplevelser. Aktiv reaktivitet inkluderar därför reaktioner vi medvetet utför, men även automatiserad informationsbehandling där vi kan återta kontrollen genom att först uppmärksamma processen och sedan låta den gå, genom att utan att göra bedömningar föra uppmärksamheten tillbaka till sensoriska och perceptuella upplevelser i nuet. Som passiv reaktivitet räknar jag istället de reaktioner som är omöjliga eller mycket svåra att bringa under kontroll, exempelvis spontana enskilda kognitioner i form av automatiska bilder eller tankar, spontana emotioner och autonoma reaktioner.

Grubblande är den enskilda form av aktiv reaktivitet som blivit mest studerad. Bland annat har två interventionsstudier jämfört kontrollgrupp med deltagare i MBSR respektive MBCT kurser. Resultaten visar att grupperna som övat mindfulness var signifikant relaterade till minskning av grubblande mätt före och efter interventionerna (Goldin et al., 2009; Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004). Resultaten har också replikerats i en studie som jämfört Vipassana (buddhistisk mindfulness) meditation med en kontrollgrupp (Chambers et al., 2007), samt i två randomiserade kontrollerade studier som har undersökt bland annat grubblande i studenturval och funnit stöd för att mindfulness signifikant minskar grubblande jämfört med både kontrollgrupp och alternativ behandling (Jain et al., 2007; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). Trots att det finns en mängd olika typer av reaktivitet så förekommer det endast ett fåtal studier för andra sorts reaktivitet än

grubblande. Bland dessa finns visst stöd för att mindfulnesssträning reducerar kognitiv reaktivitet (Raes, Dewulf, Heeringen, & Williams, 2009), försök att undvika tankar (Bowen, Witkiewitz, Dillworth, & Marlatt, 2007; Hepburn et al., 2009) samt användandet av distraktion (Jain et al., 2007).

Vi kan ändå förvänta oss att mindfulness leder till en minskning av flera olika typer av reaktivitet, då övning i mindfulness just handlar om att inte reagera på olika typer av inre aktiverande upplevelser. Innan vi kan dra vetenskapliga konklusioner och säga vilken roll reaktivitet spelar för mindfulness, behövs dock bättre operationaliserade och kontrollerade studier, både för grubblande och andra begrepp. Nya studier bör också på allvar försöka göra något åt det cirkulära resonemang, som uppstår eftersom de mindfulnessmekanismer man försöker undersöka ofta är i stort sett de samma som den beroende variabel man hoppas mäta.

Sammanfattning av delen om mindfulness

Min genomgång av studier som fokuserat på mindfulnessmekanismer visar varierande resultat samt begränsningar både i form av antal och i kvalitet. Trots bristerna stöttas flera av de grundläggande antagandena i tidigare mindfulnessdefinitioner. Om vi sammanfattar de starkaste bevisen kan vi konstruera en operationell definition bestående av delar från tvåkomponentmodellen (Bishop et al., 2004), Williams (2008, 2010) teori, och från de studier som presenterats i den här uppsatsen. Fast det är osäkert om förändringar i grundläggande uppmärksamhet är nödvändiga för ökad mindfulness, så stöttar studier en enklare operationell definition där vi styr vår uppmärksamhet mot upplevelser i nuet, så att vi kan uppmärksamma ett konceptuellt modus och välja att låta detta gå. På detta sätt antas vi skifta till ett alternativt mindfulnessmodus. Ett mindfulnessmodus kan i grova drag sägas bestå av att oftare använda sig av receptiv uppmärksamhet, med ökad förmåga att känna igen inre aktivering och mindre välanpassad informationsbehandling, tillsammans med en förmåga

att låta gå eller låta upplevelser och emotioner vara så som de är, utan att göra bedömningar av eller att reagera på inre spontan aktivitet så som psykiskt eller fysiskt obehag eller ovälkomna tankar. Genom att över tid öva sig på att låta ett konceptuellt modus gå och på så sätt välja ett mindfulnessmodus ser det även ut som om ett mindfulnessmodus blir stärkt. Kanske kan det bero på att alternativa automatiska responser deautomatiseras, eller på att vi lär oss känna igen dem och låta dem gå och att detta med tiden blir mer automatiserat. Men detta är än så länge bara hypoteser. I min genomgång av mindfulnessstudier kom jag fram till att mekanismerna i mindfulness är lite undersökta. I frånvaro av kunskap om mindfulnessmekanismer är det istället vanligt att använda operationella definitioner där mindfulness definieras som frånvaron av mekanismer som hör till ett konceptuellt modus. Jag anser därför att det finns ett behov för en ny mindfulnessdefinition som istället bygger på närvaro av mindfulnessmekanismer. Innan jag försöker att skapa en egen operationell definition önskar jag därför se närmare på metakognitiv psykologi och terapi. Syftet är att undersöka om dessa har något att tillföra i förståelsen av vad mindfulness är och vilka mekanismer som ligger bakom mindfulness kliniska effekt.

Metakognition och metakognitiv terapi

Metakognition har definierats som kognition av kognition. Metakognition övervakar, kontrollerar och bedömer produkter och processer i medvetandet (Wells & Matthews, 1996; Wells 2009). Något förenklat kan man säga att traditionell kognitiv psykologi fokuserar mer på innehållet i en persons kognition eller *vad* han tänker, medan metakognitiv psykologi i stället lägger vikt vid *hur* en person tänker omkring sina tankar (Wells & Matthews, 1994).

Wells (2009) skriver att bakgrunden till hans metakognitiva teori är observationer som antyder att människor konstruerar och reviderar antaganden aktivt, med

hjälp av inre regler och att det därför finns ett behov för en kognitiv psykologi som skapar förståelse för samspelet mellan självkunskap och emotionella störningar. När man började skapa en sådan teori blev det viktigt att definiera och försöka förstå de inre kognitiva processer, mekanismer och regler som ligger bakom de mindre funktionella tolkningar och antaganden som blir en del av klienternas situation. Genom att se på medvetandet som ett dynamiskt självreglerande system utvecklades the Self-Regulatory Executive Function modell (S-REF) för att ta hänsyn till mer dynamiska kvaliteter (Wells & Matthews, 1996). S-REF modellen bygger på att informationsbearbetning vid emotionella störningar sker genom interaktion av bearbetning på tre olika nivåer:

- 1) automatisk bearbetning eller bearbetning på låg nivå som är snabb och stimulidrivna
- 2) kontrollerad bearbetning som ligger i vårt medvetande och är viljestyrd och uppmärksamhetskrävande
- 3) ett antagande och självkunskaps lager, som består av planer och innehåller information vi kan använda för att göra bedömningar eller ta fram när vi skall hantera olika situationer

S-REF modellen kan antingen aktiveras av egen vilja eller när stimuli från lägre nivåer aktiverar diskrepans mellan det verkliga självet och ett idealtillstånd för självet. Teorin går ut på att de tre nivåerna jobbar kontinuerligt och dynamiskt tillsammans, med målet att bearbeta informationen så att diskrepansen försvinner. På så vis behandlar modellen ömsesidiga kausala samspel mellan multipla kognitiva komponenter, som antaganden, metakognition, uppmärksamhetskontroll, pågående bearbetning och självreglering (Wells & Matthews, 1996). Vidare antar man att en bidragande orsak till att utveckla eller upprätthålla emotionella störningar beror på en speciell konfiguration av S-REF bearbetning. Denna

konfiguration kallas kognitivt uppmärksamhetssyndrom (KUS). KUS varierar mellan olika typer av syndrom men kan generellt sägas bestå av; förhöjd självfokus med begränsningar i uppmärksamhetskapacitet, begränsningar i effektivitet vad gäller kognitiv funktion, påverkan som kan leda till fel i uppmärksamheten och aktivering av självrelevant kunskap. Vanliga informationsbearbetningsstrategier vid KUS är grubblande och oro, samt strategier som undvikande och användandet av beteenden som är menade att skapa trygghet (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994). Undvikande och trygghetsbeteende hindrar klienten från att få korrigerande upplevelser av att bemästra situationen, på så vis att psykologiska syndrom kan upprätthållas eller förvärras.

Förutom tre nivåer av kognition och KUS så är det ytterligare några begrepp som återkommer i metakognitiv teori om vår kognition. Wells (2009) skriver om två modus, som innebär två olika perspektiv att välja mellan; ett objektmodus och ett metakognitivt modus. När vi behandlar information i objektmodus bedömer vi tankar och intryck som sanna representationer av det som sker i världen. På så vis upplever vi även hot som sanna hot mot självet och som något vi måste skydda oss emot. Detta kan leda till att vi styr uppmärksamhetsresurser och copingförsök mot att övervaka och förhindra vissa upplevelser. På så sätt kan KUS vara ett försök att hantera dess hot. I ett metakognitivt modus har vi mer distans till våra tankar. Det är som om vi tagit ett steg tillbaks och ser på tankarna utifrån. Genom att inte vara ett med våra tankar ökar vår möjlighet att evaluera dem och vi behöver inte godta dem som reella representationer av verkligheten.

Centralt i metakognitiv terapi är att vi har ett val mellan att engagera oss i objektmodus och KUS eller ett metakognitivt modus med *desengagerad mindfulness* (DM). DM handlar om att klara av att ta ett steg tillbaka och se på sina egna tankar och inre upplevelser utan att reagera på dem. En metakognitiv terapeut arbetar för att hjälpa sin klient att bli medveten om dessa modus och valmöjligheten att skifta mellan dem. Han kombinerar

ofta en sådan kunskap med analogier och beteendeeexperiment som kan skapa restrukturerande upplevelser. Det är också vanligt att använda sig av en uppmärksamhetsträning där klienten i något som liknar en mer traditionell meditationsövning riktar sin uppmärksamhet mot olika ljud, antingen genom att koncentrera sig på ett ljud i sänder, genom att växla mellan olika ljud eller genom att lyssna efter så många ljud som möjligt samtidigt. Detta antas stärka uppmärksamhetsförmågor som fokuserad uppmärksamhet, förmåga att skifta uppmärksamhet och delad uppmärksamhet. Dessa färdigheter antas i sin tur hjälpa klienten att uppmärksamma objektmodus och KUS, för att skifta till metakognitivtmodus och DM. En mekanism som visat sig viktig om man vill skapa terapeutisk förändring, är att utmana de metakognitiva antaganden en person har. Redan när terapeuten lär känna klienten försöker han skapa sig en bild av vilka positiva metakognitiva antaganden klienten har och sedan utmana dessa genom samtal eller övningar. Positiva metakognitiva antaganden är antaganden som klienten har om fördelarna med egen kognition och egna strategier. Ett exempel för grubblande kan vara ”det här måste jag tänka på, så att jag kan ta reda på varför jag är deprimerad”. Ett liknande exempel för oro kan vara ”jag måste tänka på allt som kan gå fel så att jag är riktigt förberedd”. Negativa metakognitiva antaganden är på motsvarande sätt antaganden om nackdelarna med specifika kognitioner eller strategier, exempelvis ”jag klarar inte av att sluta grubbla”, eller ”jag oroar mig så mycket att jag är rädd att bli galen”. Studier antyder att positiva metakognitiva antaganden kan vara en mekanism som förmedlar effekten mellan en inre upplevelse och KAS, eller det att använda specifika strategier. Negativa metakognitiva antaganden står istället för en signifikant del av variansen mellan KAS och psykiska syndrom (Wells, 2000; 2009).

I tillägg till allt detta så är konfigurationer av informationsbehandling ett centralt begrepp inom metakognitiv teori. Konfigurationer av informationsbehandling består av vår personliga tanke- och reaktionsstil, som består av det specifika mönster av kognitiva processer

som är aktiverade vid en speciell tid (Wells, 2000). Tillsammans gör dessa att olika personer har sina egna individuella sätt att bearbeta information på och att reagera på. Den tillfälligt aktiverade konfigurationen med informationsbehandling avgör därför hur en specifik situation blir betraktad och vilket agerande som följer. Den konfiguration som Wells ägnar störst uppmärksamhet är just S-REF konfigurationen vilken är utvecklad i klinisk forskning och hjälper oss att förstå psykiska syndrom. S-REF konfigurationen blir rigid och fastlåst om ett mål inte kan nås. Detta medför en syn på psykiska störningar som delvis orsakade av, eller upprätthållna av, opassande copingstrategier i samband med svårigheter att nå upp till ett mål. Det enklaste sättet att hantera potentiellt hotfulla situationer är att undvika dem eller att låta någon annan utföra uppgiften. En annan problematisk aspekt är att personer med förstämningssyndrom eller ångestsyndrom ofta använder inre information, från känslor, minnet, eller självantaganden, när de skall göra bedömningar. På så vis upprätthålls en negativ självbild eller upplevelser av hot. I metakognitiv psykologi antar man därför att människor fastnar i emotionella störningar på grund av metakognitioner som leder till att de responderar på ett sådant sätt, på egna inre upplevelser, att de upprätthåller emotionerna och stärker negativa idéer.

Mindfulness: En ny operationell definition

Genomgången av existerande empiri relaterad till mindfulness ger en god inblick i begreppet, samtidigt som saknaden av studier som undersökt mindfulnessmekanismer blir allt mer tydlig. Istället för analyser av mindfulnessmekanismer, så har de flesta studier fokuserat på frånvaron av mekanismer som passar bättre ihop med ett konceptuellt modus och som i större eller mindre grad är oförenligt med mindfulness. Därför har det varit särskilt intressant att undersöka vad metakognitiv psykologi har att tillföra i förståelsen av mindfulness. Trots att mindfulness har definierats som metakognition så

undersöker de flesta definitioner och studier av mindfulness i första hand begrepp och mekanismer på en lägre kognitiv nivå. Det är också här som vi finner den största skillnaden mellan mindfulness och metakognitiv psykologi. Metakognitiv psykologi har i detta fall nått längre när det gäller att undersöka och operationalisera högre metakognitiva komponenter, så som metakognitiv kunskap, övervakning och kontroll av egen kognition (Wells, 2000, 2009). Eftersom det är just den sorts komponenter som inte blivit tydligt definierade i tidigare mindfulnessdefinitioner, så önskar jag föreslå en ny operationell definition. Denna nya definition baserar jag på en kombination av tvåkomponentmodellen, Williams uppdelning av medvetandet i två modus och på S-REF modellen. Baserad på ovanstående kombination har jag därför valt att definiera mindfulness på följande sätt:

Mindfulness består av receptiv uppmärksamhet i interaktion med metakognitiv kunskap, strategier och planer som tillsammans guidar vår uppmärksamhet så att vi kan;

- 1) känna igen ett konceptuellt modus kännetecknat av aktiv reaktivitet och aktiv informationsbehandling
- 2) låta detta modus gå och skifta till ett modus med ökat sensoriskt och perceptuellt medvetande.

Ur en sådan definition framstår ett mindfulnessmodus som kännetecknas av en större grad sensoriskt perceptuellt medvetande. Jämfört med ett konceptuellt modus frigör detta kapacitet för en ökad receptiv uppmärksamhet och en ökad tillgång till vår metakognitiva kunskap, strategier och planer. Samtidigt tycks ökat sensoriskt perceptuellt medvetande balansera och delvis neutralisera överengagemang i vårt konceptuella modus.

En möjlig mindfulness mekanism blir utifrån den här definitionen ett medvetande som är starkare förankrat i ett sensoriskt perceptuellt modus. Detta antas göra det

lättare att hålla medvetandet i nuet och att skifta tillbaks när vi upptäcker delar av ett konceptuellt modus. Det är möjligt att mindfulnesssträning över tid bidrar till att stärka ett sådant modus och att det med övning blir allt enklare att hålla uppmärksamheten på upplevelser i nuet, så som sensoriska förnimmelser och varseblivning av andra inre upplevelser. Även om detta kan bero på förbättrade uppmärksamhetsfärdigheter, så är det inte säkert att traditionella uppmärksamhetsstudier klarar att fånga upp en sådan förändring eftersom de mäter uppmärksamhet av andra slag än receptiv uppmärksamhet mot inre upplevelser. En utmaning för framtida studier blir därför hur man skall kunna operationalisera och undersöka om det faktiskt sker en ökning i förmågan att observera och känna igen olika slags inre upplevelser över tid.

Det viktigaste bidraget från S-REF modellen, är en helhetlig modell för vår kognition, som inte bara gör det möjligt att definiera ett medvetande modus, utan också hjälper oss att definiera och förstå flera olika konfigurationer av informationsbehandling (Wells, Matthews, 1996). Därför kan man också använda S-REF modellen för att undersöka både ett konceptuellt modus och ett mindfulnessmodus. Ett rimligt antagande är att dessa till stor del sammanfaller med det objektmodus och det metakognitiva modus som Wells (2000) föreslagit. När det gäller synen på uppmärksamhet, övervakning och kontroll finns det stora likheter mellan mindfulness-teori och metakognitiv teori, medan vi ser att de största skillnaderna handlar om vilken betydelse man tillmäter metakognitiv kunskap, planer och strategier. Detta är ett område som västvärldens mindfulness-teori säger förvånansvärt lite om. Särskilt med tanke på att Vipassanameditation betyder insiktsmeditation och att buddhister i alla tider hävdat att det viktigaste med mindfulness är att det leder till insikt i sambandet mellan våra tankar, upplevelser och förståelse av världen (Hart, 1987; Ivanovski, & Malhi 2007). Genom att integrera denna högsta S-REF nivå har vi skapat en operationell definition

av mindfulness som inte längre är beroende av att definiera mindfulness som frånvaro av konceptuella mekanismer, utan som mekanismer som är närvarande vid mindfulness.

Den nya operationella definitionen som jag har föreslagit kan i sin tur komma att påverka utformandet av framtida mindfulnessstester. Ett antagande är att det blir aktuellt att inte bara mäta hur vi upplever och reagerar på världen, men även vilka metakognitiva antaganden som hos den enskilda individen är med och påverkar hur vi styr vår egen kognition. En annan framtida uppgift blir att undersöka om den här definitionen håller för vetenskaplig granskning. Ett led i den processen bör vara att undersöka om Wells (2009) frågeschema för metakognitiva antaganden har något att tillföra till nya mindfulnessstester. I tillägg bör man utforma mindfulnessspecifika metakognitiva antaganden och undersöka deras validitet. Så långt har författaren inte utfört några studier för att undersöka sin teori. Däremot har teorin formats och provats ut i poliklinisk behandling och erfarenheter härifrån antyder att den är användbar både för att förstå enskilda kasus, bidra till att förmedla mindfulness och för att skapa en tydlig behandlingsmodell som integrerar mindfulness och metakognitiv terapi. I den tredje och sista delen presenterar jag därför den behandlingsmodell som är resultatet av mitt teoretiska och kliniska arbete.

Del III: En ny behandlingsmodell för mindfulness

Mindfulnessbehandling

Här, i del tre av uppsatsen, diskuterar jag utformningen av en behandlingsmodell baserad på den nya operationella definitionen av mindfulness som jag föreslagit i del två. Utifrån mindfulnessdefinitionen bör en behandlingsmodell påverka individens metakognitiva kunskap och innehålla övningar för att förbättra receptiv uppmärksamhet. Ett annat antagande är att övningar som kan stärka vår förankring i ett sensoriskt perceptuellt modus och förmåga att låta gå kan bidra till att stärka mindfulness. I del två av den här uppsatsen såg vi hur acceptansbegreppet blivit ifrågasatt som en del av mindfulness. Trots detta finns det goda argument för att en viktig del av mindfulnesssträning handlar om att lära sig acceptera både fysiskt och psykiskt obehag samt oönskade tankar.

Traditionell mindfulnesssträning baserar sig huvudsakligen på olika former av mindfulnessmeditation, ofta kombinerade med yoga eller aktiva försök på att upprätthålla ett mindfulnessmodus i vardagen. I litteratur ända sedan Buddhas tid beskrivs också hur meditation kan kombineras med andra tekniker. Exempel på olika slags mindfulnessinterventioner kan vara samtal mellan lärare och elev, undervisning, exponeringsträning, experiment och hemövningar (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007; Hanh, 1976; Hart, 1987). Huvudsyftet med de olika slags mindfulnessinterventionerna är att stärka klientens förmåga att leva i ett mindfulnessmodus. Som en del av detta ingår att hjälpa individen till nya upplevelser som ger en direkt insikt i egen kognition (Kabat-Zinn, 1990). Sådana upplevelser kan stärka klientens metakognitiva kunskap eller direkt påverka de metakognitiva antaganden, planer och strategier som styr hur klienten förhåller sig till sina upplevelser. Interventioner hämtade från mindfulnessbaserade terapiformer (MBT) och

metakognitiv terapi (MCT) innehåller därför många likheter och en kort jämförelse av de två inriktningarna presenteras i nästa avsnitt.

Mindfulnessbaserade terapiformer (MBT) och Metakognitiv terapi (MCT)

Här följer en kort jämförelse mellan MBT och MCT där jag valt att fokusera mer på likheter än skillnader. Detta är ett medvetet val, eftersom jag blivit allt mer medveten om likheterna, ju mer jag har jobbat med båda traditionerna.

Både MBT och MCT framhåller att det inte är något fundamentalt fel med klienten, samt att vi inte kan förändra omedelbara upplevelser utan bara hur vi väljer att förhålla oss till dessa. Ett viktigt antagande är att psykiska syndrom åtminstone delvis skapas och upprätthålls av klientens metakognitiva; antaganden, kunskapslager, planer och strategier. Båda behandlingstraditionerna fokuserar därför på samtal och undervisning för att öka förståelsen för psykiska syndrom och vad som orsakar dessa, samt övningar som skall ge nya upplevelser och på så sätt bidra med att förändra klientens metakognitioner. I MCT försöker man lära klienten känna igen ett ickeadaptivt objektmodus kännetecknat bland annat av KAS för att istället växla till ett metakognitivt modus Wells (2009). I MBT fokuserar man på att lära sig känna igen ett ickeadaptivt konceptuellt modus och byta till ett mer sensorisk perceptuellt modus (Williams, 2008). Detta antas främja mindfulness och på så vis ett metakognitivt modus.

Även de övningar som används inom både MBT och MCT liknar varandra. Detta inkluderar uppmärksamhetsövningar, analogier och tankeexperiment. Bland annat används tankeexperiment som kan ge klienten en direkt upplevelse av att inte kunna kontrollera eller förtränga egna tankar, samt övningar som bidrar till ökat desengagemang. Mindfulness har ändå fått kritik för att vara motsägande och ickekonsistent i förhållande till *desengagerad mindfulness* (DM, Wells, 2009). Definitioner av mindfulness där

vardagsbegrepp som nyfikenhet och acceptans har operationaliserats som enkla uppmärksamhetsprocesser och att låta upplevelser vara så som de är (Bishop, 2004) står närmare DM. Det bör dock tilläggas att DM har definierats som ett mer avgränsat begrepp än mindfulness som operationaliserats som bredare metakognition. Uppmärksamhetsträning används i både MBT och MCT men tar naturligt en större plats inom MBT där meditation spelar en mer framträdande roll. Både MBT och MCT använder exponering, hemövningar samt registrering av tankar och känslor för att ge mer insikt i egen metakognition.

En av de tydligaste skillnaderna mellan MCT och MBT är att MBT använder omfattande mindfulnessmeditation som kan tänkas bidra till en starkare förankring i ett sensoriskt perceptuellt modus (Williams, 2008). Det är möjligt att detta kan ge fördelar när det gäller att upprätthålla ett mindfulnessmodus eller att tidigare upptäcka konceptuell aktivitet (eller aktivitet i objektmodus). I sådana fall är det möjligt att förmågan att skifta till ett mindfulness/metakognitivt modus blir starkare. Om införandet av sådan träning i MCT skulle stärka ett metakognitivt modus återstår dock att undersöka.

En annan viktig skillnad är att MCT i större grad framhåller användandet av tydliga modeller för olika psykiska syndrom samt en tydlig *konceptualisering* (föreställning/teoribildning) av varje specifik klient. MCT psykologer sätter också upp klara mål med behandlingen och försöker att förändra sättet vi tänker på genom att exempelvis sluta att använda oss av KAS (Wells; 2009). Även om man önskar att uppnå samma effekt med hjälp av mindfulnesssträning så har man valt att angripa problemen ur ett något annorlunda perspektiv. Bland annat fokuserar man mer på att vända uppmärksamheten direkt mot upplevelsen, så som den är, utan att försöka förändra den. Detta beror bland annat på att MBCT har formats av studier som visar att försök att undvika negativa resultat ser ut att begränsa vår kognitiva flexibilitet och handlingsrepertoar. Samma studier antyder att om vår intention istället är att närma oss, eller rikta vår uppmärksamhet direkt mot det vi upplever, så

ökar vår kognitiva flexibilitet och motivation. Detta innebär att en mindfulnesslärare inte önskar främja försök att undvika reaktivitet eller uppmärksamhet utan att skapa samma förändring genom att vända uppmärksamheten direkt mot upplevelsen, så som den är, utan att försöka förändra den och utan att aktivt börja bearbeta informationen i ett konceptuellt modus (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007). MBT innehåller också en mindre formell exponering än MCT. Trots de likheter som finns mellan MBT och MCT så är de flesta mindfulnessbehandlingar gruppbaseade och anpassade till antingen generella problem eller inriktade på att förhindra återfall hos redan behandlade klienter (Williams et al., 2007; Baer, 2003; Coelho et al., 2010; Ivanovski & Malhi, 2007; Toneatto & Nguyen, 2007). Metakognitiv terapi är däremot utvecklad för att användas direkt i behandling av pågående syndrom (Wells; 2009). MCT borde därför vara av intresse för terapeuter som vill använda mindfulnessbehandling vid pågående syndrom.

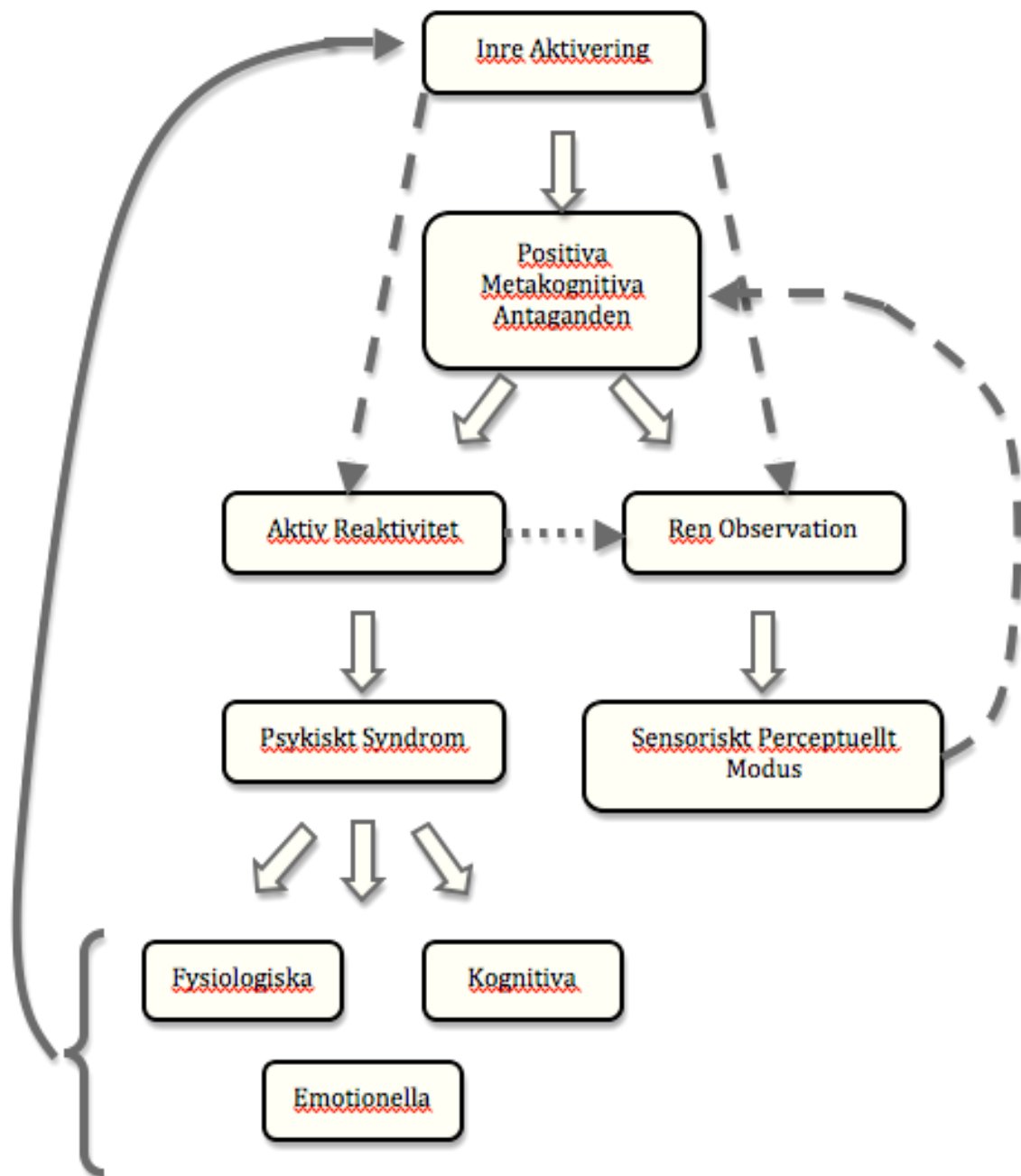
Den som verkligen letar kan säkert finna fler skillnader mellan MBT och MCT. Jag anser dock att likheterna är tillräckligt stora för att istället kombinera det bästa från de båda terapiformerna. I resten av uppsatsen presenterar jag därför en behandlingsmodell baserad på både MBT och MCT.

Mindfulnessbaserad Metakognitiv Terapi (MBMT): En integrerad behandlingsmodell

Det här avsnittet tar utgångspunkt i de stora likheter som finns mellan mindfulnessbehandling och MCT. Författarens förhoppning är därför att inspirera andra terapeuter att lära sig mer om både MBT och MCT för att kunna integrera dessa i en personlig behandlingsrepertoar. Det spelar antagligen en mindre roll huruvida tyngdpunkten ligger på MBT eller MCT . Det blir istället en uppgift för framtida forskning att forma den mest effektiva behandlingsmodellen för olika syndrom och olika personligheter. Min egen

behandlingsmodell som guidar mig i mitt dagliga arbete är kanske i något större grad baserad på MBT och mindfulness eftersom det är här jag känner mig mest hemma. Jag kommer därför att presentera min Mindfulnessbaserade Metakognitiva Terapi (MBMT) i förhoppning om att den kan vägleda och inspirera andra terapeuter som önskar att integrera MBT och MCT.

Utifrån S-REF modellen har Wells (2009) utvecklat flera olika behandlingsmodeller specifikt anpassade till olika psykiska syndrom. Syftet med dessa är förutom att guida behandlingen både att bidra vid bedömningsfasen och i kontraktsfasen. I bedömningsfasen skapar terapeuten utifrån samtal med klienten en konceptualisering, det vill säga en grov sammanfattning av klienten och hans problem. I kontraktsfasen kan en sådan konceptualisering användas för att förmedla terapeutens förståelse och tillsammans med klienten utformas en gemensam fokus för behandlingen. En terapeut med god insikt i mindfulnessbehandling kan med fördel kombinera de olika behandlingsmodellerna från metakognitiv psykologi med MBSR (Kabat-Zinn, 1990) eller MBCT (Williams et al., 2007) behandling. Här har jag dock valt att presentera en modell som blivit speciellt utformad för att bidra till konceptualisering, kontraktsbyggande och behandling vid Mindfulnessbaserad Metakognitiv Terapi (MBMT). MBMT modellen bygger på min teoretiska förståelse av mindfulness utarbetad i del två av den här uppsatsen och har inspirerats av S-REF modellen och Wells (2009) MCT modell för depression.



Figur 1: Behandlingsmodell för Mindfulness Based Metacognitive Therapy (MBMT)

Figur 1 visar den generella MBMT modellen för behandling av psykiska syndrom. Pilar som leder till vänster sida av modellen föreställer ett konceptuellt modus, medan höger sida av modellen representerar ett mindfulnessmodus. Den senare innehåller också det sensoriskt perceptuella modus som finns med i definitionen från del två i den här

uppsatsen. MBMT modellen har som nämnts blivit inspirerad av Wells (2009) metakognitiva modell för depression och flera av begreppen är de samma.

Eftersom vi hela dagarna bombarderas med information som väljs bort redan innan den trängt in till vårt medvetande, så börjar modellen först där stimuli redan valts ut och trängt in i medvetandet. I modellen representeras detta av *inre aktivering*. På grund av tidigare vällyckade försök att använda olika kognitiva strategier och planer har varje individ skaffat sig en unik uppsättning *positiva metakognitiva antaganden*. Med detta menas antaganden om fördelar med att använda sig av olika typer aktiv reaktivitet. Exempel på positiva metakognitiva antaganden som sätter igång grubblande kan se ut så här: ”Om jag tänker efter noga så kanske jag kommer på varför jag är på så dåligt humör”, eller ”om jag tänker på varför jag misslyckades så kanske jag inte behöver göra om felet”. På samma vis kan det vara antaganden som handlar om att man borde äta mat eller dricka alkohol för att känna sig bättre, eller om fördelen med att tänka på allt som kan gå fel, för att vara förberedd inför en resa. De positiva metakognitiva antagandena är i sin tur med och aktiverar den form av *aktiv reaktivitet* eller KAS som vi tror kan hjälpa oss att få det bättre, exempelvis grubblande, oro, undvikande, trygghetsbeteenden, alkoholbruk eller trösttätande. Wells (2009) har redan funnit stöd för att positiva metakognitiva antaganden är associerade med ett ökat användande av grubblande och oro. MBMT modellen baserar sig på antagandet att detta gäller även för andra sorters reaktivitet, men det återstår att undersöka detta vetenskapligt. Den streckade pilen som går från inre aktivering direkt till aktiv reaktivitet visar att stimuli genom upprepade reaktioner över tid kan automatiseras. På så vis antas att stimuli automatiskt kan aktivera reaktivitet, så att vi först efteråt blir fullt medvetna om att vi börjat grubbla, oroa oss eller börjat använda andra reaktioner. Denna del av modellen bygger på mindfulnesssteori och har ännu inte blivit empiriskt utprovad.

Studier av MCT modellen för depression har visat att grubblande över tid leder till negativa metakognitiva antaganden som antas förmedla mellan grubblande och *psykiska syndrom* (Wells 2009). I denna förenklade behandlingsmodell har jag utelämnat negativa metakognitiva antaganden, men i klientarbetet kan det vara fruktbart att undersöka även dessa. Jag brukar därför–något felaktigt– karakterisera dem som symptom. Vid vetenskapliga studier rekommenderas istället Wells (2009) MCT modell för depression. Alternativt kan modellen kompletteras med negativa metakognitiva antaganden som möjlig förmedlande variabel mellan aktiv reaktivitet och psykiska syndrom. MBMT modellen i figur 1 har jag förenklat genom att rita en pil direkt från aktiv reaktivitet till *psykiska syndrom*. Psykiska syndrom innehåller i sin tur *fysiologiska, kognitiva och emotionella symptom*. Från dessa följer en lång pil som går helt tillbaks till inre aktivering i toppen av modellen. Pilen visar hur symptomen i sin tur kan fungera som en ny inre aktivering. Detta gör att klienten kan fångas i en negativ spiral driven av metakognitiva antaganden och aktiv reaktivitet.

Den högra delen av modellen visar istället hur vi med intention kan observera inre aktivering så som den är genom ren observation. På så vis kan vi lära oss att växla från ett konceptuellt modus (vänster del av modellen) till ett *sensoriskt perceptuellt modus* till höger. Genom mindfulnessmeditation får klienten upprepad övning i detta och antas bli allt mer förankrad i ett sensoriskt perceptuellt modus (Williams, 2008). Detta visas i modellen med hjälp av en streckad pil mellan inre aktivering och *ren observation* som framhäver hur vår receptiva uppmärksamhet gör oss mer medvetna om olika fysiologiska, kognitiva och emotionella upplevelser. Med hjälp av meditation antas klienten uppnå insikt och ny metakognitiv kunskap baserad på egna upplevelser (Kabat-Zinn, 1990). Här kan klienten gång på gång lägga märke till hur uppmärksamheten vandrar iväg och hur han börjar engagera sig i tankeverksamhet eller annan reaktivitet. När klienten upptäcker detta instrueras han att bara observera vad som sker. På så vis kan han åter låta aktiviteten i detta konceptuella modus gå

och istället förflytta uppmärksamheten till ett mer *sensoriskt perceptuellt modus*. Den streckade pilen från sensoriskt perceptuellt modus till positiva metakognitiva antaganden visar hur detta leder till insikt och nya positiva metakognitiva antaganden om fördelarna med att bara observera tankar och upplevelser i ett mindfulnessmodus. Dessutom antas insikt om samband mellan reaktivitet och kognitiva fysiologiska och emotionella upplevelser leda till att gamla ickeadaptiva metakognitiva antaganden försvagas.

Jag har hittills argumenterat för likheterna mellan MCT och MBT och presenterat en behandlingsmodell för MBMT. I resten av uppsatsen följer en beskrivning av hur terapeutiskt arbete baserat på MBMT kan utformas och två kausbeskrivningar som visar hur jag använt detta i mitt eget arbete.

Behandling baserad på MBMT

Här följer en kort beskrivning av MBMT behandling. Den här texten är i första hand till för att visa hur en behandlingsmodell utifrån MBMT kan se ut i praxis och för att visa hur MBT och MCT kan kombineras. Läsare som önskar lära mer om de interventioner som ingår bör därför komplettera sin kunskap med redan existerande MBT och MCT litteratur (Kabat-Zinn, 1990; Wells, 2009; Williams et al., 2007).

Första mötet med klienten

Redan i första mötet med klienter kan MBMT modellen vara med och guida den kliniska intervjun och förbereda behandlaren på att ge en behandling anpassad för individen. På så vis är det också möjligt för behandlaren att tidigt kommunicera sin förståelse av klientens problem, vad som orsakar eller upprätthåller dessa samt hur mindfulness kan vara med och bryta en sådan negativ kedja. En viktig del i detta arbete handlar om att tillsammans med klienten undersöka vilka metakognitiva antaganden som styr valet av kognitiva planer

och strategier. På så vis lägger man tillsammans en grund för att utforska och utmana sådana ickeadaptiva metakognitioner (Wells, 2009). Flera klienter har kommenterat att feedback baserad på MBMT modellen stämmer precis med hur de har det. Erfarenhet säger att detta är en vanlig respons från klienter och att det utgör en bra grund för att hitta en gemensam behandlingsfokus samt att bidra med nödvändig motivation för att klienten skall komma igång och öva mindfulness hemma. En kartläggning utifrån MBMT modellen ger också en bra grund för undervisning kring vad som orsakar och upprätthåller psykiska syndrom samt vad man kan göra för att angripa detta på ett bättre sätt. Undervisning kring mindfulness och dess roll vid psykiska syndrom kan också dra nytta av en sådan kartläggning.

Empatiska samtal

Vid MBMT är det viktigt att klienten har tillräcklig tro på en behandlingsform där han systematiskt övar på att lära sig acceptera negativa emotioner och obehag så som de är utan att försöka förändra dem. Klienten blir också ombedd att lägga alla förväntningar och eventuella mål med behandlingen åt sidan för att bara öva utan att försöka ändra på sina upplevelser (Kabat-Zinn 1990). Detta ställer höga krav på terapeutens vilja att empatiskt lyssna på klienten och fråga ut klienten om dennes situation. Det är viktigt att terapeuten påbörjar detta arbete redan vid första samtalet, men också att han kontinuerligt fortsätter arbetet genom hela behandlingen. Om inte terapeuten tar sig tid att visa intresse och omtanke så kan det hända att klienten mister tron på att MBMT kan hjälpa just honom eller henne eftersom klienten lätt får föreställningar som ”min psykolog har inte förstått hur allvarliga problem jag har” eller ”mina problem är ju verkliga och något jag måste finna en lösning på.” Att ta sig tid och lyssna på klientens problem innebär också en naturlig utgångspunkt för undervisning kring mindfulness i vardagen, något som presenteras längre bak i den här uppsatsen. Det är en fördel om terapeuten själv har övat mindfulness och att han/hon har god

förståelse av MBMT så att han/hon kan delta i klientens berättelser utan att uppmuntra klientens konceptuella modus (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007).

Gemensam behandlingsfokus och undervisning

Inom loppet av de första klienttimmarna så är det viktigt att förhöra sig om klientens förväntningar och önskemål med behandlingen samt att presentera en idé om hur terapeuten kan hjälpa klienten. Eftersom terapeuten önskar skapa en gemensam behandlingsfokus som främjar MBMT behandlingen, så är det extra viktigt att fortsätta med undervisning utifrån MBMT modellen, noggrant balanserad med empatiska samtal. Terapeuten hjälper bland annat klienten förstå att dennes situation är helt normal och att han upplever naturliga och ofarliga reaktioner även om de kan vara starkt obehagliga. Vidare är det viktigt att tillsammans se på hur klientens egen kognition och försök att förändra upplevelser bidrar till att upprätthålla de psykiska problemen (Williams et al., 2007; Wells, 2009). Den kliniska intervjun baserad på MBMT modellen fångar ofta upp reaktioner på negativa emotioner eller obehag och de positiva metakognitiva antaganden som antas göra att klienten väljer att gå in i ett konceptuellt modus med olika slags aktiv reaktivitet. När terapeuten tillsammans med klienten undersöker hur dennes upplevelser passar in i MBMT modellen, så känner klienten ofta igen sig och det kan vara lättare att sälja in mindfulnessbehandling (höger del av MBMT-modellen). Här är det viktigt att både klient och terapeut förstår att mindfulnesssträning inte omedelbart förändrar någonting avseende emotioner, obehag eller psykologiska problem utan att detta är en process som tar tid. Dessutom bör klienten förstå att målet inte är att ta bort obehag eller negativa emotioner, utan att skapa ett nytt sätt att relatera till dem. Detta är ett sätt att relatera även till obehag och otrevliga emotioner med närvaro och acceptans, utan försök att förändra dem eller förtränga dem. Klienten får ha tålamod och behålla tron på att detta på sikt kan hjälpa honom att inte

fastna längre än nödvändigt i otrevliga upplevelser. Samtidigt kan den här slags närvaro i goda stunder bidra till att klienten upplever dessa starkare. På sikt kan detta leda till en bättre balans mellan livets goda och onda stunder (Kabat-Zinn, 1990).

Problemlösning

Ofta kommer klienten tyngd av verkliga problem och önskar hjälp med dessa. Här är terapeutens egen mindfulnesserfarenhet och förståelse för MBMT viktig. Det bästa terapeuten kan göra är att ta klientens problem på fullt allvar, lyssna på dem och visa empati. Detta lägger grunden för att hjälpa klienten att förstå att det viktiga inte är att finna en perfekt lösning på problemen utan hur denne väljer att förhålla sig till dem. Det är därför viktigt att undersöka hur klienten förhåller sig till problem och vad han har för antaganden kring hur han bör förhålla sig till dem. Denna typ av terapeutisk nyfikenhet, möjligen kombinerad med terapeutiska verktyg som mäter metakognitiva antaganden, kan ge god förståelse av positiva metakognitiva antaganden som driver klientens konceptuella modus och reaktivitet. Med bakgrund i den här informationen önskar terapeuten hjälpa klienten att själv förstå hur reaktivitet som grubblande eller oro kan vara en direkt orsak till eller en upprätthållande faktor, snarare än ett bra sätt att lösa problemen (Wells, 2009; Williams et al., 2007). Att ta beslut och lösa problem är dock en viktig del av livet och därför också en viktig del av att vara medvetet närvarande i sitt eget liv. Inom MBMT och mindfulness önskar man därför inte att vi skall sluta att lösa problem. Istället handlar det om att klienten kan lära sig att tillbringa mindre tid i ett konceptuellt *problemlösningssmodus* och bli tryggare i att komma till beslut och att acceptera de beslut han tar.

Beteendeinterventioner (Gradvis ökning i aktivitet)

Särskilt vid depression är en viktig del av behandlingen att klienten gradvis återupptar vanliga aktiviteter (Dimidjian et al., 2006). Min erfarenhet är dessutom att inaktiva klienter som börjar träna mindfulness kan bli så överväldigade av alla tankar och upplevelser att de har svårt att upprätthålla mindfulnesssträning och mindfulness i vardagen. Det kan därför vara enklare att öva närvaro i nuet för klienter som har en mer aktiv vardag. En viktig del av MBMT där klienten har ett pågående psykiskt syndrom, har därför blivit att undersöka klientens aktivitetsnivå och vid behov hjälpa honom att gradvis öka sin aktivitet. Det förekommer också att klienter är överaktiva och hela tiden måste hålla sig sysselsatta för att de inte klarar av att känna på obehag. I sådana fall kan det vara aktuellt att minska aktivitetsnivån. Det är dock fortsatt viktigt att klienten håller sig aktiv men inte i samma omfattning som tidigare.

Mindfulnesssträning

Formell mindfulnesssträning och undervisning kring mindfulness är ryggraden inom MBMT och utgör vanligtvis den största delen av behandlingen. Samtidigt är det vanligt att övriga interventioner tar utgångspunkt i klientens upplevelser från formella mindfulnessövningar eller mindfulness i vardagen (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007). Vid MBMT introduceras mindfulnesssträning redan tidigt i behandlingen parallellt med samtal och beteendeinterventioner. Övningar i mindfulnessmeditation inkluderar meditation där uppmärksamheten hålls på upplevelser i nuet. Vid exempelvis *kroppsskanning*, *yoga* och *gående meditation* är klienten särskilt uppmärksam på kroppsliga fönimmelser så som de uppstår ifrån ögonblick till ögonblick. Vid *sittande meditation* är det vanligast att använda sig av andningen och fönimmelser i anknytning till andningen som referenspunkt. I tillägg innehåller sittande meditation ofta övningar där uppmärksamheten särskilt vänds mot

emotioner, ljud och tankar utan att engagera sig i dessa och på så vis utan att gå in i ett konceptuellt modus. Det finns flera goda beskrivningar av mindfulnessprogram baserade på meditation och paket med cd skivor för den som vill få en djupare förståelse av mindfulnesssträning (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007). Terapeuter som önskar inkorporera mindfulness i sin behandling rekommenderas att själv delta i en mindfulnesskurs för att få en djupare förståelse av mindfulness och vad det innebär att genomgå mindfulnesssträning.

Efter att upprepade gånger introducerat mindfulnesssträning redan i andra eller tredje mötet med klienten så anser jag att det finns flera fördelar med att klienten börjar tidigt med mindfulnesssträning. Terapeuten bör dock fortlöpande evaluera klientens förståelse av mindfulnesssträning och klientens motivation. Om klienten visar brister i förståelse och motivation kan det vara en fördel att gå tillbaka och arbeta med klientens förståelse av MBMT modellen för psykiska syndrom och hur mindfulness kan användas för att skapa en ny relation till psykiska problem. Det kan då vara aktuellt att lägga vikten på undervisning, empatiska samtal och kontraktsbyggande, samt att tillsammans undersöka vad klienten upplever vid meditation och att använda experiment som kan främja mindfulness. I en del fall när motivationen saknats eller när klienten befunnit sig i en livssituation där denne har haft svårt att hitta tid till mindfulnessövning eller när han upplevt för mycket obehag förknippat med meditationen, har det visat sig lyckat att avbryta mindfulnesssträning för att återuppta den i ett senare skede av behandlingen. Ibland händer det att klienten uppnår tillräckligt mycket insikt enbart baserat på upplevelser genom mindfulnessmeditation så att övriga interventioner blir överflödiga. När så är fallet behöver terapeuten bara bekräfta och eventuellt vägleda klienten i dennes upplevelser baserade på mindfulnesssträningen. I andra fall kan behovet vara större av att kombinera mindfulnessmeditation med andra typer av MBMT kompatibla interventioner.

Mindfulnessfrämjande analogier och experiment

Det är inte alltid det finns behov för andra interventioner än mindfulnesssträning och mindfulness i vardagen, kombinerat med samtal om klientens upplevelser i förbindelse med övningarna. Andra gånger kan det vara desto mer användbart att introducera experiment som kan ge klienten insikt i egen metakognition och öka tron på mindfulness. Ett vanligt experiment är att ge klienten uppgiften att inte tänka några tankar alls under en längre period, alternativt att säga åt klienten att han under de närmaste minuterna inte får lov att tänka på exempelvis en vit björn eller en rosa elefant (Wells, 2009; Williams et al., 2007). Eftersom klienten misslyckas med uppgiften så får han en direkt upplevelse av att vi inte kan kontrollera våra tankar och att försök på att låta bli specifika tankar ofta får motsatt effekt. Detta är en nyttig lärdom eftersom mindfulness inte handlar om att bli kvitt tankar utan att vara särskilt uppmärksam på sinnesförmåelser samtidigt som alla andra upplevelser får lov att bara vara där. På samma sätt kan uppgiften att oavbrutet tänka tankar eller att hålla en blå tiger i tankarna ge insikt i att hjärnan av sig själv blir mindre intresserad av uppgiften över tid, snarare än att tankarna helt tar över klientens liv. Andra exempel på experiment och analogier som kan bidra till förståelsen av samband mellan konceptuell aktivitet, emotionella problem och mindfulness som ett alternativ till dessa, kan vara att se tankar som moln eller vagnar på ett tåg som man låter passera (Kabat-Zinn, 1990; Wells, 2009). Om vi i stället föreställer oss tankar som skådespelarna på en bioduk eller teaterscen så kan vi välja om vi bara vill se på pjäsen eller om vi skall springa upp på scenen och engagera oss (Williams et al., 2007; Nilsson 2004). Om klienten är särskilt rädd för vissa tankar så kan dessa med fördel aktiveras samtidigt som klienten får i uppgift att observera alla tankar på distans som om han tar ett steg tillbaks eller som om allt spelas upp på en bioduk eller en teater. På så vis kan klienten få en upplevelse av distans eller desengagemang till tankarna och en starkare

upplevelse av att tankarna inte är en del av klienten, utan något fristående från honom som han kan välja att bara observera och acceptera. Det vill säga att han kan låta tankarna vara som de är utan att behöva göra något åt dem.

Mindfulness i vardagen och exponering

Även om formell mindfulnesssträning antas stärka klientens förmåga att välja att gå in i ett mindfulnessmodus jämfört med ett konceptuellt modus så antas det viktigt att i tillägg öva mindfulness i vardagssituationer. Detta innebär att klienten övar att hålla uppmärksamheten på upplevelser i nuet, ofta baserade på andningen eller andra kroppsliga förmimmelser, medan han utför aktiviteter som exempelvis att diska, gå en promenad, träna eller dricka en kopp te (Kabat-Zinn, 1990; Hanh 1976). I förlängningen kan mindfulness användas i alla tänkbara situationer. Om klienten befinner sig i ett konceptuellt modus men blir medveten om detta så kan han medvetet byta perspektiv för att istället bara observera sina tankar så som de är och eventuellt byta till ett mer sensoriskt perceptuellt modus. Detta kan han göra genom att flytta uppmärksamheten mot de kroppsliga förmimmelser han har just nu. Att sedan fortsätta att vara uppmärksam i första hand på andningen eller andra kroppsliga förmimmelser antas underlätta för klienten att upprätthålla ett mindfulnessmodus. I ett mindfulnessmodus tillåts alla upplevelser, även tankar och emotioner, samtidigt som det inte är lika enkelt att fastna i ett konceptuellt modus. Ju oftare vi kommer ihåg att vara mindful i vardagen ju mer träning får vi. Därför har också en del tekniker utvecklats för att påminna oss att vara medvetet närvarande i vardagen. På en del meditationscenter ringer en klocka flera gånger per dag för att påminna deltagarna att vända uppmärksamheten mot andningen och mot sensoriska och perceptuella upplevelser i nuet (Hanh 1976). Alternativt kan man också bestämma sig för att komma tillbaka till andningen och upplevelser i nuet varje gång man tar i ett dörrhandtag, sätter sig i en stol eller har avslutat ett samtal. Var och en kan prova ut sina

egna ”mindfulnessklockor” samtidigt som målet på sikt är att vara mer medvetet närvarande i loppet av hela dagen, eller åtminstone att obehag och konceptuell aktivitet skall börja påminna oss att vända uppmärksamheten mot upplevelsen utan att behöva reagera på den (Kabat-Zinn, 1990).

Riktigt utförd mindfulnesssträning betyder att klienten samtidigt genomgår en naturlig exponeringsbehandling. I praktiken är det däremot lätt att klienter i svårare situationer som exempelvis vid starka fobier eller ångestframkallande situationer omedvetet fortsätter att använda sig av ickeadaptiv reaktivitet och KAS. Därför kan MBMT modellen och mer specifika metakognitiva modeller – lånade från MCT (Wells, 2009) – hjälpa oss att tillsammans med klienten kartlägga specifika positiva metakognitioner och KAS. Vid behov kan terapeuten sedan utforma en gradvis exponeringsbehandling specifikt anpassad för klientens aktuella symptom. När klienten på egen hand gör stora framsteg med att inkorporera mindfulness i vardagen kan det istället vara tillräckligt att tillsammans utforska klientens aktiva reaktivitet och göra honom medveten om fördelarna med att bara observera önskemål och impulser istället för att aktivt reagera. I praktiken innebär det att klienten fortsätter med det han påbörjat och låter alla obehag och impulser bara vara, utan att använda sig av aktiv reaktivitet eller KAS.

Avslutande konsultationer

En viktig del av MBMT antas vara att klienten får ett ägandeförhållande till sina egna framsteg, framförallt till de insikter som uppnås under mindfulnesssträning och genom experiment. Det är därför viktigt att terapeuten lägger sitt ego åt sidan och visar tålamod och tro på klienten. Genom att hålla sig i bakgrunden och subtilt bidra till att klienten uppmärksammar och förstår de upplevelser som han på egen hand skaffar sig genom mindfulnessövningar, exponering och experiment, kan terapeuten redan tidigt i behandlingen

bidra till att stärka klientens eget ägandeförhållande till sin utveckling. Om terapeuten har tagit hänsyn till detta genom hela behandlingen så får han/hon en lättare uppgift när det blir dags att tillsammans med klienten repetera och sammanfatta behandlingen. Terapeuten och klienten sammanfattar under de sista mötena möjliga riskfaktorer, inre aktiverande upplevelser, orsaker till psykiska problem samt vad som upprätthåller psykiska problem. I första hand är det önskvärt om klienten kan fortsätta att uppmärksamma sådana upplevelser och välja ett mindfulnessmodus istället. I många fall verkar klienternas träningsrutin upphöra när det gått en tid och därför är det också viktigt att gå igenom hur klienten kan handla om han känner igen farosignaler. Åtgärder kan handla om att leta fram anteckningar från tidigare behandlingsförlopp, börja träna mindfulness i vardagen samt att åter börja med formell meditation utifrån CD skivor eller tillgängliga meditationsgrupper. Dessutom är det viktigt att klienten ser över sina aktiviteter och upprätthåller en tillräckligt stimulerande och lagom aktivitetsnivå, tillsammans med socialt umgänge samt plats för egen tid och tid för vila. Det är viktigt att terapeuten är tydlig med att det är mycket vanligt med återfall och att klienten därför inte skall ta det som ett stort nederlag. Terapeuten kan också uppmuntra klienten att hellre söka hjälp tidigt än att vänta tills problemen blivit onödigt starka.

Tidigt i behandlingen ombads klienten att lägga ifrån sig alla mål och förhoppningar om förändrade upplevelser. Vid slutet av behandlingen kan det vara lika viktigt att återknyta till detta. En viktig poäng är att mindfulness inte handlar om att förändra någonting annat än hur vi förhåller oss till våra egna upplevelser (Kabat-Zinn, 1990). Det innebär att klienten för alltid kommer att ha både negativa och positiva upplevelser och att chanserna också är stora att han drabbas av återfall. Detta är jag som terapeut noga att förmedla tillsammans med att klienten nu vet att han kan leva med både obehag och eventuella återfall på ett nytt sätt, ett sätt som hjälper honom att inte förvärra eller förlänga lidandet. I tillägg brukar jag ta fram Prochaska & DiClemente's (1984) modell för olika faser

för förändring och prata med klienten omkring det att han redan har varit igenom alla faserna och därför inte behöver börja om helt från början nästa gång. Detta gäller även om han emotionellt skulle känna sig lika rädd eller deprimerad som tidigare. Alla människor upplever olika typer av smärtor och obehag i större eller mindre grad. Om klienten fortsätter att leva i nuet så kommer han upptäcka att livet även fortsättningsvis kommer att bjuda på både otrevliga och trevliga upplevelser, men att han inte behöver fastna helt i de otrevliga upplevelserna och därför lättare kan lägga märke till positiva upplevelser emellan negativa upplevelser. Kanske kan han då njuta lite mer när livet är bra och behålla hoppet när det är som tyngst. Allting förändras och om klienten kan vara med på den resan så blir livet mindre svartvitt.

Kasusexempel från polikliniskt arbete

”Eva”

Låt oss kalla första klienten för ”Eva”. Vi kan säga att Eva jobbade som konsulent i ett dataföretag något som passar relativt bra med den verkliga historien. Eva upplevde som barn ett svek då hennes far lämnade henne och hennes familj för att starta en ny–och som han sade bättre–familj på annat håll. Efter detta har Eva hela sitt liv jobbat hårt för att känna sig tillräckligt bra. Eva tror själv att detta är grunden till att hon är perfektionistisk i allt hon gör samt att hon har svårt att acceptera misslyckanden. Samma egenskaper kan ha hjälpt Eva till en bra karriär som datakonsult, samtidigt som hon har gått in i väggen i sin strävan efter att alltid göra ett perfekt jobb och att ha svar på alla frågor som kunderna kommer med. Eva blev diagnostiserad med en medelsvår episod av recidiverande depression (tillbakavärande moderat depression). Eva säger att hon har haft två liknande episoder med ungefär tre års mellanrum.

Som en del av en bredare klinisk intervju ställde terapeuten redan vid första mötet en rad frågor för att kunna fylla ut en kassformulering utifrån MBMT modellen i Figur 1. Först frågade terapeuten efter den sista episoden där klienten känt sig nere eller deprimerad (*psykiskt syndrom*). Sedan bad han henne att tänka tillbaks på den första upplevelse eller tanke hon hade haft som kunde ha utlöst episoden (*inre aktivering*). Klienten fick också berätta vilka *fysiologiska, kognitiva och emotionella symptom* hon upplevde och hur hon reagerade på dessa. På samma sätt undersöktes flera liknande episoder som hon kunde minnas från de sista veckorna. Senare i behandlingen undersökte terapeuten också vilka *positiva och negativa metakognitiva antaganden* klienten hade om sina egna reaktioner och då framförallt sitt grubblande. Nedanför följer en konceptualisering baserad på några av de vanligaste svaren Eva gav. Svaren är indelade efter posterna i MBMT modellen från figur 1:

- *Inre aktivering*: antingen *kognitiva*, exempelvis tankar som ”skall jag ringa min far?” eller ”varför bryr inte pappa sig om mig?”; andra gånger *emotionella*, exempelvis känslor som ilska, trötthet, tomhet eller dåligt samvete; och någon gång *fysiologiska* exempelvis i form av spänningar i nacken eller smärta i kroppen.
- *Positiva metakognitiva antaganden* (undersöktes först senare i behandlingen): ”Om jag tänker/grubblar på hur jag skall kunna få en bättre relation till min far så kanske jag kan finna en bättre lösning”. ”Jag måste finna ut varför jag är så trött/arg/tom inombords”. ”Jag måste påminna mig om att det inte är jag som borde ha dåligt samvete”.
- *Aktiv reaktivitet*: Klienten berättar att hon kan grubbla nästan hela dagarna över vad hon skall göra och varför hon har det som hon har det. Andra gånger oroar hon sig för nästa samtal med fadern eller för att depressionen och den dåliga självkänslan skall förvärras. Klienten berättar också att hon ofta undviker olika typer av aktiviteter och att hon drar sig för att umgås med vänner.

- *Syndrom:* Klienten berättar att ju mer hon grubblar ju tröttare och mer deprimerad känner hon sig. (Den fullständiga utredningen visar också att hon uppfyller kriterier till en moderat depression).
- *Symptom på depression:* Klienten berättar att symptomen tilltar när hon grubblar eller låter bli att träna och träffa vänner för att hon mår dåligt. Hon rapporterar bland annat *kognitiva symptom* som negativa automatiska tankar (NAT) och reducerad koncentration. Exempel på klientens NAT var ”pappa tycker inte om mig”, ”han tycker mer om mina syskon än mig”, ”allt är mitt fel”, ”jag kommer inte att bli frisk”, ”jag gjorde bort mig hos kunden idag”; *emotionella symptom* i form av depression, tomhetskänsla, trötthet, skuld känslor, känsla av att inte rätta till; *fysiologiska symptom* som smärtor i nacke och skuldror, känsla av att ha en klump bröstet eller att det knyter sig i magen samt gråt.

Terapiförloppet

Redan under de två första mötena diskuterade terapeuten och Eva tillsammans omkring hur hennes upplevelser kunde placeras i MBMT modellen i figur två. Exempelvis kunde något så grundläggande som trötthet göra att Eva svarade med aktiv reaktivitet i form av grubblande för att finna ut varför hon jämt var så trött. Grubblande ledde till att symptomen blev starkare och fler och detta fungerade i sin tur som en ny inre aktivering som förstärkte hennes grubblande och depression. Eva sade att modellen stämde precis på henne och vi pratade om att hon genom sina reaktioner förstärker helt vanliga emotioner och förmimmelser så att dessa dröjer sig kvar och förstärks som i en negativ spiral.

Tidigt i behandlingen försökte terapeuten förmedla att det inte är någonting som är fel med klienten. Istället fokuserade vi på att klienten har helt vanliga om än otrevliga upplevelser men som förstärks av hennes sätt att relatera till dem. Terapeuten berättade om

hur vanligt förekommande depression är och omkring sina erfarenheter med liknande fall. Terapeuten berättade också att det är helt naturligt att klienten reagerar på detta sätt och att hon är i gott sällskap. Flera nobelpristagare och statsledare från olika delar av världen säger sig ha varit deprimerade. Att klienten liksom dessa har stark tro på egen problemlösningsförmåga är fullt förståeligt. Tyvärr kan vi alla få problem om vi försöker att använda sådana strategier för att bli av med emotionella problem.

Klienten introducerades istället för ett alternativt sätt att förhålla sig till obehag (höger del av MBMT modellen i figur 1), ett förhållningssätt som inte bidrar till att hålla kvar och förstärka obehaget, ett sätt där klienten övar sig på att utveckla ökad acceptans i förhållande till inre aktiverande obehag. Utifrån MBMT modellen såg vi på acceptans som en intention och en förmåga att låta upplevelser vara så som de är även om de är obehagliga eller smärtsamma.

Eftersom klienten kände igen sig så bra i modellen så blev hon också motiverad att börja med mindfulnesssträning. Från och med vårt tredje möte så började vi med mindfulnessmeditation. Vi började med en 20 minuters mindfulnessbaserad uppmärksamhetssträning på ljud. Det är en övning som jag har lånat från MCT (Wells, 2009) men anpassat efter instruktionerna i en vanlig sittande meditation (Kabat-Zinn 1990). Den ägnar sig bra som första meditation eftersom vi har en del ljud på kontoret och många av klienterna har svårt att hitta någon tyst plats hemma. Dessutom passar övningen bra med mindfulness-teorier med antagandet att vi först övar fokuserad uppmärksamhet och ur den utvecklar mindfulness (Jha et al., 2007). I grova drag går övningen ut på att uppmärksamheten riktas mot ljud i olika riktningar och på olika avstånd. Sedan flyttas uppmärksamheten mellan ljuden, eller riktas mot flera ljud samtidigt. Andra ljud och sinnesintryck som kommer in i medvetandet tillåts att bara vara där, utan att vi bedömer dem, förtränger dem eller på annat

sätt engagerar oss i dem. Klienten fick i hemläxa att finna ut en tid och en plats för meditation och att öva 20 minuters meditation per dag.

Nästa timme undersökte terapeuten klientens erfarenheter med meditation. Framförallt var det viktigt att undersöka om klienten har några speciella tankar eller åsikter runt meditationen samt vad hon tänker om att använda den. Eva berättade bland annat att hon i början av veckan tyckte att meditationen gick bra och att hon blev mer avslappnad och på bättre humör men att hon i slutet av veckan upplevt att hon haft svårt att koncentrera sig och att hon börjat tänka väldigt mycket på fadern och deras relation under meditationen. För terapeuten var det då viktigt att hjälpa Eva att förstå att det inte finns någon bra eller dålig meditation utan att mindfulness handlar om att acceptera sina upplevelser så som de är och att vi ena dagen kan uppleva ett stort lugn i vårt sinne medan det nästa dag är fyllt av tankar och obehag. Det kan vara svårt att förstå att vi inte använder mindfulness för att bli av med obehaget utan för att på sikt utveckla ett nytt sätt att relatera till de upplevelser vi har, i nuet, så som de är.

Terapeuten undersökte också vad Eva hade tänkt om alla tankar hon hade och om hon försökte att göra något med dem. Eva berättade att hon tänkte att hon inte skulle tänka och att hon försökte sluta med det. Vi tog då en liten paus och utförde experimentet där klienten fick i uppgift att under två minuter göra allt hon kunde för att låta bli att tänka på en rosa elefant eller något som har med rosa elefant att göra. Experimentet fick önskat resultat eftersom klienten flera gånger under de två minuterna tänkt på en rosa elefant (Wells, 2009). Detta ledde oss in på ett bra samtal omkring hur försök på att förtränga tankar endast gör dem ännu starkare och att en viktig del av mindfulness är att acceptera alla upplevelser vi har i nuet. Terapeuten sade till Eva att inte ens när hon upptäcker att hon börjar grubbla under meditationen så skall hon vara hård mot sig själv eller försöka stoppa grubblandet. Istället

instruerades hon att bara uppmärksamma tankarna var de än befinner sig och sedan flytta uppmärksamheten mot att vara lite mer uppmärksam på ljud.

De följande timmarna övade vi först en mindfulnessmeditation på kroppsliga sinnesintryck som ofta kallas *kroppsskanning* och en vanlig *sittande meditation* där uppmärksamheten får vila först på andningen, sedan på kroppsliga förnimmelser, på ljud, på tankar och på alla förnimmelser samtidigt (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007). På grund av platsbrist och att meditationen lärdes ut i en vanlig poliklinisk samtalsterapi så genomfördes varken yogameditation eller andra meditationer som kräver mer fysiskt utrymme. Det visade sig att klienten hade gott utbyte av meditationen och att hon efter några veckor hade det mycket lättare att bara vara under meditationen och även lämna jobbrelaterat grubblande när hon gick ifrån arbetsplatsen.

Parallellt med meditationsträningen fördes samtal som i huvudsak baserade sig på klientens rapportering runt hur hon hade det och samtal och undervisning omkring mindfulness. Klienten fortsatte att rapportera många tankar och dåligt samvete runt fadern. Hon berättade också att hon blev frustrerad över att inte mindfulnesssträningen hjälpte på detta. Återigen poängterade terapeuten att vi aldrig kan få bort tankarna helt, men att vi på sikt kan lära oss att förhålla oss till tankarna på ett sådant sätt att vi inte överdriver vårt engagemang i dem. För att klienten inte skulle förlora tron på terapeuten och på mindfulness så frågade han även ut klienten grundligt omkring fadern och deras relation, barndomen samt vilka sinnesintryck klienten upplevde här och nu medan vi pratade om fadern. Av samtalet kom det fram att klienten fortfarande grubblar mycket över om hon valt rätt slags relation till sin far eller om hon borde göra på något annat sätt. Framförallt har klienten metakognitiva antaganden om att hon måste finna ut vad som är rätt alternativ för att slippa undan de otrevliga känslor och tankar hon får av relationen. Klienten berättade om de olika alternativ hon har och tillsammans grupperade vi dem till fyra olika alternativ: 1) Antingen kan hon

fortsätta som nu, med mycket sparsam och ytlig kontakt med fadern. 2) Hon kan börja umgås mer med honom fast i form av en ytlig relation. 3) Hon kunde också försöka prata med honom omkring vad hon upplever och jobba för en djupare relation. I så fall var det troligt att klienten skulle få huvudansvaret eftersom lite tydde på att fadern skulle ändra sig på ett sätt så att klienten skulle börja trivas i hans sällskap. 4) Sista alternativet handlar om att hon överväger att bryta helt med honom, men är rädd för att hon skall få sämre samvete igen. Terapeuten och Eva kom fram till att alla alternativ har sina för- och nackdelar samt att Eva mest troligt fortsätter att uppleva emotionell smärta oavsett vilket alternativ hon väljer. Eftersom det inte finns någon perfekt lösning på emotionella problem så blev det viktigare för Eva att ta ett val och att lära sig leva med det val hon tagit.

Vi pratade också om att mindfulness inte betyder att Eva skall sluta lösa problem eller sluta ta val, men att det räcker att hon sätter av femton minuter till en timme vid ett till ett par tillfällen. Dessutom kan det vara bra att inte bara tänka på problemet utan att jobba med mer aktiv problemlösning så som att skriva en lista med för och nackdelar för varje alternativ eller att vid behov inhämta mer information eller undersöka vilka möjligheter hon har. Ett annat alternativ kan vara att konsultera en vän eller någon annan utomstående för att få ett annat perspektiv på saken. Till nästa timme hade Eva bestämt sig för att hon inte önskade vara den som tog kontakt med fadern och att detta i praktiken betyder att kontakten bryts. Terapeuten försäkrade sig om att det var klientens eget val och stöttade henne sedan fullt ut på att hon inte behöver ägna problemet någon mer ansträngning än att kort evaluera hur det gått efter exempelvis en månad och ett år. Med utgångspunkt i mindfulnesssträning och förståelse av vad som upprätthåller emotionella problem utifrån MBMT modellen så kunde Eva förstå fördelarna med att ta ett val och leva med konsekvenserna av det valet, även om hon inte nödvändigtvis kunde veta om hon valt det mest riktiga alternativet. På så vis kunde

Eva börja använda sina resurser för att få mest möjligt ut av livet istället för att bara fokusera på det som inte är bra.

Parallellt med övriga interventioner fortsatte Eva att öva mindfulness . I de sista konsultationerna pratade vi om upplevelser Eva hade i förbindelse med formell mindfulnessmeditation eller mindfulness i vardagen (Kabat-Zinn, 1990; Williams et al., 2007). Eva berättade att hon fortfarande ofta kunde känna igen tankar om fadern, skuldkänslor eller tankar som att hon borde ha svar på någonting i jobbsammanhang. Trots detta hade hon nästan slutat grubbla och oroa sig. Istället berättade hon att hon kunde iaktta obehagliga tankar eller känslor utan att behöva göra något och att hon visste att de inte kunde skada henne. Förutom att repetera det klienten lärt sig under behandlingstiden så fokuserade vi just på det ofrånkomliga i att livet alltid kommer att bjuda på både bra och dåliga upplevelser. Målet var att Eva skulle lämna behandlingen med en förståelse av att hon i egenskap av människa även i fortsättningen kommer att uppleva lidande. Vi pratade också om att risken för tillbakafall är relativt stor, men att hon kan vara mycket tryggare genom vetskapen om att både mer tillfälligt lidande och depression kommer att gå över och att det förmodligen går lättare om hon inte anstränger sig så hårt.

”Ole”

Klient nummer två kan vi kalla för ”Ole” och eftersom han hade ett jobb med mycket ansvar för människor kan vi säga att han jobbade som sjuksköterska. Ole berättade att han i många år drabbats av kraftiga panikångestfall med hjärtklappning, yrsel, andningsproblem, prickningar i huden och de flesta autonoma symptom som brukar följa med panikångest. Två år tidigare hade Ole gått till kognitiv behandling med exponering och lärt sig att klara av ångesten på ett bättre sätt även om den aldrig försvunnit. När Ole på nytt kom till behandling hade ångesten åter blivit så stark att han upplevde det som mycket jobbigt att

besöka offentliga platser med mycket folk, exempelvis stora affärer och köpcentrum. Efter inledande undersökningar försökte terapeuten tillsammans med Ole att förstå ångesten utifrån MBMT modellen. Här kommer ett exempel på hur ett vanligt ångestfall kunde se ut för Ole indelat efter posterna i MBMT modellen ifrån figur 1 i den här uppsatsen:

- *Inre aktivering:* antingen *kognitiva*, exempelvis tankar som ”tänk om jag får en panikattack” eller ”uff skall jag orka utsätta mig för att gå till affären”; andra gånger *emotionella*, en smygande oro, ångest eller nedstämdhet; och ibland *fysiologiska* i form av exempelvis att andningen känns tyngre, en känsla av att det kryper i händerna, eller att hjärtat slår fortare.
- *Positiva metakognitiva antaganden* (undersöktes först senare i behandlingen): ”Om jag är observant på min omgivning så kan jag både se riskfyllda situationer och finna möjliga flyktvägar”, ”jag måste vara beredd på att ångesten kan komma”, ”jag kan övervaka hjärtfrekvensen och andningen så att jag kan sätta mig ned eller vila innan jag får ett anfall”.
- *Aktiv reaktivitet:* Klienten berättar att han övervakar omgivningen för ting som kan utlösa ångesten och efter möjliga flyktvägar från obehagliga platser och situationer. Dessutom tar han alltid med sig en flaska vatten som kan dämpa eller förhindra ett ångestfall genom att förhindra torr mun och andningssvårigheter. När han går till offentliga platser tar han gärna med sig någon och pratar för att avleda uppmärksamheten. Han brukar ta många pauser och sätter sig ned eller går ut i frisk luft om ångesten kommer.
- *Syndrom:* Klienten berättar att han förutom de mer sällsynta kraftiga panikanfallen upplever en varaktig och mildare form av ångest som mest handlar om rädsla för nya panikanfall samt nedstämdhet.

- *Symptom: Emotionella symptom* som ångest och nedstämdhet; *fysiologiska symptom* i form av hjärtklappning, yrsel, andningsproblem, torrhets känsla i mun och hals, prickningar i huden, känsla av att vara stram över bröstet, klump i magen och tillfälliga problem med synen; *kognitiva symptom* som mycket uppmärksamhet på egna symptom, potentiella faror och risksituationer, negativa tankar och katastroftänkande. Klienten berättar att han inte längre är rädd för att dö, men för själva panikångesten och för att svimma eller urinera ibland folk eller för att andra skall se att han är rädd eller tycka att han är konstig.

Efter att Ole fått undervisning om MBMT modellen kunde han tillsammans med terapeuten känna igen hur han hela tiden använt sig av olika slags trygghetsbeteenden för att klara av sin ångest. Att Ole nu sökte behandling på nytt menade han hade orsak i att ångesten kraftigt aktiverats efter en situation på arbetsplatsen där han tvingats tänja på sina befogenheter och sedan blivit utsatt för öppen kritik av chefen. Under den sista tiden har panikångesten förvärrats till en nivå där han har haft svårt att gå på affären och vistas i lokaler med mycket folk.

Oles kassformulering utifrån MBMT modellen i figur 1 kan sammanfattas så här: Inre aktivering ofta i form av en känsla av torrhet i munnen eller yrsel. Det som sedan följde var en relativt automatisk respons där klienten började använda aktiv reaktivitet. I början upplevde klienten den aktiva reaktiviteten som mer eller mindre automatisk. Trots detta visade undersökningar att klienten hade flera positiva metakognitiva antaganden om hur han kunde ”aktivt reagera” för att förhindra eller minska risken för mer allvarliga panikanfall. Ole ville exempelvis alltid ha med sig något att dricka. Både för att hindra att torr mun skulle starta ett ångestfall, men också för att vattenflaskan i sig själv hade börjat ge trygghet och verka ångestdämpande. Andra trygghetsbeteenden, exempelvis att snabbt skaffa sig översikt över utgångar och flyktvägar, att andas djupt samt att ha med sig en vän till affärer och

folksamlingar användes också relativt regelbundet. Förutom trygghetsbeteenden har vi nämnt att Ole riktar mycket selektiv uppmärksamhet emot negativa fysiologiska upplevelser och av och till helt undviker stora folksamlingar. Terapeuten och Ole såg tillsammans på Wells (2009) anpassade variant av Clarks modell för panikångest. I den modellen antas att inledande ångest, fysiologiska symptom eller en feltolkning av dessa aktiverar ångesten och vad vi valt att kalla ett konceptuellt modus. När kognitiva och fysiologiska symptom ökar feltolkas dessa och ångesten förstärks. Detta leder i sin tur till starkare symptom och upprepas i en ond cirkel tills ett fullständigt panikanfall blivit utlöst. Wells (2009) har sedan kommit fram till att selektiv uppmärksamhet, undvikande och trygghetsbeteenden är det som upprätthåller ångesten över tid genom att göra klienten uppmärksam på symptomen samtidigt som han inte får möjligheten att lära sig att ångestfallen är ofarliga och går över av sig själva. Ole fick därför i hemarbete att fortsätta att exponera sig för ångestframkallande situationer utan att ha med sig någon vattenflaska och med instruktioner om att inte använda några andra trygghetsbeteenden. Parallellt med detta användes mindfulnessmeditation (på ljud, kroppsskanning och sittande meditation) som hjälpte klienten att se olika upplevelser för vad de var utan att övertolka dem. I behandlingen ingick även undervisning kring att ångest är en naturlig kroppslig reaktion som efter en tid stänger av sin egen reaktion för att spara energi och förbereda oss inför nästa farofyllda situation. Över tid lärde sig Ole att känna på olika fysiologiska symptom utan att direkt förvänta sig att de måste leda till ett panikanfall. Tack vara mindfulnessmeditation och ny kunskap om ångest klarade Ole snart att stå kvar i ett ångestfall och bara observera det. På så vis lärde han sig att ångest inte är farligt och att det går över av sig själv, dessutom lärde han sig att många av de symptom han hade inte var det samma som panikanfall utan vanliga upplevelser som vi alla har men som han förstärkte genom felaktiga tolkningar och extra uppmärksamhet. På så vis avtog ångesten och panikanfallen upphörde helt. "Kasusen Ole" har jag medvetet hållit kort eftersom mycket av

arbetet med Ole liknade på det som beskrivits mer detaljerat i ”kasusen Eva”. Dessutom gick ångestbehandlingen lättare eftersom Ole redan provat på traditionell exponeringsbehandling. Sådan behandling finns bra beskriven i metakognitiv litteratur (Wells, 2000; Wells, 2009) och syftet här var snarare att framhäva hur mindfulness kan förstärka en traditionell exponeringsbehandling.

Konklusion

Den här uppsatsen bygger på ett litteraturstudium av mindfulness och metakognitiv psykologi kombinerat med egna erfarenheter av både privat mindfulnesssträning och kliniskt arbete med mindfulnessbaserade terapiformer (MBT) och metakognitiv terapi (MCT). Jag började med att undersöka definitioner av mindfulness, tillgängliga mindfulness tester och studier baserade på dessa. Målet var att finna ut vad mindfulness är och hur det bäst kan användas vid behandling av psykiska syndrom. Existerande definitioner och tester av mindfulness har genererat mycket forskning och på så vis bidragit till att mindfulness på allvar börjat etablera sig inom psykologin. En nackdel är att mindfulnessstudier valt olika operationella definitioner av mindfulness och dessutom gjort olika tolkningar av dessa. Detta har fört till att interventioner, metoder och resultat varierar mellan olika studier och är svåra att jämföra. Av samma anledning är det fortfarande för tidigt att dra några säkra konklusioner om mekanismerna bakom mindfulness och dess kliniska effekt. Det är också för tidigt att bedöma om mindfulnessinterventioner skall klassificeras som evidensbaserade och effektiva i behandling av kliniska syndrom. Ovan nämnda problem kan delvis bero på att mindfulness är ett relativt nytt forskningsområde men undersöker gamla välanvända begrepp. Eftersom flera tidigare studier av mindfulness åtminstone delvis har handlat om att bekräfta redan existerande definitioner finns risken att man har fört ett cirkulärt resonemang och behållit flera vaga och dåligt definierade vardagsbegrepp. Som kontrast har MCT utvecklats från

kliniska studier och välkontrollerade laboratoriestudier och det var därför intressant att se om dess empiriskt förankrade modell för självreglering S-REF modellen har något att tillföra till mindfulnesssteori (Wells 1994, 2009).

I del två av den här uppsatsen presenterade jag därför MCT och diskuterade denna upp emot tillgängliga definitioner av mindfulness, mindfulnessstester och resultaten från de mindfulnessstudier som undersökt olika mindfulnessmekanismer. Detta arbete resulterade i att jag utifrån en kombination av tvåkomponentmodellen (Bishop et al., 2004), Williams (2008, 2010) uppdelning av medvetandet i två modus samt S-REF modellen (Wells, 1994) valt att definiera mindfulness på följande sätt:

Mindfulness består av receptiv uppmärksamhet i interaktion med metakognitiv kunskap, strategier och planer som tillsammans guidar vår uppmärksamhet så att vi kan;

- 1) känna igen ett konceptuellt modus kännetecknat av aktiv reaktivitet och aktiv informationsbehandling,
- 2) låta detta modus gå och skifta till ett modus med ökat sensoriskt och perceptuellt medvetande.

Den främsta skillnaden mellan min operationella definition av mindfulness och tidigare definitioner är en tydligare fokus på mindfulness som metakognition genom att inkludera metakognitiv kunskap, strategier och planer. Genomgången av studier som undersökt mekanismerna bakom mindfulness visar på ickekonsistenta resultat och jag har därför tonat ned den roll som grundläggande uppmärksamhet och acceptans spelat i tidigare mindfulnessdefinitioner. Existerande studier ger starkast stöd för receptiv uppmärksamhet och för att mindfulness handlar om att växla över från ett konceptuellt till ett sensoriskt perceptuellt medvetandemodus. Tidigare har mindfulnessdefinitioner ofta innehållit

antaganden om vad mindfulness inte är, exempelvis ickereaktivitet och ickedömande. Detta har i sin tur bidragit till att flera studier snarare har undersökt frånvaro av mekanismer som inte är mindfulness än de mekanismer genom vilka vi kan utveckla mindfulness och som kan antas ligga bakom mindfulness kliniska effekt. Framtida studier bör därför undersöka om receptiv uppmärksamhet, metakognitiv kunskap, strategier, planer, förmåga att låta gå samt det att växla mellan ett konceptuellt och ett sensorisk perceptuellt modus är mekanismer som kan förklara mindfulness och mindfulness kliniska effekt. Min förhoppning är att den nya operationella definition som presenterats här kan bidra i detta arbete.

Ju mer jag har arbetat med MBT och MCT desto tydligare har de många likheterna mellan terapiformerna blivit. I del tre av den här uppsatsen har jag därför kombinerat min teoretiska förståelse av MBT och MCT tillsammans med klinisk erfarenhet av behandlingsformerna, något som resulterat i Mindfulness Based Metacognitive Therapy (MBMT). Baserad på en kombination av den nya operationella definitionen av mindfulness utvecklad i del två av den här uppsatsen och S-REF modellen (Wells, 1994) har jag också utvecklat MBMT modellen. Detta är en helhetlig modell som försöker förklara vilken roll ett konceptuellt modus spelar när det handlar om att utveckla och upprätthålla psykiska syndrom, samt hur vi kan lära oss att känna igen detta modus och skifta till ett alternativt sensoriskt perceptuellt mindfulnessmodus. MBMT modellen hjälper därför terapeuten i hela hans/hennes arbete, från att skapa en konceptualisering av en specifik klient, kommunicera denna tillbaks till klienten samt att guida terapeuten i MBMT behandling. Tidigare studier av mindfulnessbehandling har ofta begränsats till mindfulnessmeditation bland annat på grund av behovet för en tydligt operationaliserad och efterprovbar intervention. Förhoppningsvis kommer MBMT modellen att främja studier av bredare mindfulnessinterventioner eftersom dessa inte bara operationaliseras som meditation men som alla övningar som kan bidra till ökad mindfulness. Exempel på olika slags mindfulnessinterventioner är de samtal mellan

lärare och elev, undervisning, exponeringsträning, experiment och hemövningar, som beskrivits mer detaljerat i del tre av den här uppsatsen. Genom att inte begränsa möjligheterna för mindfulnessinterventioner vill också möjligheten för att använda mindfulnessbaserade terapiformer vid pågående syndrom öka och vi får en rättvisare bedömning av mindfulness kliniska effekt. För att nå dit är det viktigt att fortsätta undersöka vilka mekanismer som ligger bakom mindfulness och dess kliniska effekt samt att utforma tester som mäter mindfulness utifrån dessa.

Jag har framgångsrikt använt MBMT modellen i mitt arbete med ångestsyndrom, affektiva syndrom, tvångstankar, stressrelaterade syndrom, ätstörningar och smärtbehandling. I tillägg ser det ut att finnas en potential vid alla problem där överdriven konceptuell aktivitet och aktiv reaktivitet är en del av problemet. Min förhoppning är att MBMT kan vara till nytta för terapeuter som vill börja använda mindfulnessbehandling och metakognitiv terapi sitt arbete. Under tiden kommer jag fortsätta att utvärdera och vidareutveckla MBMT och jag hoppas att den operationella definition av mindfulness som jag föreslagit i del två, tillsammans med MBMT modellen kan inspirera och guida andra som vill bedriva forskning på området.

Referanser

- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 449-463.
- Argus, G., & Thompson, M. (2007). Perceived Social Problem Solving, Perfectionism and Mindful Awareness in Clinical Depression: An Exploratory Study. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 745-757.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11* (3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13* (1), 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment, 15* (3), 329-342.
- Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn., Fennell., & Williams, J. M. G. (2007). Effects of meditation on frontal α -asymmetry in previously suicidal individuals. *NeuroReport, 18* (7), 709-712.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ...Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11* (3), 230-241.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol abuse. *Addictive behaviors, 32* (10), 2324-2328.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84* (4), 822-848.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. John Wiley & Sons Ltd.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 451-455.
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2007). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322.
- Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evaluating Current Evidence and Informing Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (6), 1000-1005.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Hepburn, S., Fenell, M. V., & Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 775-787.

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Shumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. (2007). Alternations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic medicine*, *65*, 564-570.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 658-670.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, *10* (1), 25–33.
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *2*, 313-222.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*, 177-190.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Patridge, K. (2007). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, *32*, 758-774.
- Goldin, P., & Gross, J. (2010). Effect of mindfulness meditation training on the neural bases of emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10* (1), 83–91.
- Goldin, P., Ramel, W., & Gross, J. J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23* (3), 242–257.

- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (2), 336-343.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana meditation as taught by S. N. Goenka*. HarperSanFrancisco.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. The Guilford Press.
- Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennel, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology, 48* (2), 209-215.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (2), 169-183.
- Ivanovski, B. & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *ACTA Neuropsychiatrica, 19*, 76-91.
- Jain, S. M. S., Shapiro, S. L., Swanick, B. S., Roeschl S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R. (2007). *Annals of Behavioural Medicine, 33* (1), 11-21.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystem of attention. *Cognitive, Affective & Behavioural Neuroscience, 7* (2), 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness: Fifteenth Anniversary Edition*. Delta Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T., ...Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing photo therapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *American Psychosomatic Society*, 60 (5), 625-632.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 734-744.
- Kåver, A. (2006). KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Natur och Kultur, Stockholm.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (12), 1445-1467.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioural Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (1), 31-34.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18* (1), 176-186.
- Nilsson, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om medveten närvaro*. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion, 31* (4), 271-283.
- Orzech, K. M., Shapiro, S. L., Brown, K. W., & McKay, M. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology, 4* (3), 212-222.
- Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience, 13*, 25-42.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of treatment*. Homewood, IL: Dow Jones- Irwin.
- Raes, F., Dewulf, D., Heeringen, C. V., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 47* (7), 623-627.
- Ramel W., Goldin P. R., Carmona P. E., & McQuaid J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 433-455.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new way to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating Mindfulness: Effects on Well-Being. *Journal of Clinical Psychology, 64* (7), 840-862.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (4), 615-623.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *La Revue canadienne de psychiatrie, 52* (4), 260-266.
- Valentine, E. R., & Sweet, P. L. G. (1999). Meditation and attention: a comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture, 2* (1), 59-70.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S., (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*, 1543-1555.
- Watkins, E. & Teasdale, J. D., (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders, 82*, 1-8.
- Way, B. M., Creswell, D., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion, 10* (1), 12–24.

- Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons, LTD.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press Ltd.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Theory*, 34 (11/12), 881-888.
- Wenk-Sormaz, H. (2005). Meditation can reduce habitual responding. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(2), 42-58.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 721-733.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and Psychological Process: Commentary. *Emotion*, 10 (1), 1-7.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. New York: The Guilford Press.