



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Med utgangspunkt i Gilberts depresjonsteori:
Mindfulness og selvmødfølelse som intervensjon
i behandling av depresjon.*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Anja Therese Bakke

Høst 2007

Veileder:
Kjersti Arefjord
Institutt for klinisk psykologi

Forord

I løpet av min eksternpraksis fikk jeg anledning til å møte flere pasienter med depresjon. Jeg fikk stor respekt for den enkelte og hvilke utfordringer som møter en når en sliter med en depressiv lidelse. Disse opplevelsene vekket min nysgjerrighet for depresjon, og hvordan en kan med ulike tilrettelagte metoder utruste pasienten med hensiktsmessige verktøy som lindrer lidelsen. Arbeidet med oppgaven har vært lærerikt, og ikke minst nyttig med tanke på fremtidig praksis.

Jeg vil takke Kjersti Arefjord for god veiledning. Jeg vil også takke Jon Vøllestad for anbefaling av litteratur og reflekterende samtale. Så vil jeg takke mine kjære venner, Vilde Sivert Johnsen for gode råd til oppgaven og Solveig Eline Jansen for korrekturlesning. Til slutt en takk til pappa (August M. Bakke) for gode råd og korrekturlesning.

Bergen, November 2007

Anja Therese Bakke

Abstract

Depression is a widespread and increasing health-problem. The percentage of patients experiencing relapse is high, and relatively many have little or no effect of traditional therapy. This dissertation discusses the challenge, both in research and in treatment, to develop a more effective and preventive treatment of depression. This assignment has Gilbert's depression model as one's starting point. This model of theory describes development and maintenance of depression and possible approaches to the understanding of depression. Central in the model is the hypothesis that depression has a function to protect the individual from experienced danger by activating inherited strategies and mechanisms that tone down positive affect system and decrease the person's sensitiveness in facing threats and defeats. With background from eastern religious and philisosophical traditions there are developed different kinds of therapy with mindfulness and self-compassion as common features, where the purpose is to promote psychological health through self-care, acceptance and non-judgmental attention. In this assignment mindfulness and self-compassion are described and the assignment discusses whether research about techniques connected with these concepts can contribute to therapeutic interventions with the purpose to tone down negative affects and cognition in depression and stimulate the positive affect-systems.

Sammendrag

Depresjon er et utbredt og økende helseproblem. Tilbakefallsprosenten er høy, og relativt mange har liten eller ingen effekt av tradisjonell behandling. Dette arbeidet drøfter utfordringen man har, både i forskning og i behandling, når det gjelder å utvikle mer effektiv og forebyggende behandling av depresjon. Oppgaven tar utgangspunkt i Gilberts depresjonsmodell. Denne teorimodellen beskriver utvikling og opprettholdelse av depresjon og mulige innfallsvinkler til forståelse av depresjon. Sentralt i modellen står hypotesen om at depresjon har som funksjon å beskytte individet mot opplevd fare ved at nedarvede strategier og mekanismer toner ned positive affektsystem og øker personens sensitivisering overfor trusler og nederlag. Med bakgrunn i østlige religiøse og filosofiske tradisjoner er det utviklet flere ulike typer terapier med begrepene mindfulness og selvmedfølelse som fellesnevner, der målet er å fremme psykologisk helse gjennom selvomsorg, aksept og ikke-dømmende oppmerksomhet. I denne oppgaven blir mindfulness og selvmedfølelse beskrevet og oppgaven drøfter ut fra forskning om teknikker knyttet til disse begrepene kan medvirke til terapeutiske intervensjoner med formål å nedtone negative affekter og kognisjon i depresjon og stimulerer de positive affektsystemene.

Innhold

Forord.....	iii
Abstract.....	iv
Sammendrag.....	v
Innhold.....	vi
Innledning.....	1
Aktualitet og forekomst.....	1
Diagnose og symptom.....	2
Behandling.....	3
Østlige terapitradisjoner.....	4
Problemformulering og formål.....	5
Metode.....	7
Gilberts teoretiske depresjonsforståelse.....	7
Trussel, nederlag og en opplevelse av å være fanget.....	10
Sensitivisering av trusselsystem.....	12
Nedtoning av positive affektsystem.....	13
Sosiale relasjoner.....	14
Metakognisjon.....	16
Mindfulness.....	19
Behandling av depresjon ved hjelp av mindfulness.....	22
Virksomme mekanismer i mindfulness.....	24

Selvmedfølelse.....	27
Lav selvtillitt og selvmedfølelse	29
Bruk av selvmedfølelse i terapi.....	32
Diskusjon.....	34
Anvendelse av Gilberts depresjonsteori.....	34
Effekt av mindfulness.....	36
Bruk av mindfulness ved pågående depresjon.....	37
Forskningsrelaterte utfordringer.....	39
Effekt av selvmedfølelse.....	40
Anvendbarhet.....	41
Aksept.....	42
Avslutning.....	42
Referanser.....	44

Innledning

Aktualitet og forekomst

Verdens helseorganisasjon (WHO) regner at ca 121 millioner mennesker på verdensbasis er deprimerte, og har anslått depresjon til å være den psykiske lidelsen som forårsaker flest sykdomsbelastende leveår (Gilbert, 1980, ref i WHO, 2007). Depresjon er hovedårsaken til selvmord (Gilbert, 1992) og på verdensbasis antar en at ca 850 000 årlige dødsfall skyldes selvmord (WHO, 2007). Ut fra beregninger av effekt og innvirkning på år med uføre og tapt leveår, er depresjon den fjerde ledende sykdommen som reduserer et individs levetid (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004).

En finner en relativ høy livstidsprevalens på 2 % til 15 % hos den generelle befolkningen (Moussavi et al., 2007) og forskning viser en jevn økning i antall deprimert gjennom det tjuende århundre. ODIN-studien (European Outcome of Depression International Network) undersøkte utbredelsen av depressive lidelser hos et randomisert utvalg i fem europeiske land. De forløpige resultatene viser høy prevalens i det urbane Irland og England (12,8-17,1 %), lav prevalens i det urbane Spania (2,6 %) og middels prevalens i Finland og Norge (6-9,3 %) (Ayuso-Mateos et al., 2001).

Kvinner har to til tre ganger større sannsynlighet enn menn til å utvikle depresjon. Disse forholdstallene kan skyldes at menn underrapporterer eller har et annet symptom-bilde der uttrykket er mer aggressivt (Gilbert, 2007). Denne kjønnsfordelingen kan være i endring, da nyere undersøkelser viser økning i antall deprimerte unge menn mellom 18-34 år (Sandanger, Nygard, Sorensen, & Dalgard, 2007). Depresjon har høy komorbiditet med andre diagnoser. Særlig ser en at mange pasienten med depresjon sliter med angst. Pasienter med en eller flere kroniske sykdommer har økt sjansen for å utvikle depresjon (Moussavi et al., 2007). Forekomst av depresjon går igjen i enkelte familier, og

familiemedlemmer til alvorlig deprimerte har 10-15 % risiko for depresjon mot 1-2 % i den generelle befolkningen. Barn av deprimerte er særlig utsatte med en 50-75 % risiko for depresjon (WHO, 2006). Skilte og separerte, samt personer med liten sosial støtte har en økt risiko for depresjon. En finner ingen forskjeller mellom etniske grupper (WHO, 2006). Personer som tilhører lavere sosiale lag, bor i urbane strøk og er arbeidsledig, er mer utsatt for depresjon (Gilbert, 2007). En ser heller ikke at den økte levestandard i den vestlige verden fører til reduksjon i forekomst, tvert imot kan økt materialisme og konkurranse føre til at flere blir sårbare for depresjon, og dette gjelder spesielt yngre aldersgruppe (Gilbert, 2007).

Funn fra en befolkningsundersøkelse i Oslo viser relativt lave tall for nye tilfeller av depresjon i løpet av ett år. Dette kan tyde på at den store forekomsten av depresjon i første rekke skyldes lang varighet eller tilbakevendende depresjoner hos den enkelte (Kringlen, 2005; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Opptil 50 % av deprimerte opplever tilbakefall, og etter et tilbakefall øker risikoen til 70 %, etter tredje øker sannsynligheten til 90 % (NICE, 2004, ref i Gilbert, 2007).

Diagnose og symptom

Diagnosen depresjon beskriver en rekke symptomer som utgjør ulike mønstre av affekter og atferd. Depresjon klassifiserer ofte ut fra alvorlighetsgrad, varighet og hyppighet. Lidelsen kan ha mange uttrykk og oppleves ulikt for de rammede (Gilbert, 1992).

ICD-10 er den offisielle klassifikasjonssystem for sykdommer i Norge (Egidius, 2005). For å stille diagnosen depresjon må personen ifølge ICD-10 være plaget av symptomer i minimum 2 uker, og i en slik grad at det hemmer ens daglige gjøremål.

Kjernesymptomene ved depressive lidelser er nedsatt stemningsleiet, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til lett tretthet og redusert aktivitet. Det nedsatte stemningsleiet varierer lite fra dag til dag eller i forhold til omstendighetene (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999).

Foruten kjernesymptomene er vanlige symptomer redusert motivasjon, konsentrasjon, oppmerksomhet, selvfølelse og selvtillit, samt skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse. Deprimerte har ofte pessimistiske tanker om framtiden, planer om utføring av selvskading eller selvmord, søvnforstyrrelser og redusert appetitt (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999).

Behandling

Til tross for dystre tall kan depresjon behandles. En regner med at bare 25 % (i noen land kun 10 %) av klinisk deprimerte har tilgang til virksomme behandlinger (WHO, 2007). Manglende ressurser og antall kompetente fagfolk, samt det sosiale stigmaet assosiert med depresjon, er faktorer som reduserer tilgangen til behandling med effekt (WHO, 2007).

The National Institute for Clinical Excellence (NICE) poengter at fagfolk som arbeider med depresjon bør ha kjennskap til kompleksiteten ved lidelsen og være trent i evidensbaserte terapiformer (NICE, 2004). Utbredte behandlingsmetoder er anti-depressiva eller psykoterapi, og da gjerne i kombinasjon. NICE anbefaler ikke anti-depressiva ved mild depresjon (NICE, 2004). I behandling av depresjon anbefaler de fokusert terapi som er utformet for stemningslidelser, som kognitiv terapi (NICE, 2004). Kognitiv terapi har vært gjenstand for mye forskning, og har etter hvert utarbeidet flere typer evidensbasert korttidsterapier med gode resultater. I en kognitiv modell antar en at

negative automatiske tanker og generelle levereregler har en kausal innvirkning på tolkning av hendelser. Disse uhensiktsmessige fortolkningene vil kunne virke styrende på atferd og følelser som igjen kan utløse patologiske tilstander. For å utvikle mer konstruktive handlemåter har en som mål at pasienten gjennom terapiforløpet skal utvikle nye tolkninger, som igjen vil kunne forandre atferden og heve stemningsleiet (Gilbert, 2007).

Til tross for gode resultater ved behandling av akutte depressive episoder får mange tilbakefall etter endt behandling. Ca 40 % eller mer har liten eller ingen effekt av tradisjonell behandling (McCullough, 2000, ref i Gilbert, 2007). Disse pasientene utgjør en stor del av gruppen deprimerte, og en antar at pasientene plages med langvarig eller tilbakevendende depresjoner. For å imøtekomme behovene til denne gruppen har en begynt å utvikle mer fokuserte terapimetoder som skal utruste pasientene med mestringsstrategier, og spesielt hindre eventuelle tilbakefall.

Østlige terapitradisjoner

Relasjonen mellom aksept og forandring er et sentralt tema i dagens diskusjon knyttet til psykoterapi (Baer, 2003). I vår vestlige del av verden har vi en tendens til å forstå psykiske tilstander som depresjon, som unormalt og noe en må kvitte seg med gjennom terapi og medisiner. De fleste vestlige terapeutiske miljøer har vært opptatt av at frustrerte behov og krenkelser skal "fram i lyset" og settes ord på. I østlige sammenheng, og særlig buddhistisk, vil man i større grad vektlegge evnen til å tåle de frustrerte behovene og gjennom aksept frigjøre seg fra ubehaget (Gran, 2006). Den buddhistiske tradisjonen hevder innsikt kommer som et resultat, eller biprodukt, av evnen til å akseptere (Gran, 2006). På den andre siden har vestlig og empirisk orienterte klinikere blitt kritisert for å ha

lagt for stor vekt på å forandre individet fremfor å hjelpe det til å akseptere problematiske symptomer (Hayes, 1994, ref i Baer, 2003).

Som konsekvens av denne kritikken og inspirasjon fra østlige retninger, har en begynt å vektlegge oppmerksomhet, aksept og selvomsorg i behandling av ulike psykiske lidelser. Det å akseptere sin lidelse og være den bevisst er hovedtesen i østlige terapitradisjoner, og ved å ha en omsorgfull aksept overfor seg selv vil en oppnå helsemessig velvære. I den forbindelse har begreper som mindfulness og selvmedfølelse for alvor fått sine gjennombrudd i vestlig forskning og terapitradisjon. Mindfulness eller oppmerksomt nærvær, kan defineres som ”aksepterende bevissthet her og nå” (Germer, 2005). Selvmedfølelse vil si å behandle seg selv med omsorg ved eksponering overfor vansker, se seg selv som en del av et menneskelig fellesskap og være oppmerksom og aksepterende overfor smertefulle tanker og følelser (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Problemformulering og formål

Som vist ovenfor utgjør forekomst, varighet og konsekvenser av depresjon et stort helseproblem. WHO og NICE vektlegger i retningslinjer for behandling at praktiserende helsearbeidere må ha grundig teoretisk kjennskap til depresjon og hvordan ulike prosesser i lidelsen samvirker. Behandlingen skal være evidensbasert, som i psykologisk praksis betyr ”integrering av den best tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasienters egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Norsk Psykologforening, 2007).

Denne oppgaven tar sitt utgangspunkt i at virksom behandling og forebygging av depresjon er en av vår tids store helsemessige utfordringer. For å imøtekomme denne utfordringen benytter dagens behandlere evidensbaserte terapeutiske verktøy som har god

effekt på pasienter som har en pågående depresjon. Til tross for tiltak viser det seg at enkelte deprimerte pasienter ikke har effekt av tradisjonell terapi, og er sårbare for gjentatte depressive episoder. Det ligger en utfordring både i forskning og klinisk praksis å utvikle bedre behandlings – og intervensjonsmetoder for deprimerte pasienter som ikke responderer på tradisjonell terapi.

Arbeidets hovedproblemsstilling er følgende; hvordan kan en med utgangspunkt i Gilberts depresjonsforståelse anvende mindfulness og selvmedfølelse som intervensjon i behandling av deprimerte pasienter, fortrinnsvis gruppen som ikke responderer på tradisjonell terapi eller har tilbakevendende depressiv lidelse?

For å kunne besvare spørsmålet beskrives Gilberts (2007) teorimodell om utvikling og opprettholdelse av depresjon. Oppgaven beskriver en generell forståelse av depresjon og hvilke faktorer som er virksomme i opprettholdelsen av depresjon. Gilberts (2007) teorimodell fremhever betydningen av å forstå depresjon i et evolusjonistisk perspektiv hvor de depressive symptomene har en selvbeskyttende funksjon for den rammede. En sentral utfordring i behandling blir å gjøre deprimerte trygge nok til å slippe rigid og maladaptiv bruk av ulike forsvarssystemer for å kunne engasjere seg i livet.

Videre vil arbeidet drøfte nærmere om østlig inspirerte teknikker, som mindfulness og selvmedfølelse, kan medvirke til terapeutiske intervensjoner som er rettet mot spesifikke prosesser som opprettholder eller medvirker til nye depressive episoder. Deretter drøftes hva bruken av disse kan bidra med i behandling av deprimerte pasienter, der eksisterende terapiformer kommer til kort og spesielt hvordan en kan forebygge flere depressive episoder. En antar at formålet ved bruk av mindfulness og selvmedfølelse er å kunne tilrettelegge et bedre tilbud som er fokusert og spesialisert når det gjelder behandling av patologiske prosessene ved depresjon. Diskusjonen vil være en gjennomgang av de ulike

komponentene i Gilberts depresjonsforståelse, mindfulness og selvmedfølelse, samt belyse hvordan Gilberts teori kan forklare enkelte virksomme mekanismer i de nevnte terapimetodene. Forskning som vurderer effekten av mindfulness og selvmedfølelse i behandling av depressive lidelse og symptomer vil bli gjennomgått og diskutert.

Metode

Oppgaven er i hovedsak basert på sentral litteratur som omhandler teorimodellen til Gilbert, samt litteratur om mindfulness og selvmedfølelse. Litteratur om forekomst, konsekvenser og behandling er funnet gjennom søk på websidene til WHO, NICE, forskning.no og deres referanser til aktuelle artikler. Forskning som omhandler effekten av mindfulness og selvmedfølelse i behandling av depresjon ble søkt i databasene ISI Web of Science, PsychINFO og Pubmed, samt BIBSYS, ved ulike kombinasjoner av søkeordene ”depression”, ”mindfulness” og ”self-compassion” Det ble funnet flere artikler og noen bøker om effekten av mindfulness, spesielt ved tilbakevendende depresjon. Derimot ble det funnet færre artikler med selvmedfølelse. Dette skyldes antageligvis at fenomenet er svært nytt og at det ennå ikke forligger store mengder forskningslitteratur. Oppgaven tar ikke mål av seg til å skulle gi noe fullstendig utfyllende bilde av studier som finnes på de aktuelle områdene. Det vurderes likevel at det er benyttet tilstrekkelig litteratur til at temaet belyses godt.

Gilberts teoretiske depresjonsforståelse

Nice og WHO fremhever nødvendigheten av grundig kjennskap til pasientens lidelse for å kunne tilrettelegge en egnet behandling. Forskning har i økende grad samlet systematisert kunnskap om depresjon og har utviklet mer komplekse depresjonsmodeller

som påvirker vår forståelse av lidelsen. Vitenskaplig basert kunnskap er et viktig grunnlag for at terapeuten skal kunne guide pasienten gjennom tilstanden. For pasienten vil kunnskap hjelpe en til å normalisere og mestre sine vanskeligheter (Gilbert, 2007).

Paul Gilbert er en sentral teoretiker på depresjonsfeltet. Han benytter flere modeller og perspektiver for å kunne best mulig beskrive den depressive lidelsen. Perspektiver som blant andre evolusjonsteori, Jungs arketypteori, sosial mentalitetsteori, moderne nevrovitenskap og en biopsykososial forståelse av depresjon belyser kompleksiteten i depresjon. Gilbert (2007) vektlegger et evolusjonistisk perspektiv i sin forståelse av depresjon. Hjernen har over mangfoldige år blitt utviklet til et svært komplekst organ som hurtig prosesserer mengder med informasjon, der stimuli blir omdannet til meningsfylte enheter. For å klare en slik oppgave har hjernen utviklet flere spesialiserte og samhandlende systemer som prosesserer informasjon i multiple, parallelle prosesseringssystemer ved hjelp av enkle heuristikker. Disse prosesseringssystemene kan ha ulike prioriteringer og er ofte ubevisste. De bruker tidlig lært informasjon og emosjoner, der bestemte emosjonelle tilstander kan optimalisere heuristikkene i forhold til hurtighet og aktiverer tidligere utviklet responssystem i det limbiske og sublimbiske området. Det er disse prosesseringsstrategiene, som er utviklet for å hjelpe mennesket til å ta raske og adaptive valg i vanskelige situasjoner, som kan skape patologisk atferd når menneske skal forsøke å håndtere en kompleks og moderne verden (Gilbert, 2007).

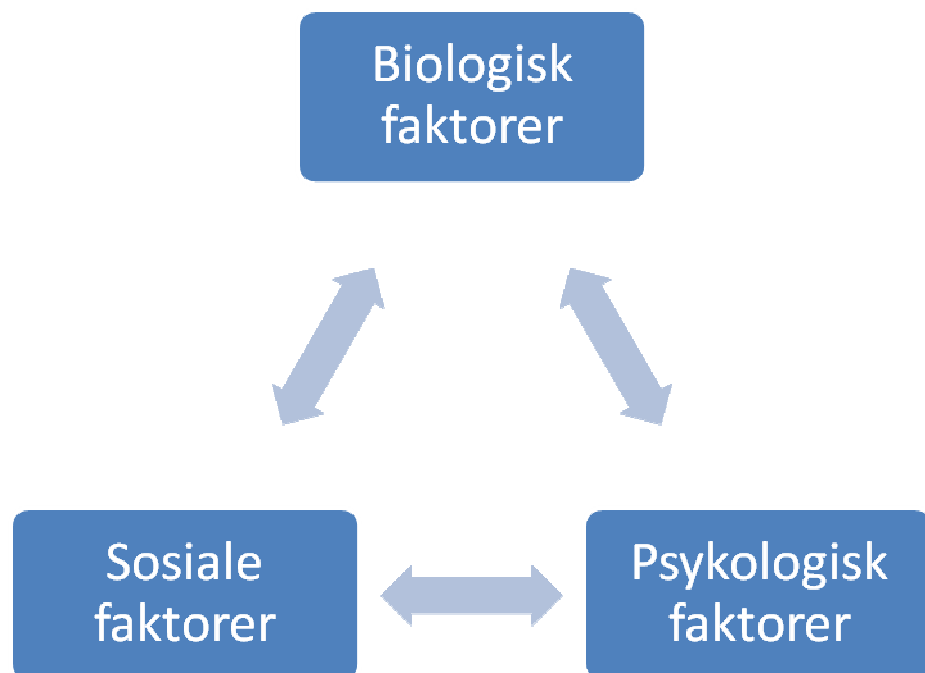
Ut i fra de nevnte teoriene beskriver Gilbert (2007) tre hovedfaktorer som gjensidig kan påvirker hverandre og utløse depresjon (Gilbert, 2007). Disse er tidlig sårbarhet, aktuell sårbarhet og utløsende hendelser. Tidlig sårbarhet omfatter blant annet genetikk, tidlige vanskelige livserfaringer og negativ tankestil. Sammen med aktuell sårbarhet som sosial isolasjon, mobbing eller mellommenneskelige konflikter, kan en enkelt alvorlig

livshendelse utløse depresjon. Når den depressive tilstanden er aktivert, eskaleres det fysiologiske stress-systemet og individet begynner å oppleve seg selv, fremtiden og verden i et negativt perspektiv, med fokus på hva som har gått galt eller unngå å gjøre feil istedenfor å være løsningsfokusert (Gilbert, 2007).

For å få et oversiktlig bilde av den deprimertes verden har Gilbert (2007) med utgangspunkt i forskning og teori, dannet en kompleks teori der han vektlegger trussel, tap og nederlag, nedtoning av positiv belønningssystem, sosiale relasjoner, metakognisjoner og atferd som grunnleggende faktorer i depresjon. Han tenker at deprimerte forsøker å skape en forutsigbarhet og trygghet i en opplevd vanskelig verden, der en ikke opplever at en har ressurser til å mestre utfordringer. Skal en forstå depresjon bør en ikke redusere lidelsen til kun symptombelastning, men vektlegge symptomenes funksjon som en form for selvbeskyttelse mot tap og trussel (Gilbert, 2007). Depresjon kan dermed forstås som en atferd som skaper trygghet, der en forsøker med medfødte handlingsstrategier å håndtere truende situasjoner ved å unngå opplevde trusler. Konsekvensen av denne mestringsstrategien er at den depressive atferden blir forsterket ved at en unngår ubehagelige stimuli for å oppleve korte perioder med fravær av ubehag. Bakdelen med en slik strategi er at får ingen ny og korrigerende atferd som utfordrer depresjonen, men heller opprettholder de depressive symptomene (Gilbert, 2007).

I sin evolusjonistiske teori understreker Gilbert (2007) viktigheten av flere sentrale psykologiske, biologiske og sosiale faktorer. Psykologiske faktorer kan være tendens til negative grublerier, overgeneralisering av hendelser, skam og selvkritikk. Atferd assosiert med depresjon er unngåelse, underdanighet og fravær av eksplorerende atferd. Sosiale faktorer kan være det å vurdere seg negativt i forhold til andre og biologiske faktorer er nedtoning av det positive affektsystemet, samt sensitivisering av det negative

affektsystemet (Gilbert, 2007). I følge han bør dermed depresjon forstås ut fra et biopsykososialt perspektiv og som et interaktivt og komplekst dynamisk system, der flere virksomme og varierende faktorer er aktive. Biologisk, psykologisk og sosial faktorer vil gjensidig påvirke hverandre, der depresjon er en sekvens av interagerende prosesser mellom disse faktorene og som skaper komplekse biopsykososiale mønstre som trekker individet inn i en nedadgående patologisk spiral (Gilbert, 2007).



Biopsykososial modell etter Gilbert (2007).

En slik modell viser at den deprimerte kan ha forstyrrelser på flere nivåer, noe som resulterer i at et depressivt uttrykk vil variere fra person til person (Gilbert, 2007).

Trussel, nederlag og en opplevelse av å være fanget

Det å beskytte seg mot opplevd fare er et av de sentrale komponentene ved Gilberts (2007) depresjonsteori. En grunnleggende evne hos mennesket er å vurdere hva som er trygt og hva som er farlig. Hjernen er svært sensitiv overfor trusler, da det å utsette seg for

fare kan få fatale konsekvenser (Sloman, 2000). I ambivalente situasjoner søker vi automatisk etter trusler, og prosesserer negative stimuli raskere enn positive. Negative minner blir også i mange kontekster hurtigere aktivert enn positive minner. Vi har utviklet en rekke strategier for å mestre truende situasjoner. Felles for dem er at individet mobiliserer unngåelsesatferd overfor eventuelle trusler. Negativ emosjonell aktivering og nedtoning av det positiv affekt system fører til at det å skape en opplevelse av trygghet og ro blir vanskelig. Individet slutter å eksplorere omgivelsene, og inhibere heller atferd når en møter trusler en ikke kan kontrollere (Gilbert, 2007)

Den deprimerte er motivert til å komme seg vekk fra den truende opplevelsen, men kan oppleve seg fanget i en umulig situasjon der en mangler mulighet for å unnsnippe. Det å være fanget er blitt beskrevet som en av nøkkelopplevelsene ved depresjon, en form for tap av kontroll og innflytelse på avgjørende faktorer i sitt eget liv (Gilbert, 1992). Brown, Harris og Hepworth (1995) har vist at det å føle seg låst er en større prediksjon på depresjon enn tapsopplevelser (Brown et al., 1995). Eneste løsning en ser eller makter er å gruble og fantasere om en mulig utvei. Det å overfokusere på å komme seg vekk kan blokkere konstruktive løsningsstrategier, til tross for høy motivasjon for å unngå den truende situasjonen (Gilbert, 2007). Hjernen registrerer raskt misforholdet mellom hva en ønsker og hva en ikke oppnår. For å imøtekomme denne diskrepansen, prøver individet å mobilisere ressurser til å fullføre oppgaven. Mislykkes en og tolker årsaken til hendelsen som personlige feil, samtidig som en opplever konsekvensene avgjørende for fremtiden, vil en ha større sjanse for å utvikle depresjon enn hvis en tenker det skyldes uflaks eller er forbigående stress (Gilbert, 2007).

Nederlag og tap av ressurser er en annen faktor som er sterkt assosiert med depresjon, og en regner nederlag som en bedre prediktor på depresjon enn håpløshet.

Mennesket er sterkt motivert til å unngå nederlag. Forsøk på å unngå nederlag samt underlegenhet er signifikant korrelert med depresjon (Gilbert & Allan, 1998). Dykman (1998) foreslår to mekanismer som kan forklare atferd som oppstår ved unngåelse av nederlag. Han skiller mellom to typer strategier kalt vekstsøkende (growth-seeking) og bekreftelsessøkende (validation-seeking). Den første gruppen liker utfordringer, og muligheten til vekst og læring gjennom feil. Derimot føler de som bruker strategien bekreftelsessøking at de er under et konstant press for å vise at de er verdifulle og elskbare overfor andre. Sistnevnte strategien er assosiert med sårbarhet for depresjon, da en inngår i lite eksplorerende atferd, klarer ikke å benytte seg av støtte fra andre, men kommer mer i en posisjon av konkurranseatferd (Dykman, 1998).

Sensitivisering av biologiske systemer

I Gilberts teori vektlegges det at biologiske mekanismer er faktorer som blir påvirket og påvirker sosiale og psykologiske faktorer. Under visse omstendigheter, og spesielt i opplevde truende situasjoner, er hjernen konstruert til å tone ned positive emosjoner, redusere motivasjon og skape en følelse av depresjon, samt en opptoning av trusselsystemet. Hos deprimerte finner en forandring i serotonin og noradrenalin, som blant annet regulerer positive emosjoner og interesse for lystbetonte aktiviteter. En antar at nedgang i aktivitet hos disse nevrotransmittene forårsaker depresjon, og bruk av antidepressiva kan stabilisere nivåene (Kringlen, 2005). Nyere undersøkelsesmetoder med PET- skanning og fMRI viser at depresjon medfører utvikling av defekter og/eller funksjonsforstyrrelser i hjernen. Spesielt kan en se forminskert hippocampus (MacMaster & Kusumakar, 2004; Sapolsky, 2000), forstørret ventrikler i hjernen (Kringlen, 2005) og forstyrrelser i amygdala.

Forskning har vist at deprimerte har nevroendokrine forandringer (Kringlen, 2005). Spesielt fokus har en hatt på deprimertes forhøyet kortisolnivå, også kjent som kroppens stresshormon. Ved eksponering for flere stressorer øker mengden av kortisol, slik at personen blant annet kan aktivere sin oppmerksomhet til å handle på en mest mulig adaptiv og fokusert måte for å løse utfordringer. Dette systemet er effektivt til å håndtere korttidsstress, men kan være ufordelaktig ved langtidsstress, da det fører til negative helsemessige konsekvenser (Bremner, 2002). En slik aktivering vil over tid kunne påvirke hjernen og muligens utløse depresjon. Konsistente biologiske funn viser at individer med høyt stress over tid og lav opplevelse av mestring produserer mengder med kortisol, som påvirker neurotransmitterer og immunforsvaret (Bremner, 2002; Kringlen, 2005).

Nedtoning av positive affektsystem

Økt aktivering av negativ affekt er kjennetegn ved flere psykiatriske tilstander og ikke et særtrekk ved depresjon. Deprimerte skiller seg fra andre pasientgrupper ved fraværet av positiv affektaktivering (Gilbert, 1980, ref i Gilbert, 1992). I sin teori fremhever Gilbert (2007) at den biologiske årsaken til det depressive stemningsleiet kan forklares som et resultat av at den deprimerte ikke klarer å aktivere positive belønningssystemer i hjernen og skurrer på "beredskapen" for å håndtere farlige situasjoner (Gilbert, 2000; Nesse, 2000). Positive emosjoner øker fokus på tilknytning, øker oppmerksomheten, demper stress og har effekt på kognitive og sosiale prosesser. Hovedsakelig skiller en mellom to typer positive systemer som har ulik nevrologisk aktivering. Et som gir motivasjon og vitalitet til å søke belønning og positive hendelser, der en antar dopamin er virksom (Gilbert, 2007). Det andre belønningssystemet, der oxytocin og opiat er aktivert, knyttes til tilknytning og varme (Carter, 1998, Uväs-Morberg, 1998,

ref i Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Gjennom omsorg og beskyttelse fra foreldrene, har barnet stimulert sitt neurologiske positive affektsystem og koblet varme til interpersonlige samhandlinger. Dette systemet er tilgjengelige med minner og ulike handlingsskjema som aktiveres både ved positiv samhandling med andre og i stressende situasjoner for å beskytte individet. Dette er strategier som styrker individet til å håndtere tilbakeslag eller nederlag på en hensiktsmessig måte. Barn som har opplevd lite omsorg vil utvikle andre mestringsstrategier, siden de har fått overstimulert sitt neurologiske trusselsystem og understimulert sitt trøste-, varme- og positive affektsystem (Gilbert et al., 2006).

På 1970-tallet viste dyrestudier at dersom dyr ble hindret i å oppnå positive mål, som tilgang til fôr ved matstasjon, vil det etter hvert slutte å forsøke å få tilgang til maten. Selv etter fjerning av blokkeringen hadde dyrene tilbøyelighet til å la være å hente mat og oppnå positiv belønning. Denne atferden kan forklares ved "Incentive Disengagement Theory" (Klinger, 1975, 1993). I følge teorien kan en forstå depresjon som en konsekvens av medfødte strategier til å la være å inngå i atferd som en ikke tror vil lønne seg, eller som vil utsette en for negativ eksponering. De medfødte regulatorer som påvirker fysiologiske prosesser fører til forandringer i motiver, emosjoner, tanker og atferd i forhold til omgivelsene. Denne strategien er sannsynligvis et resultat av evolusjon og fører til at det positive motivasjonssystemet skrues av på et gitt punkt og fører til at en unngår å søke det umulige (Klinger, 1975, 1993).

Sosiale relasjoner

Mennesket har grunnleggende behov for aksept, tilhørighet og omsorg fra andre. Relasjonene som dannes med andre har en effekt på psykobiologiske tilstander og kan

spille en avgjørende rolle når det gjelder sårbarhet, begynnelse eller bedring av depresjon (Gilbert, 2007). Når andre sender ut signaler om at vi er akseptert i gruppen, føler vi oss trygge. Derimot får en signaler som tyder på at en ikke er akseptert, vil dette føre til at stressreaksjoner aktiveres.

Gilbert (2007) vektlegger at mange deprimerte opplever utrygghet da de ikke får tilfredsstilt det grunnleggende behovet for bekreftelse av andre. De opplever seg ofte alene og må kjempe om tilhørighet til en gruppe, der de ikke helt blir akseptert eller der andre har høyere status, er mer aggressive og handlekraftige enn en selv (Gilbert, 2007). Brown og Harris hevder at hvis en ikke har noen å dele sine følelser og tanker med eller har liten sosial emosjonell støtte, er en sårbar for depresjon (Brugha, 1995, Brown & Harris, 1978, ref i Gilbert, 2007). En kan skille mellom andres negative atferd som trussel og andres fravær som trussel. Ved tap av nærvær med andre vil hjernen oppfatte dette som en alvorlig trussel. Forsøk viser at får ikke et barn nødvendig omsorg, fører dette til nedtoning av atferd, samt aktivisering av stress-systemet og forsvarsmekanismer (Gilbert, 2007).

Sosial sammenligning er en av de eldste sosiale evalueringsferdighetene i følge evolusjonsteorier, der egen kompetanse vurderes svært raskt opp mot artsfrender eller konkurrenter. Sosial sammenligning hjelper individet til å finne sin plass i gruppen, fastslå hva som er ettertraktet standard, hvordan tilpasse sin atferd for å oppnå goder, unngå skade i interessekonflikter eller bli ekskludert fra gruppen. Deprimerte har en tendens til å foreta ugunstige vurderinger om ens egen attraktivitet, status, talenter, handlekraft (Buunk & Brenninkmeyer, 2000), og være mer inhiberte, underdanige og mindre selvsikker, sammenlignet med mer dominerende medlemmene i gruppe. Teorien om ”involuntary subordinate” strategier (ISS) knytter sosial sammenligning til depresjon (Buunk & Brenninkmeyer, 2000). I følge denne teorien vil taperen av en konflikt, eller de som tror de

vil tape konflikten, innta en underdanig rolle og begrense eksplorerende atferd. Formålet er å signalisere til andre i gruppen at de ikke er en trussel, unngå aggresjon fra overordnede og eventuelt bygge nye relasjoner med de av høyere status (Sloman, 2000). Tilstanden utvikler seg patologisk hvis individet mangler muligheten til flukt eller annen håndtering av situasjonen som til eksempel akseptering.

Det å ikke klare å hevde sine rettigheter og meninger overfor andre eller være svært underdanig i forhold til andre er assosiert med psykopatologi, spesielt depresjon og sosial angst (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000; Sloman, 2000).

Metakognisjon

Mennesket har utviklet fantastiske evner til å skape indre representasjoner av seg selv og verden i bevisste bilder, fantasier, språk og symboler. Våre metakognitive evner gjør at vi kan løse problemer, reflektere, danne meninger og prediksjoner. Med denne unike evnen følger også mulighetene til å fokusere og opprettholde negative forestillinger om en selv og verden, noe som kan føre til psykopatologisk utvikling (Gilbert, 2007).

Gilbert fremhever, med støtte av annen forskning, at det finnes flere typer selvfokus og metakognisjon som kan føre til patologi (Gilbert, 2007; Teasdale et al., 2000).

Deprimerte har en tendens til å fokusere mer på seg selv for å kontrollere indre smertefulle opplevelser og mindre på ytre, mer hensiktsmessig problemløsning (Watkins & Teasdale, 2004). Et selvfokus som spesielt kjennetegner depresjon er grubling (rumination) som er assosiert med en sårbarhet for å utvikle, opprettholde og tilbakefall av depresjon (Gilbert, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000). Grubling er form for maladaptivt selvfokus, hvor en på en passiv måte retter oppmerksomheten mot tankeprosesser og negative emosjonelle tilstander. Gjentatte ganger funderer en på depresjonens symptom, årsak, mening og konsekvens

(Nolen-Hoeksema, 1991, ref i Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004). Den deprimerte håper at grubling føre til en økt forståelse av seg selv og egen evne til å løse problemer. Denne ineffektiv problemløsningsstrategien forsterker negative emosjoner, og samtidig får en tendens til å isolere seg fra andre på grunn av økt selvfokus (Ramel et al., 2004).

Overgeneralisert autobiografisk minne er også en kjent markør ved depresjon. Overgeneralisert minne er tendensen til å huske generelle beskrivelser og ikke spesifikke hendelser. Tidligere tenkte en at overgeneraliserte minner var en stabil faktor hos personer med sårbarhet for depresjon. Nyere forskning viser derimot at en kan modifisere overgeneraliserte minner ved trening som fokuserer på daglige hendelser og akseptering av tanker (Williams et al., 1996; Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000). Williams, Teasdale, Segal & Soulsby (2000) fant i sin studie at overgangen fra overgeneralisert minne til mer konkrete minner medførte ingen endringer i humøret (Williams et al., 2000).

Metakognitive evne gir mulighet for refleksjon over egne handlinger og verdi. Mange deprimertes selvrefleksjon innebærer konstant selvkritikk, der en opplever at en ikke kan unnsnippe den negative kritikken eller klarer å komme med motargumenter. En blir da fanget i sine egne kritiske bemerkninger. Selvkritikk har som funksjon enten å motivere til bedre arbeid eller å kvitte seg med den opplevde negative delen av selvet. Ut fra hva som kan ha vært hensiktsmessig i tidligere situasjoner har mange deprimerte lært å håndtere vanskeligheter med selvkritikk og nedvurdering av seg selv. (Gilbert, 2007). Greenberg (1990) hevder at dette er en sårbar mestringsstrategi fordi den selvkritiske aktiverer med sine selvangrep en underdanig depressiv atferd (Greenberg, 1990, ref i Gilbert, 2007).

Skam er en vanlig og noen ganger dominerende følelse hos deprimerte. Den gir utslag i en affektiv og fysiologisk aktivering, og er assosiert med en opplevelse av svakhet (inferiority) og ufrivillig, underdanig selv-persepsjon. Med andre ord ser en seg selv gjennom andres øyne i et ufordelaktig lys (Gilbert, 1992). Skam kan oppleves som overveldende, fratrukket en handlekraft og motiverer til unngåelse og tilbaketrekning. En får gjerne en følelse av å være gransket, samt opplevelse av økt aggresjon som må inhiberes for å unngå konfrontasjon. Skam involverer et sterkt negativt selvfokus og selvbevissthet, der en er assosiert med det uønskede selvet, det en ikke ønsker å være. Forventningen om skam og nedvurdering av andre, kan motivere til tildekning av vanskelige affekter. Når skammen er internalisert, ønsker en å bli kvitt de sidene av seg selv på samme måte en forestiller andre ville ha kvittet seg med de uønskede sidene (Gilbert, 1992). Brewin og Furnham (1986) har vist at deprimerte ofte har vansker med å dele erfaringer og få de validert av andre. Dette kan skyldes frykt for å bli møtt med avsky av andre. Atferden er egentlig et forsøk på å beskytte seg selv, men konsekvensene med denne type inhibisjon kan føre til at en blir mer isolert, opplever seg annerledes i forhold til andre og dermed opprettholder en depressiv tilstand (Brewin & Furnham, 1986, ref i Gilbert, 1992).

De siste 20 årene har forskning resultert i en bedre forståelse av prosesser i depresjon. I Gilberts teoretiske forståelse av depresjon trekkes ulike tråder sammen i en kompleks modell. Hovedpilarene i modellen bygger på evolusjonsteori, tanken at depresjon er relatert til nedarvede selvbeskyttelsessystem og at deprimerte er understimulert på omsorg for seg selv. Hvis en kan se depresjon fra et slikt perspektiv, og ikke kun som et uttrykk for svakhet og avvik, kan det få konsekvenser for hvordan en praktiserer terapi og møter pasienter (Gilbert, 2007). I følge Gilbert (2007) er mindfulness og selvmedfølelse begge terapeutiske retninger som er egnet til å imøtekomme

utfordringene innen behandling av depresjon, og bedre tilfredsstillende terapeutiske retningslinjer om fokusert behandling utarbeidet av Nice og WHO.

Mindfulness

Fra 1990- tallet har en i Vesten hatt en økende interesse for kulturelle og religiøse tradisjoner fra Østen med dens mangfold av meditative øvelser som har til hensikt å fremme psykologisk helse ved sinnsro og ikke-dømmende oppmerksomhet (Mason & Hargreaves, 2001; Vøllestad, 2007). Spesiell oppmerksomhet har den buddhistiske tenkning fått med sin erkjennelse at psykisk velvære kan oppnås ved å erkjenne livets omskiftelighet og akseptere en tilstand av ikke-væren (Vøllestad, 2007).

Meditasjonsøvelser som vektlegger mindfulness har en dokumentert effekt på nevrologisk aktivering, pust og hjertefrekvens (Lazar, 2005). Individets konsentrasjon, oppmerksomhet, sinnsro og evne til å tolerere negative emosjoner øker (Baer, 2003). Forskjellen er ikke at en slutter å reagere på negative hendelser, men at stressreaksjonen avtar raskere og en grubler ikke over uhensiktsmessige handlingsstrategier (Lazar, 2005). Selv om det ikke er et mål i seg selv, ser en at mindfulness kan føre til avspenning (Baer, 2003).

Oppmerksomt nærvær er beskrevet som det å være oppmerksom på en bestemt måte; ved at en med vilje og på en ikke-dømmende måte fokuserer på hva som skjer akkurat nå (Ramel et al., 2004). Metoden vektlegger å ikke å styre sine opplevelser eller streve for hardt etter å oppnå et bestemt resultat eller forandre sine tanker. Ved å bruke alternative strategier, som involverer en mer beskrivende og erfaringsbasert tilnærming, vil en bevisst kunne fokusere oppmerksomheten (Watkins & Teasdale, 2004). Dette øker individets kognitive fleksibilitet og kan redusere tendenser til grubling, overgeneralisering og selvkritiske evalueringer (Ramel et al., 2004). I følge Gilbert (2007) er grubling,

overgeneralisering og selvkritikk faktorer som opprettholder depresjon og hindrer stimulering av det positive affektsystemet. Formålet med mindfulness er å gå fra å kun handle, til å være mer bevisst hva en gjør og tilstede i livet (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). Paradoksalt nok kan denne formen for ikke-streven resultere i at den som praktiserer mindfulnessøvelser, opplever positive virkninger på en rekke områder i livet (Vøllestad, 2007).

Opplæringen i mindfulness fokuserer på å utvikle oppmerksomheten til å kunne være bevisst et bestemt objekt, som for eksempel pusten eller kroppslige fornemmelser, samtidig som en registrerer tanker og følelser uten å bli oppslukt eller dømme sine kognisjoner og følelser. Målet er å bli klar over og identifisere egne automatiske og vanemessige tankemønstre for så å utvikle et mer desentrert og ikke-dømmende perspektiv på sanser, kognisjon og emosjoner. Personen kan dermed klare å se tanker og følelser som flyktige produksjoner av sinnet fremfor en refleksjon av virkeligheten (Ramel et al., 2004). Med en slik holdning blir det lettere å se flere reaksjonsmuligheter og ta mer fleksible og konstruktive valg i livet.

Den økte vitenskapelige aktiviteten knyttet til buddhistisk tradisjon har ført til dannelsen av flere ulike typer terapier med mindfulness som fellesnevner. Marsha Linehan's Dialektiske Atferdsterapi kombinerer enkle teknikker fra kognitiv terapi og mindfulness i behandling av personlighetsforstyrrelser, spesielt borderline. Mindfulness-based cognitiv therapy (MBCT) har som hovedformål å forebygge tilbakevendende depressive episoder, der en bruker teknikker fra kognitiv behandling av akutte depresjoner i en kombinasjon med meditative teknikker fra buddhistisk tradisjon (Allen & Knight, 2005). Programmet mindfulness-based stress reduction (MBSR) bruker psykoedukasjon og mindfulness teknikker med vektlegging av meditasjon til behandling av en rekke

sykdommer og plager (Kabat-Zinn, ref i Vøllestad, 2007). Mindfulness søker ikke å tilbakevise eksisterende teorier eller terapiformer, men heller utfylle dem ved å hjelpe pasienten til å fremme tilgang til tankeprosesser og dermed åpne opp muligheten til å finne nye løsninger (Vøllestad, 2007).

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) kombinerer Kabat-Zinn mindfulness teknikker med kognitiv terapi i et omfattende behandlingsprogram, der deltakerne trenes i depresjonsforebyggende teknikker (Williams et al., 2000). Formålet er å forebygge depressive episoder hos friskmeldte pasienter som har hatt flere depressive episoder (Mason & Hargreaves, 2001). Pasienter som har gjentakende depressiv lidelse er som nevnt en stor gruppe av de deprimerte. Det er derfor essensielt at en iverksetter tiltak som er tilrettelagt for dem. Programmet går over flere uker og er tilrettelagt for grupper. Det anvendes en sekulær variant av østlig meditasjon og yoga i gruppebehandling på opptil 30 personer (Vøllestad, 2007). Kurset består av 2 timers gruppeundervisning av meditasjonsøvelser, der en kan dele sine erfaringer knyttet til øvelsene. Deltakerne må gjennomføre daglige hjemmeøvelser på 30-45 minutter, enten guidet meditasjon på lydbånd eller egeninstruert (Ramel et al., 2004). Selve meditasjonen kan foregå liggende, sittende, oppreist eller i aktivitet med daglige gjøremål (Vøllestad, 2007). I tillegg omfatter også samlingene psykoedukasjon, der samtale om identifikasjon av negative tanker og emosjoner, samt stress, mestring og hjemmeoppgaver er sentralt (Vøllestad, 2007).

Formålet med programmet er å øke deltakernes oppmerksomhet i forhold til det som skjer akkurat nå ved å bruke kroppens fornemmelser og pust som et anker til nåtid (Mason & Hargreaves, 2001). Deltakerne oppmuntres til å forsøke å akseptere de vanskelige tankene og følelsene, ikke unngå eller handle automatisk etter dem (Ma & Teasdale, 2004) og heller ikke løse dem (Mason & Hargreaves, 2001). Skulle en miste

fokuset er instruksjonen å registrere det som har gjort krav på oppmerksomheten, for så å flytte oppmerksomheten tilbake til pusten (Vøllestad, 2007). Det vil si at ved tanker som ”Jeg er mislykket og ingen vil elske meg”, blir personen instruert til å observere tanken uten å rasjonalisere eller handle på tanken. Ved å være tanken bevisst og kun observere den (jeg merker jeg har en tanke som sier....) blir oppmerksomheten fokusert på å registrere tankene som en tanke, uten å starte en kaskade av grublerier eller negative handlinger (Allen & Knight, 2005). Målsetningen med disse øvelsene er å øke mulighetene til å registrere en mer nyansert virkelighet, bevisstgjøre egne handlinger og ikke bli oppslukt av vanemessig grubling (Kingston et al., 2007).

Behandling av depresjon ved hjelp av mindfulness

Forskning på mindfulness har fokusert på å forebygge depresjon og håndtering av grubling og overgeneraliserte minner. Spesielt har forebygging av nye depressive episoder stått sentralt. En studie av Ma og Teasdale (2004) viser at MBCT reduserte tilbakefall fra 78 % til 36 % hos pasienter med tre eller flere tidligere depressive episoder, men hos pasienter med to (nylige) depressive episoder fant en ingen effekt ved eksponering av MBCT. Det viser at MBCT er mest virksom når det gjelder forebyggende behandling hos personer med tre eller flere tidligere episoder med depresjon, tidlig depresjonsdebut og depresjon som ikke er utløst av traumatiske eller vanskelige livshendelser (Ma & Teasdale, 2004). Liknende resultater fant Teasdale et al. (2000) da de undersøkte effekten av MBCT administrert som grupperintervensjon til nylig friskmeldte depressive pasienter. Hensikten var å koble av negativ tenkning som en antar fremmer nye depressive episoder. Deltakerne ble randomisert i to grupper, en som fikk vanlig behandling og en som mottok MBCT. Begge gruppene ble fulgt opp i 60 uker for å registrere eventuelle tilbakefall. MBCT

reduserte signifikant risikoen for tilbakefall for 77 % av deltakerne som hadde hatt tre eller flere episoder. Derimot fant en ingen effekt hos deltakere som kun hadde hatt to tidligere episoder (Teasdale et al., 2000).

Selv om den depressive episoden er over kan tendensen til å reagere på små negative humørsvingninger med kraftig eskalering av negativ tenkning fremdeles være fremtredende hos den deprimerte (Ramel et al., 2004). Dersom deprimerte blir mer robust for humørsvingninger og ikke fordyper seg i uhensiktsmessig grubling, kan det medvirke til å forebygge depressive episoder (Ramel et al., 2004). Et ”desentrert” perspektiv på kognisjoner som opptrer i øyeblikket kan hindre mønster av grubling, samt reaktivering av negative følelser, kroppsformennelser og minner som kan utløse nye depressive episoder (Vøllestad, 2007). Over tid vil denne oppmerksomheten og mønstergjenkjenningen, som kan karakteriseres som en form for meta-kognisjon, bidra til et desentrert perspektiv på tanker, emosjoner og sanser (Ramel et al., 2004). Forskning viser nedgang i grubling, residual depressive symptomer og klinisk bedring hos dem som gjennomfører MBCT-programmet. Nedgang i grubling er avgjørende for bedring av residual symptomer (Kingston et al., 2007).

Når friskmeldte deprimerte trenes i mindfulness-teknikker svekkes tendensen til å danne overgeneraliserte minner, økning i nyansert innkoding av stimuli, samt mer nyansert gjenhenting av tidligere kunnskap og minner. En kan da anta at en utvikler bedre løsningsstrategier ved at en får tilgang til mer nyansert og ”objektiv” informasjon (Williams et al., 2000).

Flere deltakere som har gjennomført MBCT opplever at de er mer til stede i livet, blir mindre oppslukt av symptomene, utvikler en mer nyansert evne til å registrere signaler på kommende depressive episoder og fortsatter å bruke meditasjonsøvelsene etter endt

program. (Kingston et al., 2007). Deltakerne rapporterer at de handler mer fleksibelt og adaptivt (Mason & Hargreaves, 2001). En kan anta at deltakerne klarer å redusere selvbeskyttende atferd og engasjere seg mer i hverdagslivet. Med mindfulness klarte deltakerne bedre å tolerere affekt uten å aktivere negativ tankegang eller grubling. Denne erfaringsbaserte forståelsen at tanke ikke nødvendigvis er realiteten, genererer nye skjemaer og mer hensiktsmessige handlingsalternativer og kan forstås som en form for metakognitiv innsikt (Mason & Hargreaves, 2001).

Virksomme mekanismer i mindfulness

Bishop et al. (2004) har utviklet en operasjonell definisjon av mindfulness der han foreslår en tokomponentmodell av fenomenet. For det første er mindfulness en form for selvregulering av oppmerksomheten, der oppmerksomhetsfokus opprettholdes på den umiddelbare erfaring. En kan skifte fokus tilbake til her- og nå erfaring, og ikke utforske tanker, følelser og sansinger når sinnet vandrer. For det andre omfatter mindfulness det å innta en bestemt holdning til ens egne erfaringer, kjennetegnet av nysgjerrighet, åpenhet og aksept uavhengig av erfaringens innhold (Bishop et al., 2004). En vil dermed ut i fra Gilberts depresjonsforståelse utruste pasienten med teknikker som kan overstyre de patologiske prosessene, som grubling og selvkritikk, og stimulere pasienten til en mer eksplorerende atferd og nyansert persepsjon av virkeligheten. Videre skiller modellen på den ene siden mellom oppmerksomhetsmekanismer av mer kognitiv art og på den andre side erfaringsmessig dybde. Det handler ikke kun om prosessering av tanker og følelser, men like mye om å fremme en omsorgsfull kvalitet ved oppmerksomheten, en følelse av åpenhjertig, vennlig nærvær og interesse (Kabat-Zinn, 2003, ref i Vøllestad, 2007). Det er naturlig å koble den sistnevnte faktoren til styrkning av selvmedfølelse (self-compassion).

Klinisk erfaring og forskning viser at strenge selvkritiske holdninger ofte er vedlikeholdende faktor i ulike typer psykiske lidelser. Gilbert (2007) understreker at ved å stimulere affektsystemer ved hjelp av selvomsorg kan en dempe individets maladaptive selvbeskyttende atferd og stimulere den deprimertes behov for tilhørighet. Terapien bør fokusere på utviklingen en mer omsorgsfull og aksepterende innstilling til seg selv (Gilbert & Irons, 2005). Den operasjonelle definisjonen til Bishop et al. (2004) gjør det nærliggende å anta at utvikling av oppmerksomt nærvær kan virke på tilsvarende måter (Vøllestad, 2007).

Tidlige depressive episoder er ofte knyttet til utløsende faktorer i miljøet, mens senere episoder i større grad skyldes aktivering av depressive tankemønstre i fravær av ytre belastninger (Segal, Teasdale, & Williams, 2002). De virksomme mekanismene er å redusere den autonome, indre aktiverte depressive tanke-tilen som trigges i stress-situasjoner og ha en større forankring i her- og nå situasjoner ved hjelp av metakognitiv innsikt som en tanke er ikke en objektiv sannhet (Ma & Teasdale, 2004; Vøllestad, 2007).

En hypotese som kan forklare hvorfor intervensjonene fungerer best på pasienter med tilbakevendende depresjon, er hvilken rolle de kognitive prosessene har i første depressive episode sammenlignet med de senere gjentakende episodene (Segal et al., 2002). Ved første depressive episode er koblingen mellom negative affekter og patologisk kognisjon svak, men ved gjentakende episoder styrkes den lærte forbindelsen mellom affekt og kognisjon. Enkelte er sårbare for flere depressive episoder, da de har en tendens til å reagere med negativ tenkning ved små humørsvingninger. En person som tidligere har vært deprimert vil som regel være mer sårbar i møte med vanskeligheter, da emosjonelle forandringer aktiverer automatiske nevrologiske responser og negativ tankemønster som kan føre til en patologisk utvikling (Allen & Knight, 2005; Segal et al., 2002). Det er

derfor blitt fremhevet at tidligere deprimerte pasienter bør lære å skille tenkning og emosjoner, slik at de klarer å bryte kaskaden av automatisk negativ tenkning ved nedstemthet (Allen & Knight, 2005). Teasdale (2003) forstår dette som en metakognitiv innsikt (Teasdale et al., ref i Baer, 2003). Denne innsikten er sentral hvis en i følge Gilberts (2007) teori skal forsøke å dempe mekanismene som fremmer patologisk selvbeskyttelse. Mindfulness utstyret pasienten med redskaper som hjelper en til å bryte de negative mønstrene ved å registrere tanker og følelser, akseptere dem og ikke handle på dem. Ved en slik innsikt kan en ved emosjonelle svingninger lede oppmerksomheten over på aspekter ved øyeblikket, pusten, gangen og naturen (Baer, 2003). Formålet er at risikopasienter i det daglige skal kunne stabilisere stemningsleiet, unngå eskalering av de depressive symptomene og ved eventuelle kommende episoder ta dem i bruk for å begrense den depressive episoden (Allen & Knight, 2005). I tillegg vil pasienten lettere kunne registrere tidlig fase av en depressiv episode og stoppe eventuell maladaptiv atferd, som f. eks unngåelsesatferd (Toneatto, 2007), og raskere iverksette forebyggende tiltak mot utbruddet (Baer, 2003).

Baer (2003) hevder at den virksomme mekanismen er eksponering, både for kroppslig aktivering og for tidligere unngått tankeinnhold og følelser. En av de ledsagende prosessene er økt affektbevissthet, det vil si evnen til å skille følelser fra andre kroppslige opplevelser samt økt evne til å forstå og beskrive emosjonelle tilstander (Baer, 2003). Forskningsresultater viser at gruppetilhørighet og det å få støtte av andre er en viktig faktor når det gjelder terapeutisk utbytte (Mason & Hargreaves, 2001).

Selvmedfølelse

Et annet sentralt trekk ved buddhistisk praksis og filosofi er begrepet selvmedfølelse som foreløpig ikke har fått like mye oppmerksomhet som mindfulness (Neff, 2004). Neff (2003a; 2003b) har introdusert selvmedfølelse som betydningsfullt for mestring av livets vanskeligheter. I følge Neff (2003) involverer selvmedfølelse det å "være åpen for og beveget av ens egen lidelse, erfare følelser av vennlighet og egenomsorg, der en inntar en forstående, ikke-dømmende holdning til ens egen svakhet og feil, og gjenkjenner at ens opplevelser er en del av felles menneskelig erfaring". Person med høy selvmedfølelse vil se egne problemer og ufullkommenheter mer presist. Samtidig vil en ha mer omsorg og medfølelse for seg selv istedenfor å være selvkritisk og streng. Selvmedfølelse kan opptre som en buffer mot negative hendelser og generere positiv selvfølelse når omstendighetene butter imot. Den motiverer til å forsøke å utvikle ens egenskaper og ikke dekke over, men heller lære av egne feil (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007).

Neff (2007) tenker at selvmedfølelse består av 3 hovedelementer; selvomsorg versus selvkritikk, felles forståelse av menneskeheten versus isolasjon, og mindfulness versus overidentifikasjon med vanskeligheter (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Når individer med selvmedfølelse konfronteres med lidelse, det å komme til kort eller feil, vil de møte seg selv med varme og ikke-dømmende forståelse heller enn å bagatellisere smerte eller kritisere seg selv. For det andre vil selvmedfølelse innebære det å være fortrolig med at det å være menneske vil si å gjøre feil og møte vanskeligheter, og at dette er noe som vi alle vil ha tilfelles. Til slutt understreker Neff (2004) at en kan ikke være selvmedfølelse hvis en fortrenger egen lidelse, tanker og smertefulle opplevelser. Aksepterende og

mindful innstilling vil føre til økt bevisstgjørelse, uten at en fordype seg i vanskelige tanker og følelser (Neff, 2004).

I Vesten er det en generell oppfattelse at medfølelse skal gjelde andre og ikke nødvendigvis en selv, men i buddhistisk tradisjon understrekes at en skal ha først fremme selvmedfølelse før en kan ha omsorg for andre. Selvet sees som en del av fellesskapet, og det å ha kun medfølelse for den ene part er en meningsløs dikotomi (Neff, 2004). Å ha selvmedfølelse er ikke vesensforskjellig fra det å ha medfølelse for andre. En er emosjonelt beveget av det vanskelige hos den andre og ønsker å ivareta den lidende, samtidig som en vedkjenner at dette er en situasjon som deles av mange mennesker. Det å ha selvmedfølelse innebærer å handle på samme måte mot seg selv i vanskelige opplevelser (Leary et al., 2007). Selvmedfølelse er ikke en måte å unnskyldes seg selv. En ønsker heller å se seg selv slik en er og handle medfølelende ut i fra det. Det er ikke en form for selvmedlidenhet, der en lett kan fortape seg i og overdramatisere egne negative opplevelser (Neff, 2004).

Funn tyder på at selvmedfølelse er sterkt relatert til psykologisk helse. Høy skåre på selvmedfølelse er negativt korrelert med selvkritikk, depresjon, angst, grubling, undertrykkelse av tanker og nevrotisk perfeksjonisme. På den andre siden er selvmedfølelse positivt korrelert med lykke, optimisme, positiv affekt, visdom personlig initiativ, ekstrovertsjon, samvittighetsfullhet, nysgjerrighet, utforskertrang, tilfredshet, sosial tilhørighet og emosjonell intelligens. Studier viser at personer med selvmedfølelse søker å lære for læringens skyld, og ikke dekke over potensielle feil. I følge Gilbert (2007) kan en gjennom selvmedfølelse fremme opplevelse av sosial tilhørighet som vil kunne dempe den deprimertes erfaring av sosial isolasjon og redusere selvbeskyttende atferd, samt fremme bedre affektregulering. Selvmedfølelse er forbundet med adaptive

mestringsstrategier og en nyttig emosjonell reguleringsstrategi som hjelper en til å skape et bedre perspektiv på ens situasjon, og dermed øke sannsynlighetene til å foreta konstruktive valg (Neff, 2004; Neff, Kirkpatrick et al., 2007; Neff, Rude et al., 2007). Ved konfrontasjon med problematiske tanker har personer med høy selvmedfølelse mindre behov for å unngå smertefulle tankeprosesser. Forskningsdeltakere opplever ikke mindre negativ affekt, men resultatene viser at selvmedfølelse øker personens toleranse for negativ affekt (Neff, Kirkpatrick et al., 2007).

Lav selvtillitt og selvmedfølelse

Flere psykologiske behandlingsmetoder fokuserer på å redusere pasientens selvdestruktive handlinger og holdninger som er assosiert med lav selvtillitt (Leary et al., 2007). Gilbert forstår selvtillitt som en utviklet egenskap til å danne rangeringer av individer i en gruppe og er relatert til beredskap, impulser og dopamin, der lav selvtillitt vil korrelere med depresjon (Gilbert & Irons, 2005). Lav selvtillitt er ofte korrelert med underdanig atferd. Deprimerte opplever ofte at de har lav selvtillitt, få ressurser og vanskeligheter med å oppnå sine mål (Price, 2000). Nyere forskning viser at det kan være hensiktsmessig å fokusere på å hjelpe deprimerte (spesielt selvkritiske) med å utvikle evnen til å generere varme, levende, aksepterende og selvmedfølelse bilder (Gilbert et al., 2006).

Det er flere virksomme faktorer i selvmedfølelse som beskytter individet mot stress. Disse beskyttende faktorene kan ligne på høy selvtillitt. Til tross for likheter antar en at selvmedfølelse skiller seg noe fra selvtillitt blant annet ved at selvmedfølelse bidrar til økning av velværet ved hjelp av andre mekanismer enn selvtillitt (Leary et al., 2007). Mange har fremhevet selvtillitt som en viktig faktor for å fremmer helse, men senere tid har en også blitt mer klar over de negative sidene ved høy selvtillitt. Narsissisme,

fordommer og utagering mot dem som truer selvbildet er noen av konsekvensene (Neff, 2004). Selvmedfølelse derimot er en orientering der en har omsorg for seg selv, uten de negative konsekvensene. Det å reagere med vennlighet mot en selv istedenfor selvkritikk fremmer ens positive selvfølelse med fravær av overmott eller selvhenførende illusjoner som karakteriserer mange som har høy selvtillit (Leary et al., 2007).

Leary et al., 2007 fant i sine studier at selvmedfølelse predikerer konstruktive/positive emosjonelle reaksjoner i møte med negative hendelser. Selvmedfølelse fungerte som en buffer mot negative selvfølelser når en forestiller seg stressende sosiale settinger. Selvmedfølelse modererte negative emosjoner etter å ha mottatt ambivalente tilbakemeldinger, dette gjaldt spesielt for personer med lav selvtillit. Personer med lav selvmedfølelse har en tendens til negativt å bedømme ens presentasjoner og vurdere seg selv som svakere eller dårligere enn andre. Når personer blir trent i selvmedfølelse vil de har lettere erkjenne egen rolle i negative hendelser uten å bli overveldet av negative emosjoner (Leary et al., 2007). Det kan være vanskelig å opprettholde et negativt syn av andre og en selv, siden skam og opplevelse av sosial isolasjon avtar, når en praktiserer selvmedfølelse. Med en slik persepsjon kan individet stå bedre rustet til å søke støtte hos andre og utvikle en mer objektiv forståelse av sine ressurser og svakheter.

Skam er en svært sentral og virksom komponent i psykopatologi. Resultatet av skam er negativ evaluering av seg selv og selvkritikk. Skam er vanskelig å behandle da en opplever seg angrepet av seg selv og andre mennesker, og dermed unngå å søke hjelp hos andre. "Compassionate mind training" (CMT) som er utviklet av Gilbert og Irons (2005) og inspirert av arbeid med svært skamfulle og selvkritiske pasienter. Denne terapien har i tillegg til å redusere negativ atferd mot en selv, fokus på å skape følelser av selvmedfølelse,

varme og selvomsorg som kan operere som tiltak mot skam som aktiverer trusselsystemet. De lindrende egenskapene ved selvmedfølelse tenkes å skape mer intimitet, effektiv affekt regulering, eksplorering og bedre mestring av miljøet (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006).

I et lignende studie fant Neff et. al (2007) at selvmedfølelse beskyttet individene mot selvevaluerende angst ved konfrontasjon med personlig svakhet, mens selvtillitt ikke opererte som buffer mot angst i selvevaluerende situasjoner (Neff, 2004; Neff, Kirkpatrick et al., 2007). Disse resultatene kan tyde på at selvmedfølelse involverer en opplevelse av tilhørighet. Gilbert (2006) har en evolusjonsbasert forståelse av selvmedfølelse, og ser fenomenet som en form for omsorgsferd utviklet fra menneskets evne til å fostre og ha omsorg for andre, spesielt ens barn (Gilbert, 2007; Gilbert & Irons, 2005). Selvmedfølelse deaktiverer trusselsystemet, som er assosiert med følelsen av usikkerhet og forsvar. Samtidig aktiverer det beroligende (soothing) system som innebærer en følelse av sikker tilknytning, trygghet og aktivering av oxytocin-opiat systemet. En annen måte å forstå denne prosessen er at den aktiverer det lindrende systemet som deaktiverer den depressive selvbeskyttelsen (Gilbert, 2007). Ved å øke selvmedfølelsen stimulerer en det positive affektsystemet og lære nye måter å ha omsorg for seg selv (Gilbert et al., 2006). Selvmedfølelsen styrker individet når selvtilliten ikke er virksom, siden feil og det å komme til kort kan møtes med varme og aksept på at dette er felles for mennesker. Kroniske selvkritikere vil kunne ha effekt av terapi med fokus på selvmedfølelsen (Neff, Kirkpatrick et al., 2007). I terapeutisk sammenheng vil det i tillegg være lettere å heve selvmedfølelsen enn selvtilliten, da selvtilliten er mer prestasjonsorientert og korrelert til ytre forandringer (Neff, 2004).

Bruk av selvmedfølelse

Selvmedfølelse kan integreres i allerede etablerte terapeutiske retninger og bør brukes i kombinasjon med andre terapier. Ulike terapiformer har forskjellig forståelse av begrepet og vil benytte fenomenet på ulike måter.

I den terapeutisk tilnærming ”Compassionate Mind Training” (CMT) vektlegges det at selvmedfølelse kan hjelpe pasienten å lindre, trygge seg selv og føle varme for ens egen vanskeligheter og problemer (Gilbert & Irons, 2005). Ved CMT søker en å forandre personens forhold til seg selv. Når individet gjør en feil, blir en oppmerksom og aksepterende på det som skjer en samtidig som en er medfølelse overfor seg selv. Terapien bygger på kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi sin overbevisning om psykoedukasjon, tanke- og affektmonitorering, desentrering, aksept, testing av ideer og praksis, samt bruk av billedteknikk (Gilbert & Procter, 2006).

Pasientene får undervisning der depressive symptomer forklares som aktiverte medfødte og automatiske strategier, som ikke skyldes personlig feil eller svakhet. Negativ og patologisk atferd forstås som en form for mestring. I begynnelsen av terapien kartlegger en symptomenes funksjon ved å gå gjennom pasientens historie med spørsmål rettet mot denne problemstillingen. Formålet er at pasienten skal bli klar over funksjonen til den depressive tilstanden og normalisere sine plager. Etter at pasienten har fått innsikt i egne psykologiske mekanismer, vil terapeuten hjelpe pasienten å utvikle og opprettholde oppmerksom på selvmedfølelse bilder. I tillegg til praktiske øvelser, får pasienten undervisning om hvordan nevrologiske mekanismer og prosesser kan forandres ved bruk av tanker og bilder (Gilbert & Procter, 2006). Anvendelse av slike bildeteknikker kan øke selvmedfølelsen ved at en får erfare følelse av omsorg, og ikke kun en logisk reformulering av sine kognisjoner (Gilbert et al., 2006). Målet er å redusere depressive symptomer som

selvbeskyttende og underdanig atferd, selvkritikken, grubling, samt øke det positive affektsystemet og skape et nytt selvfokus (Gilbert & Procter, 2006).

I mange terapiformer er det terapeutens oppgave å formidle omsorg til pasienten. I CMT vektlegges det at pasienten, i tillegg til terapeutens varme, skal kunne skape omsorg for seg selv alene via fokus på medfølende bilder, gjerne med pusten som anker. Pasienten inviteres til å danne sitt idealbilde av omsorg. Idealbildet må inneholde kvaliteter som visdom, styrke, varme og ikke-dømmende aksept som gis til pasienten. Det er et bilde som forstår dem, samt gir dem en opplevelse av varme og omsorg. Det trenger ikke være et menneske, men kan være et trygt sted, for eksempel havet eller et tre. Bildet bør være så personlig som mulig og inneholde flere sansemodaliteter som lukt, farge, struktur for at det skal fremstå som troverdig og effektiv for pasienten. I tillegg til bruk av omsorgsfulle bilder, kan en skrive selvmedfølende brev til seg selv (Gilbert & Procter, 2006).

Mindfulnessøvelser viser seg å kunne øke selvmedfølelsen. Studier av Shapiro, Astin, Bishop, and Cordova (2005) viste at deltakerne i et mindfulness-basert stressreduksjonsprogram (MBSR) økte nivået av selvmedfølelse (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005).

Det er foreløpig lite forskning som har evaluert CMT, men resultatene av en pilotstudie med CMT viste reduksjon av angst og depresjon, selvangrep, følelse av underlegenhet, underdanig atferd og skam, samt bedret interpersonlige forhold (Gilbert & Procter, 2006). Dette er en reduksjon av komponenter som Gilbert finner sentrale ved depresjon. Pasientene gav positiv tilbakemelding på psykoedukasjon, da den hjalp dem til å normalisere de depressive symptomene. En del pasienter rapporterte at selvmedfølelse opplevdes truende og førte til økt sorg og tristhet. Det tok tid før deltakerne klarte å

gjennomføre øvelsene, og det ble derfor underveis understreket viktigheten av å fokusere på prosessen og ikke formålet med øvelsene (Gilbert & Procter, 2006).

Diskusjon

Depresjon er et av de vanligste helseproblemene i verden og i tillegg er det en lidelse som øker i omfang (Allen & Knight, 2005). Både Nice og WHO fremhever at en som behandler skal ha kjennskap til sentrale prosesser i depresjon og være trent i evidensbaserte og tilrettelagte terapiformer. Det å forstå årsakene til depresjon for å kunne lindre og forbygge depresjon er derfor et prioriteringsfelt for helsearbeidere (Allen & Knight, 2005).

Anvendelse av Gilberts depresjonsteori

Det å forstå prosessene i depresjon og hvordan de reguleres av metakognisjon, grubling og interpersonlige prosesser, er nødvendig når en skal forsøke å forstå hvordan og hvorfor mindfulness og selvmedfølelse kan ha en effekt på depresjon (Allen & Knight, 2005).

Den sentrale hypotesen i Gilberts depresjonsforståelse er at det positive affektsystemet er nedtonet og individet har en økt sensitivitet overfor trusler. De ulike hjerneprosesser fører til at individet persiperer og tolker omgivelsene på en bestemt måte som resulterer i at en inntar spesielle sosiale eller interpersonelle roller. Over tid kan nedtoningen av det positive affektsystemet og sensitivisering av trusselsystemet føre til en patologisk utvikling der individet utvikler depresjon. (Allen & Knight, 2005). En antar at en kan indirekte manipulere de positive affektsystemene ved å regulere individets atferd, affekt og kognisjon (Allen & Knight, 2005; Gilbert, 1992, 2000). Mindfulness og

selvmedfølelse er to teknikker som kan dempe indre negative prosesser, som grubling og selvkritikk, og som stimulerer til undertrykkelse av positive affekter (Allen & Knight, 2005). Samtidig hevder Gilbert (2007) at mindfulness og selvmedfølelse kan styrke persepsjon som stimulerer det positive affektsystemet, demper selvbeskyttende atferd og fremmer utforskende atferd.

Ved anvendelse av mindfulness og selvmedfølelse har en som mål å trene opp egne ferdighetene til å være oppmerksom og aksepterende på hva som faktisk hender. En kan fokusere på det ytre miljø, som for eksempel andre menneskers atferd, eller en kan ha et indre fokus, der en registrerer tanker og følelser. Kognitive tankeprosesser som grubling kan være knyttet til nederlag og trussel eller kritiske, skamfulle og negative tanker om ens egenverdi (Allen & Knight, 2005). Disse tanke prosessene kan være vanskelig for deprimerte å artikulere. Spesielt gjennom mindfulnessøvelsene kan en få tilgang til sentrale prosesser som aktiveres ved depresjon. Den bevisste oppmerksomhet gjør det mulig å iverksette tiltak som er spesifikk rettet mot enkelt komponenter ved depresjon, som for eksempel grubling eller selvkritiske tanker.

Når pasienten får et tydeligere og bevisst forhold til sitt lidelsestrykk, kan hun eller han få behov for forklaring og kunnskap om sykdommen. Ved å bruke Gilbert sin depresjonsteori kan en tydeliggjøre for pasienten årsaken til at en rammes av depresjon og symptomenes funksjon. Her kan informasjon om trussel, nederlag og en opplevelse av å være fanget, biologiske prosesser, underdanig atferd og metakognisjon forklares i et evolusjonistisk perspektiv. Informasjon kan hjelpe pasienten til å lettere akseptere og normalisere sin lidelse ved å se at en tilhører en stor gruppe mennesker som aktiverer nedarvede mekanismene ved stressende og ukontrollerbare situasjoner. Han, Chen og Wei (2006) fant i en studie at undervisning om depresjon og lidelsens biologiske korrelater

førte til en signifikant økning av deprimertes villighet til å søke hjelp. Undervisning om de biologiske mekanismene i depresjon førte til at deltakerne destigmatiserte depresjon og anerkjente lidelsen som en sykdom (Han et al., 2006).

Effekt av mindfulness

Pasienter med tilbakevendende depressive lidelse opplever en sykdomsutvikling der episodene er karakterisert av økende symptombelastning og frekvens. Etter hvert skal det mindre psykologisk stress før en utløser nye episoder og en responderer dårligere på tilrettelagte behandlinger (Allen & Knight, 2005). Formålet med terapeutisk intervensjon er å stoppe den eskalerende patologiske utviklingen med gjentakende episoder. Det viser seg at mindfulness-programmene har best effekt på deltakere som har hatt en vanskelig barndom og minimum opplevd tre episoder med depresjon, der den første oppstod relativt tidlig. MBCT kombinerer mindfulness og kognitiv terapi, og har som mål å forebygge tilbakevendende depresjon. Programmet er mest effektivt mot depresjoner som ikke er relatert til ytre belastninger. Personer som kun har hatt to depressive episoder eller mindre, og har opplevd en traumatisk hendelse som har utløst lidelsen, har mindre utbytte av behandlingen (Segal et al., 2002).

I nyere tid har en økende mengde forskning sett nærmere på standardiserte mindfulnessprogrammer, og deres effekter på en rekke patologiske tilstander som angst og depresjon. Mesteparten av denne forskning har sett på effekten av MBSR-program, som vektlegger viktigheten av mindfulness i daglig liv og praktisering av formell meditasjon (Lazar, 2005). Gjennomgang av resultatet fra slike studier er noe motstridende. Baer (2003) foretok en systematisk gjennomgang av 22 studier som målte effekten av MBSR eller MBCT som tok sikte på å bedre tilstander som angst, depresjon, overspising, kronisk

smerte, fibromyalgi, psoriasis, stress relatert til kreft, samt andre psykologiske og medisinske variabler hos ikke-klinisk populasjon. Hovedvekten av disse studiene foretok repeterte mål, pre-post design eller longitudinelle design. Programmer med komponenter av mindfulness, som til eksempel dialektisk atferdsterapi (DAT), ble ekskludert grunnet manglende vektlegging av mindfulness. Ut i fra det begrensede antallet kontrollerte studier konkluderte studien med at MBSR sannsynligvis har effekt (Baer, 2003).

Et mindre optimistisk resultat fant Toneatto & Nguyen (årstall) i en annen systematisk gjennomgangstudie av 15 forskningsarbeid som målte effekten av MBSR-program på angst og depresjon. De fant tvetydige resultater, og konkluderte med at MBSR-programmet ikke har en reliabel effekt på depresjon og angst (Toneatto & Nguyen, 2007). Likevel fant en resultater som viser at risikoen for tilbakefall etter vellykket behandling av depresjon ble redusert etter introduksjon av MBSR-programmet. Disse resultatene gjør det nærliggende å bruke MBSR som et supplerende tiltak for å forebygge eventuelle tilbakevendende depressive episoder. Denne type intervensjon bør komme i tillegg til etablert depresjonsbehandling (Toneatto & Nguyen, 2007).

Bruk av mindfulness ved pågående depresjon

MBCT synes å være et effektivt program for å hindre tilbakefall av depresjon. Programmet er hovedsakelig rettet mot individer som ikke har en pågående depressiv episode. Forskning er gjennomført med deltakere som er friskmeldt fra sin depresjon, men som har en sårbarhet for nye depressive episoder. Siden det er utført få studier som fokuserer på behandling av personer med pågående depresjon, er det vanskelig å trekke konklusjoner om mindfulness er gunstig for pasienter i aktiv depressiv fase. I litteratur på området antyder eksempelvis Gilbert (2007) at det kan være vanskelig for deprimerte å

tilegne seg og praktisere mindfulness. I slike tilfeller kan det være mer gunstig å styrke pasientens selvmedfølelse (Gilbert, 2007). Fennell (2004) og senere Kenny og Williams (2007) anbefaler ikke programmer med mindfulness til pasienter med aktiv depresjon. I slike tilfeller er det mer hensiktsmessig å bruke andre veletablerte terapiformer, som kognitiv terapi (Fennell, 2004; Kenny & Williams, 2007).

Omfattende programmer på flere uker med daglig meditasjon viser tvetydige resultater på effekt av depresjon. Derimot viser en rekke studier at effekten av praktisering av kun meditasjon med mindfulness kan føre til helsegevinster (Baer, 2003). I tillegg er der flere terapiformer som vektlegger mindfulness, og som kan vise til gunstig effekt. Linehan (2007) med sin dialektiske atferdsterapi benytter enkle mindfulnesssteknikker i behandling av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse og suicidal atferd. De tilrettelagte mindfulnessøvelsene er korte og enkle, samtidig som de hjelper pasienten med å fokusere og akseptere utfordringene de møter. Denne gruppen pasienter, til tross for høy symptombelastning, klarer å gjennomføre øvelsene med positiv effekt (Lindenboim, Comtois, & Linehan, 2007). Med slik bakgrunnskunnskap bør det være grunnlag for å videreutvikle mindfulnessøvelser som tilrettelegges for pasienter i depressive faser.

En må vurdere hva slags komponenter øvelsene skal inneholde når det gjelder kvantitet og kvalitet for å være effektiv behandlingsform, hvilken betydning lengden eller formen på øvelsene har i forhold til gunstige effekter. Kanskje ved å korte ned øvelsene, både når det gjelder tidsrom og krav til kognitiv kapasitet, bli de mer tilgjengelige for personer som er i en depressiv fase? Det er foreløpig få studier som har sett nærmere på denne problemstillingen og foreløpige resultater har ikke funnet noen klare sammenheng mellom omfang av mindfulnessøvelse og effekt (Toneatto & Nguyen, 2007).

Forskningsrelaterte utfordringer

Foreløpig forskning om bruk av mindfulness i behandling er knyttet til standardiserte programmer. Resultatene viser reduksjon av gjentakende depressive episoder og resultatene er noe tvetydig ved andre former for depresjon. Med den store aktivitet på forskningsfeltet hvor stadig flere studier blir publisert, kan en muligens etter hvert vise til mer nyanserte resultater knyttet til bruk av mindfulness i depresjonsbehandling (Lazar, 2005). Spesielt har forskningen av mindfulness fått kritikk for fravær av kontrollgruppe eller kun sammenligne resultatene med venteliste pasienter. Ved fremtidig forskning kan eventuelle kontrollgrupper motta annen aktuell behandling, slik at det blir mulig å sammenligne mindfulness med tradisjonelle terapiformer (Baer, 2003; Lazar, 2005). En bør også undersøke nærmere hvordan en best mulig kan kombinere mindfulness med allerede etablerte terapiformer. Variabler som personlighet til deltakerne, gruppestøtte, psykoedukasjon og kognitiv atferdsteknikker er antatte variabler som kan være virksomme mekanismer i mindfulnessprogrammene. Forutinntatte meninger og forventninger til terapien har også en viktig effekt på deltakernes erfaring med MBCT. Det å være åpen og fleksibel for programmet, tilegne seg meditasjonsteknikkene og kunne anvende dem senere i hverdagslivet er faktorer som er spesielt sentrale for effekten av mindfulness (Mason & Hargreaves, 2001). Dette er variabler som kan virke inn på utfallet av studiene og som en bør kontrollere for (Lazar, 2005).

Studier av mindfulness bør ta sikte på å kartlegge fenomenets gyldighet og reliabilitet. Det er essensielt at en i den vitenskaplige prosessen ikke reduserer fenomenene til kunstige operasjonelle definisjoner som går på bekostning av fenomenets egenhet og virkekraft (Baer, 2003).

Effekt av selvmedfølelse

Det er foreløpig gjort lite forskning på selvmedfølelse, men det er et begrep som stadig blir mer aktuell ettersom flere fagpersoner fokuserer på betydningen av selvmedfølelse i behandling. Som nevnt ovenfor er selvkritikk, lav selvtillit, skam, depresjon og angst sentrale faktorer i depresjon. Ved bruk av selvmedfølelse reduserer en disse komponentene og fremmer flere positive helsegevinster (Gilbert & Procter, 2006; Neff, Rude et al., 2007).

Det å være selvkritisk og ikke klare å beskytte seg mot sine egne angrep er sterkt korrelert med depresjon. Pasienter som er svært selvkritiske, har mye skam og lav selvtillit kan oppleves som vanskelig å behandle og har en tendens til å bli karakterisert som ikke mottakelig for tradisjonell terapi. En del forskning tyder på at personer som har høy selvmedfølelse har en økt beskyttelse mot effekten av negative hendelser (Neff, Kirkpatrick et al., 2007). I tillegg til den gunstige effekten, tyder funn på at selvmedfølelse er lettere å styrke enn selvtillit. Dermed kan en anta at behandling med fokus på selvmedfølelse vil være gunstig for pasienter som ikke har respondert på tidligere behandling. Terapi med fokus på selvmedfølelse vektlegger det å ha omsorg for seg selv, ha en felles menneskelig forståelse og mindful akseptering. Pasienten får en styrket positive selvfølelse og bedømmer ikke seg selv, men blir mer realistiske overfor sine egne begrensninger (Leary et al., 2007). Gjennom selvmedfølelse vil en stimulere de positive affektsystemene slik at pasienten aktiverer oxytocin- og opiatsystemet sitt, slik at en klarer å selvgenerere varme og omsorg for seg selv (Gilbert, 2007; Gilbert & Irons, 2005).

Arbeid med selvmedfølelsen bør og kan lett kombineres med annen allerede etablerte terapiformer (Gilbert, 2007). Teknikkene kan for eksempel utfylle kognitive terapier, som fokuserer mer på å forandre individets kognitive skjema. Her kan

selvmedfølelse hjelpe en til å fokusere på de problematiske emosjonene, deres funksjon og opprinnelse. Videre forskning av selvmedfølelse bør ta sikte på å isolere bedre de virksomme mekanismene, men en bør heller ikke her redusere selvmedfølelse til unaturlige operasjonelle definisjoner (Gilbert, 2007). Fremtiden vil vise om betydningen av selvmedfølelse de neste årene finner en vei inn i psykologisk forskning på lik linje med mindfulness (Neff, 2004).

Anvendbarhet

Mindfulness- og selvmedfølelseteknikker kan brukes som et supplement til mer tradisjonelle terapitradisjoner, og vil i følge Gilberts (2007) fokusere på sentrale elementer ved depresjon. Pasienten vil også ha nytte av kunnskap om depresjon, som kan formidles ved hjelp av Gilberts depresjonsmodell, og motivere til bruk av mindfulness og selvmedfølelse. Selve mindfulness-programmene er økonomisk gunstige da de er standardiserte, trenger få ressurser når det gjelder terapeuter og kan gis som gruppetilbud (Kingston et al., 2007; Ma & Teasdale, 2004; Vøllestad, 2007). Deltakere som deltar på programmene, fullfører kursene og fortsetter å praktisere øvelsene i sin hverdag (Baer, 2003). Det er gode argumenter for at dette i fremtiden kan bli et godt behandlingstilbud til polikliniske pasienter. En bør derfor undersøke hvordan det vil være hensiktsmessig å inkorporere intervensjoner med mindfulness og selvmedfølelse i terapi med pasienter som ikke responderer på tradisjonell terapi, og som utgjør en stor prosentandel av pasienter i behandlingsapparatet.

Aksept

Når en evaluerer hvilken effekt mindfulness og selvmedfølelse har på psykiske og fysiologiske problemer, undersøker en egentlig om det er fruktbart å velge om en vil være bevisst sine vansker fremfor å skulle unngå, nekte for eller forandre problemet (Lazar, 2005).

Tradisjoner som mindfulness og selvmedfølelse har utspring fra en annen tradisjon der det vektlegges å akseptere vanskelighetene og erfarer hendelser fullt ut slik de er uten forsvar (Hayes, 1994, ref i Baer, 2003). Det å akseptere det vanskelige med seg selv og livet er noe av essensen i både selvmedfølelse og mindfulness. Dette er et moment en må ha med seg når en med sine vestlige vitenskaplige briller skal måle effekt av selvmedfølelse og mindfulness gjennom forskning. Hvis helbredelse ikke ligger i det å kvitte seg med det vanskelige eller det å forandre seg, men heller å lære å leve med vanskelige på en mest mulig harmonisk måte, blir utfordringen å finne en forståelsesramme som ikke vil avskrive slike forandringer som ikke-virksomme. En må være åpen for at den deprimerte fremdeles kan ha sine depressive symptomer og ikke stigmatisere personen som unormal. Helbredelsen ligger i at en har lært å leve med symptomene gjennom å akseptere dem og regulere negative affekt og kognisjon ved å gjenaktivere det positive affektsystemet.

Avslutning

Som det fremgår av oppgaven skal fagfolk som arbeider med behandling av depresjon ha kjennskap til kompleksiteten ved lidelsen og være trent i evidensbaserte terapiformer (NICE, 2004). Gilberts (2007) teoretiske forståelse av depresjon er en grundig tilnærming til depressiv lidelse og dens kompleksitet, og vil kunne tilfredsstille de nevnte faglige

retningslinjene. Oppgaven viser at det kan være hensiktsmessig å bruke Gilberts (2007) teori for å belyse prosesser i depresjon, og bedre forstå hvordan de ulike mekanismene i mindfulness og selvmedfølelse virker.

Vitenskapen har frembrakt nyttig kunnskap om behandling av depresjon, men til tross for gode resultater ved behandling av akutte depressive episoder får mange tilbakefall etter endt behandling. Mindfulness og selvmedfølelse er terapeutiske teknikker som kan supplere dagens terapitradisjoner, utruste pasienten med redskaper som virker på spesifikke prosesser ved depresjon og hindrer eller hjelper pasienten til å mestre eventuelle tilbakefalle. Foreløpige resultater viser at mindfulness og selvmedfølelse har effekt på å dempe depressive tilstander og fremme psykisk velvære. Spesielt oppmuntrende er det at mindfulness forebygger depressive episoder hos pasienter med tre eller flere depressive episoder, som er en gruppe pasienter som tidligere regnes som lite responderende på tradisjonell terapi. I tillegg viser forskning at skam, grubleri og selvkritikk reduseres ved bruk av mindfulness og selvmedfølelse. Dette er også faktorer ved depresjon som tidligere ble regnet som mer stabile og lite tilgjengelig for endring gjennom terapi.

Ved å kombinere depresjonsteori fra et vestlig perspektiv (Gilbert, 2007) med teknikker fra østlige tradisjoner, har en utviklet en kompleks og interessant tilnærming til forståelse og behandling av depresjon. Mindfulness og selvmedfølelse er fenomen som fremdeles er i utvikling, og fremtiden vil vise hva forskning og teoridannelse knyttet til begrepene vil bringe.

Referanser

- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 467-488.
- Allen, N. B., & Knight, W. E. J. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. (pp. 239-262). Routledge: East Sussex.
- Ayuso-Mateos, J.-L., Vazquez-Barquero, J.-L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.-S., Casey, P., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British-Journal-of-Psychiatry, 179*(4), 308-316.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology-Science and Practice, 10*(2), 125-143.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology-Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Bremner, J. D. (2002). *Does stress damage the brain?: understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. New York: W.W. Norton.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression - A patient and nonpatient comparison. *Psychological Medicine, 25*(1), 7-21.
- Buunk, B. P., & Brenninkmeyer, V. (2000). Social Comparison Processes Among Depressed Individuals: Evidence for the Evolutionary Perspective on Involuntary Subordinate Strategies? In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and*

- Defeat. An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy* (pp. 147-164). Mahwah, NJ ; London: Lawrence Erlbaum.
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 139-158.
- Egidius, H. (2005). *Psykologisk leksikon* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzels Forl.
- Fennell, M. J. V. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053-1067.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (1992). *Depression : the evolution of powerlessness*. Hove: Erlbaum.
- Gilbert, P. (2000). Varieties of Submissive Behavior as Forms of Social Defense: Their Evolution and Role in Depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and Defeat. An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy* (pp. 3-45). Mahwah, NJ ; London: Lawrence Erlbaum
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd ed.). Los Angeles ; London: SAGE.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 183-200.

- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-326). East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gran, S. (2006). Jeg kan ikke ha det slik! Eller kan jeg det? - "mindfulness" og aksept i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 43(2), 130-132.
- Han, D. Y., Chen, S. H., Hwang, K. K., & Wei, H. L. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 662-668.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80, 193-203.
- Klinger, E. (1975). Consequences of Commitment to and Disengagement from Incentives. *Psychological Review*, 82(1), 1-25.
- Klinger, E. (1993). Loss of Interest. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 43-62). New York: John Wiley & Sons.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri* (8. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American-Journal-of-Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.

- Lazar, S. W. (2005). Mindfulness Research. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 220-238). New York: The Guilford Press.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156.
- 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), 31-40.
- MacMaster, F. P., & Kusumakar, V. (2004). Hippocampal volume in early onset depression. *BMC Med*, 2, 2.
- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self-and-Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Constructivism in the Human Science*, 9(2), 27-37.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal-of-Research-in-Personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14-20.
- NICE. (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care - NICE guidance. Retrieved 15. October, 2007, from <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=10958>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, 44(9), 1127-1128.
- Price, J. (2000). Subordination, self-Esteem and Depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and Defeat. An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy* (pp. 165-177). Mahwah, NJ ; London: Lawrence Erlbaum.
- 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(4), 433-455.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Sorensen, T., & Dalgard, O. S. (2007). Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 153-162.

- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925-935.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International-Journal-of-Stress-Management*, 12(2), 164-176.
- Sloman, L. (2000). How the Involuntary Defeat Strategy Relates to Depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and Defeat. An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy* (pp. 47-67). Mahwah, NJ ; London: Lawrence Erlbaum.
- Statens helsetilsyn, & World Health Organization. (1999). *ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforl.
- 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. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(4), 260-266.

Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004).

Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British-Journal-of-Psychiatry*, *184*(5), 386-392.

Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, *44*(7), 860-867.

Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, *82*(1), 1-8.

WHO. (2006). How common is depression in the community. Retrieved 20. September, 2007, from

http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm

WHO. (2007). Depression. Retrieved 20. September, 2007, from

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & MacLeod, A. K. (1996).

The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, *24*(1), 116-125.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 150-155.

