

MBCT

MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY



MBCT er udviklet af Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams og John D. Teasdale fra 1992 og fremefter. I 2002 udkom "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression" i sin første udgave.

I 2013 udkom den i en grundigt revideret udgave, der kalder sig en decideret manual for behandlere for et 8 ugers forløb, hvis målgruppe er moderat til svært depressive med tilbagevendende depressioner. Det primære formål med programmet er således at forebygge tilbagefald. Den er også udkommet på dansk. Dens pendant til brugere, den kalder sig en selvhjælpsbog, er bogen "Bevidst nærvær - en vej ud af nedtrykthed. The Mindful Way" fra 2008. Her er Jon Kabat-Zinn også kommet med som forfatter udover de tre førnævnte.

I 2015 udkom yderligere en variation over samme forløb, nemlig arbejdsbogen med titlen "Mindfulness. Arbejdsbog. Et 8 ugers forløb i udvikling af bevidst nærvær". Den er som navnet siger, beregnet til at blive brugt af kursisterne på 8 ugers forløbet.

Udover at bøgerne har indlagte cd'er med alle øvelser speaket, så deler d'herrer gladeligt ud af deres materialer, se www.guilford.com/MBCT_audio, ligesom at de stiller deres manual til rådighed til professionelt brug, også uden at man har taget en decideret uddannelse i deres regi.

I dette skrift vil vi i kort oversigt skitsere 8-ugers programmet (side 3-8). Det skal understreges, at denne oversigt selvfølgelig ikke gør det ud for et kursus eller værende del af en uddannelse, men den kan være en inspiration til at arbejde med de temaer, der ligger i programmet, som et supplement til den faglighed og de metoder, som behandleren allerede arbejder ud fra.

Programmet er i oversigt:

1. Automatpilot
2. At leve i hovedet
3. At samle et spredt sind
4. At opdage aversion
5. Accept
6. Tanker er ikke facts
7. Hvordan kan jeg bedst tage vare på mig selv?
8. Vedligeholde og udvikle den nye læring

I dette skrift gennemgås derudover kort den historiske udvikling af MBCT, belyst ved et udsnit af de videnskabelige artikler, der er lavet på baggrund af praksisstudier (side 9-11).

Disse ting tilsammen kan tilsammen udgøre et begyndende fundament / en konkret inspiration for den behandler - eller for den klient der er depressionsramt - og som vil begynde at arbejde mere mindfulnessbaseret.

1. Automatpilot

Mål

At skifte fra en tilstand karakteriseret som autopilot til en højere grad af opmærksomhed og nærvær. Dermed gribes et depressivt tilbagefald i opstarten.

Essensen af mindful spising

- Fra automatpilot til opmærksomhed
- Fra tænkning til sansning
- »We can't actually control what comes into the mind, but what we can control is what we do next, the next step. And this program is all about being able to move to a place of awareness from which we can choose what the next step is, rather than run off the old habits of mind.« (p. 119).

Essensen af kropsscanning

- Udforske kropslige signaler på en registrerende måde
- Blive bevidst om kropslige signaler og lære at forbinde dem med emotioner og tanker
- Skifte fra at "være i hovedet" og tænke sig ud af problematiske tanker til at flytte opmærksomheden til kroppen
- Der skabes en kontekst for formel mindfulness-praksis

Plan

- Etablering af en tryk ramme
- Introduktion af hinanden
- Faglig gennemgang: Autopilot versus mindfulness
- Øvelse: Rosin-spising / mindful spising + feedback
- Øvelse: Kropsscanning + feedback
- Introducere hjemmepraksis + vise hvordan filerne tilgås
- Diskutere: Hvordan fås hjemmepraksis til at fungere?
- Øvelse: Nærvær på det normale åndedræt

Øvelses-oversigt

- Rosin-spising / mindful spising
- Kropsscanning
- Nærvær på det normale åndedræt

Handout (forslag)

- En definition af mindfulness
- Summering: Opmærksomhed og autopilot
- Kropsscanning & Nærvær på det normale åndedræt øvelserne udleveres i fuld udskrift
- En patienterfaring
- Logbogs-skabelon (udleveres hver gang for de, der ikke har en egen logbog til hele forløbet)

Hjemmearbejde

- Kropsscanning, 6 ud af 7 dage
- Mindfulness i hverdagen
- Føre logbog over praksis og erfaringer

2. At leve i hovedet

Mål

"Doing-mode" er en "i hovedet" tilgang til os selv, hvor vi får en indirekte oplevelse af os selv, styret af de tankestrukturer, der er essensen af depressionen. Sessionen udforsker, hvordan tanker, følelser og adfærd hænger sammen - og hvordan forbindelsen kan kortsluttes. Nærvær ned i kroppen skaber en ny udforskningsmåde, baseret på sansning og direkte erfaring. Mange oplever, at "kroppen taler et tydeligere og venligere sprog" end hovedet, når de først bliver familiære med at flytte sig fra tænkning til sansning.

Plan

- Kropsscanning + refleksion (husk: altid praksis først, refleksion bagefter)
- Hjemmepraksis-refleksion
- Øvelse: Oplevelse af tanker og følelser
- Behagelige oplevelser logbog
- Øvelse: 10 minutters mindfulness meditation på åndedrættet
- Handouts
- Hjemmepraksis-gennemgang

Nye øvelser

- Oplevelse af tanker og følelser; "gå ned ad gaden"-øvelsen
- 10 minutters mindfulness meditation på åndedrættet

Handouts

- Tekst om det at leve i hovedet
- Tips om kropsscanning
- Mindfulness-meditation på åndedrættet øvelsen udleveres i fuld udskrift
- Hjemmepraksis-oversigt
- Behagelig oplevelser-skabelon (vedrørende de to sidste punkter: udleveres hvis ikke kursisten har egen logbog)

Hjemmearbejde

- Kropsscanning, 6 ud af 7 dage
- Mindfulness-meditation på åndedrættet, 6 ud af 7 dage
- Mindfulness i hverdagen
- Dagbog over behagelige oplevelser og tilstande

3. At samle et spredt sind

Mål

Samme som under anden session: "Doing-mode" er en "i hovedet" tilgang til os selv, hvor vi får en indirekte oplevelse af os selv, styret af de tankestrukturer, der er essensen af depressionen. Sessionen udforsker, hvordan tanker, følelser og adfærd hænger sammen - og hvordan forbindelsen kan kortsluttes. Nærvær ned i kroppen skaber en ny udforskningsmåde, baseret på sansning og direkte erfaring. Mange oplever, at "kroppen taler et tydeligere og venligere sprog" end hovedet, når de først bliver familiære med at flytte sig fra tænkning til sansning.

Plan

- Øvelse: 5 minutter "se" eller "lytte"
- Øvelse: 30 minutter mindfulnessmeditation med fokus på åndedrættet + refleksion om begge øvelser
- Hjemmepraksis-refleksion
- Øvelse: 3 minutters nærvær på det normale åndedræt
- Øvelse: 40 minutters mindful bevægelse / yoga
- Ubehagelige oplevelser logbog præsenteres
- Handouts

Nye øvelser

- "Se" eller "lytte"
- Mindful bevægelse

Handouts

- Tekst om: Samle et spredt sind
- Hjemmepraksisoversigt
- Ubehagelige oplevelser-logbog

Hjemmearbejde

- Mindful bevægelse / yoga
- Ubehagelige oplevelser logbog
- Tre minutters nærvær på det normale åndedræt (flere gange dagligt)

4. At opdage aversion

Mål

At begynde at udforske sindets måder at undgå ubehagelige følelser og tanker, drevet af ønsket om ikke at opleve dem, er det første delmål. Når vi forbliver nærværende midt i ubehaget, får vi et bredere perspektiv, og kan dermed begynde at relatere til tilstandene på en ny måde.

Plan

- Øvelse: 5 min "se" eller "lytte"
- Øvelse: 30 min siddende mindfulness meditation på åndedrættet samt refleksion over begge
- Hjemmepraksis refleksioner
- Definere "depressionens territorie"
- Automatic Thoughts Questionnaire
- Diagnostiske kriterier for depression
- Øvelse: 3 minutters nærvær på åndedræt - som gensvar når ubehagelige følelser opstår
- Øvelse: Mindful vandring
- Udlevere handouts
- Hjemmepraksis oversigt

Nye øvelser

- 3 minutters nærvær på åndedrættet - som gensvar når ubehagelige følelser opstår
- Mindful vandring

Handout

- Genkende aversion
- Mindful vandring
- Hjemmepraksis oversigt
- Være tilstede

Hjemmearbejde

- Siddende meditation, 6 ud af 7 dage
- 3 minutters nærvær på det normale åndedræt, 3 gange om dagen
- 3 minutters nærvær på åndedrættet - som gensvar når ubehagelige følelser opstår

5. Accept

Mål

Vi kan "disempower" aversion ved at intentionelt at tillade alle oplevelser at være der, præcis som de er. Accepten er decideret kropslig, tager bo i åndedræt, muskelbalance, holdning etc. Fra denne klare erfaring kan vi vælge, om noget skal forandres.

Plan

- Øvelse: 30-40 minutters siddende mindfulness meditation på åndedrættet, samt refleksion
- Hjemmepraksis refleksion
- Øvelse: Defusion
- Læs digt
- Handouts
- Hjemmepraksis

Ny øvelse

- Defusion; at invitere et problem inden for og arbejde med det gennem kroppen

Handouts

- Accept
- Defusions-øvelsen i fuld udskrift
- Hjemmepraksisoversigt
- Digt

Hjemmearbejde

- Defusion, 6 ud af 7 dage; halvdelen af gangene med guidning, halvdelen selvguidet
- 3 minutters nærvær på det normale åndedræt, 3 gange om dagen
- 3 minutters nærvær på åndedræt - som gensvar når udfordrende tilstande

6. Tanker er ikke facts

Mål

At gøre det, der er implicit i kognitiv adfærdsterapi eksplicit: Man behøver en anden *relation* til sine tanker og hele det at tænke. Målet er at hjælpe deltagerne til at finde måder, hvor de kan *reducere deres identifikation* med, hvad de tænker. De relaterer ikke *fra* tankerne men *til* tankerne, som objekter for opmærksomhed. Ser tankerne som biprodukt af, næret af depressionen - men at man ikke behøver tage dem personligt.

Plan

- 30-40 minutter siddende meditation
- Praksis review
- Hjemmepraksis-review
- Nævne at man nærmer sig slutningen af kurset
- De to øvelser gennemføres
- Diskutere: Pauser i åndedrættet er første step til at tage et bredere view på tankerne
- Diskutere: Tilbagefald som normalitet og rytme
- Distribuerer handouts og audio meditationer, 10 min, 20 min og klokke.

Øvelser

- Tanker, følelser og alternative synsvinkler
- Pauser i åndedrættet og review

Handout-forslag

- Summering af session 6: Tanker er ikke facts
- Måder du kan se dine tanker anderledes
- Tilbagefalds-forebyggelse
- Arbejde klogt og vist med ulykkelighed og depression
- Hjemmearbejde oversigt for den kommende uge
- At træde tilbage for tanker ("bagved vandfaldet")
- Associations-toget

Hjemmearbejde

- Praktiser selvvalgte meditationer 40 min hver dag
- 3 minutter med fokus på pauserne i åndedrættet - generelt
- 3 minutter med fokus på pauserne i åndedrættet - som gensvar når ubehagelige følelser opstår

Ideelt ligger der en ét dags retreat dag á 6-8 timer efter 6. mødegang, hvor man i stilhed dagen igennem praktiserer forskellige meditative øvelser.

7. Hvordan kan jeg bedst tage vare på mig selv?

Mål

Nødvendigheden af at monitorere handlinger. Identificere hvad vi gør, der vedligeholder en tilstand.

Man *skal* lære at tage vare på sig selv *i handling*. Lære at identificere advarselstegnene - for at handle på nye måder.

Plan

- Første øvelse praktiseres
- Praksis review
- Hjemmepraksis review
- Anden øvelse praktiseres
- Plan for hvordan at bringe sig selv i balance igen. Altid starte med 3 minutters åndedræt med fokus på pauserne. Dernæst have plan for handlemuligheder til hjemmebrug
- Tredje øvelse praktiseres
- Distribuere handouts
- Overblik hjemmearbejde

Øvelser

- 30-40 minutters siddende meditation. Opmærksomhed på krop og åndedræt, være opmærksom på, hvordan vi relaterer til tanker, følelser, kropslige sensationer, især når ubehag opstår
- Udforskning af sammenhæng mellem aktivitet og tilstand
- Mindful walking

Handout

- Summering af session 7
- Når depression er overvældende
- Udmattelsestunnellen
- Arbejde klogt og vist med ulykkelighed og depression
- Hjemmepraksis-oversigt & - logbog

Hjemmearbejde

- Vælg selv øvelser
- 3 minutters fokus på åndedrætspauserne - generelt
- 3 minutters fokus på åndedrætspauserne - som gensvar
- Udarbejd handlingsplan

8. Vedligeholde og udvikle den nye læring

Mål

Planlægge en ny måde at leve på. Vedligeholde og udvikle en mere mindful måde at være i livet på. Praktiser de meditative øvelser, der har størst effekt.

Plan

- Første øvelse
- Overblik alle øvelser
- Overblik alt hjemmearbejde i forløbet
- Hvad har man lært af kurset?
- Hvordan undgå tilbagefald?
- Udlever handouts
- Slut med en meditation efter eget valg

Øvelser

- Kropsscanning
- Meditation efter eget valg

Handout

- Vedligeholde og fordybe det lærte
- Daglig mindfulness

MBCT-forskning, kort historisk oversigt

- Det første RCT med brug af mindfulness i forhold til depression, blev beskrevet, hvad angår virkningsmekanismer (J. Mark G. Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000)
- og dokumenteret i 2000 (J. D. Teasdale m.fl., 2000).
- Studiet blev replikeret af Ma & Teasdale (Ma & Teasdale, 2004). Det understøttede dels det første studies fund, dels at MBCT har væsentlig større effekt for patienter med 3 eller flere depressive tilbagefald.
- Så blev det lavet af Kuyken et al (Kuyken m.fl., 2008).
- Og næst blev det replikeret i Schweiz (Bondolfi m.fl., 2010)
- og i Belgien (Godfrin & van Heeringen, 2010) - for første gang af behandlere, der ikke havde udviklet MBCT-konceptet. Det sidste med den nye nuance, at man sammenlignede patienter, der tog medicin med patienter, der ikke gjorde.
- I 2010 lavede Segal et detaljerende studie yderligere (Segal m.fl., 2010).
- I 2011 kom det første systematiske review af effekterne af MBCT, foretaget af Piet & Hougaard (Piet & Hougaard, 2011), hvor det konkluderes, at MBCT er andre typer behandling overlegen, hvad angår tilbagefaldsrisiko, når man har haft mere end 3 tilbagefald tidligere.
- I 2012 lavede Williams og Kuyken en kort gennemgang af, hvortil MBCT er kommet og hvad der skal lægges særlig vægt på i fremtidige studier. De fremhæver dels at få mere specifik viden om virkningsmekanismer hos specifikke klienter, og udfordringer med hensyn til at implementering i klinisk praksis, bl.a. hvordan man får etableret tilstrækkelig kvalitet terapeut-uddannelse. (J. M. G. Williams & Kuyken, 2012).
- Williams et al (J. Mark G. Williams m.fl., 2014) fremlagde i 2014, et studie, hvor de sammenlignede MBCT med kognitiv psykologisk undervisning og TAU. Her viste det sig, at MBCT er kun TAU overlegen, hvad angår reduktion af tilbagefaldsrisiko hos personer med øget sårbarhed på grund af barndomstraumatikker.
- Det sidst nye review er lavet af Kuyken et al (Kuyken m.fl., 2016), og det udmærker sig ved at præcisere ønsker for fremtidige forskningsdesign. Den store udfordring er at blive tydeligere omkring især kognitive mekanismer og mediatorer, hvad angår såvel i behandlingen som med henblik på at forebygge tilbagefald.
- Davidson har en klar vision om, hvordan fremtidige forskningsdesign skal præciseres (Davidson, 2016).

Det ses således, at MBCT er én af de interventionstyper, hvor der bedrives megen og særdeles systematisk forskning med henblik på optimal brug af mindfulness. Hvad angår brug af denne metode til depressionsbehandling, og særligt hvad angår klienter med flere tilbagefald, har og får vi således som praktiserende psykologer en stadigt voksende indsigt i, hvad, hvorfor og hvordan vi kan bruge mindfulness at læne os opad.

MBCT-forskning, nedslag i væsentlige videnskabelige artikler

(Artiklerne er, ligesom ovenfor, nævnt i kronologisk rækkefølge).

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68:615-623.

Studiet evaluerer mindfulnessbaseret kognitiv adfærdsterapi (MBCT) i forbindelse med forebyggelse af tilbagefald af klinisk depression. 145 patienter med en historik med gentagne tilfælde af depression blev randomiseret til at modtage behandling som normalt, eller modtage behandling som normalt samt MBCT. Deltagerne blev fulgt over en periode på 60 uger for at undersøge eventuelle tilbagefald. For patienter med

tre eller flere tilfælde af depression viste MBCT at medføre en næsten halveret risiko for tilbagefald. Studiet viste ingen positiv effekt for MBCT i forbindelse med behandling af gruppen med to tilfælde af klinisk depression.

Ma, SH., Teasdale, JD, (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 72:31-40.

Et studie med 75 deltagere undersøger mindfulnessbaseret kognitiv adfærdsterapi (MBCT) i forbindelse med forebyggelse af tilbagefald af klinisk depression. I dette studie undersøges især, hvorfor MBCT findes mere effektiv i forbindelse med patienter med tre eller flere tilfælde af klinisk depression. Studiet konkluderer at MBCT's differentierede effekt på tilbagefald må ses i forbindelse med, at gruppen med to tilfælde er karakteriseret af at være fra en anden type population sammenlignet med gruppen med tre eller flere tilfælde. Gruppen med to tilfælde er karakteriseret ved at have haft en normal barndom, senere første tilfælde af depression, samt tilbagefald i forbindelse med livsbegivenheder.

Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex_Fabry, M., Bizzini, L., Weber Rouget, B., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J.M. & Bertschy, G. (2010). *Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in a French speaking sample*. *Journal of Affective Disorders*; 122:224-231.

Et studie undersøger mindfulnessbaseret kognitiv adfærdsterapi (MBCT) i forbindelse med tilfald af klinisk depression i det schweiziske sundhedsvæsen. Studiet har 60 deltagere karakteriseret ved at have haft mindst tre episoder af klinisk depression inden for de sidste fem år, hvoraf det sidste tilfælde har været inden for de sidste to år. Alle deltagere har tidligere anvendt antidepressiv medicin, men har ikke taget medicin mindst tre måneder før forsøgets start. Deltagerne er delt ind i to grupper, hvoraf den ene gruppe modtager MBCT sammen med normal behandling til forebyggelse af depression, og den anden gruppe modtager udelukkende den normale behandling. Studiet har desuden fokus på, hvor ofte deltagerne praktiserer mindfulness-meditation. Efter en follow-up periode på 60 uger konkluderer studiet, at frekvensen for tilbagefald er den samme i de to grupper, men at tiden til tilbagefald er markant længere i gruppen, der praktiserer MBCT. Studiet lægger op til, at der mangler forskning omkring betydningen af, hvor ofte man praktiserer mindfulness-meditation, samt hvilke personkarakteristika, der kan forudse de differentierede fordele af MBCT.

Godfrin, K.A.; van Heeringen, C. *The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study*. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, Vol.48(8), pp.738-746.

Et studie undersøger mindfulnessbaseret kognitiv adfærdsterapi (MBCT) i forbindelse med forebyggelse af tilbagefald af klinisk depression. Studiet er et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor deltagerne alle har med en historik af tre eller flere tilfælde af klinisk depression. Deltagerne er delt ind i to grupper hvoraf den ene gruppe modtager MBCT sammen med normal behandling til forebyggelse af depressivt tilbagefald, hvor den anden gruppe udelukkende modtager den normale behandling. Effektiviteten af MBCT er studeret over en periode på 56 uger. Studiet sætter ingen begrænsning i forhold til brug af medicin. Studiet adskiller sig ved, at udviklerne af behandlingen ikke udfører selve behandlingen, hvilket kan sige noget studiets generaliserbarhed.

Studiet konkluderer at brug af MBCT reducerer mængden af patienter, som får tilbagefald af klinisk depression mindst en gang i de 14 måneder fra 68,1% til 30%. Studiet finder desuden en positiv effekt af MBCT på humør og generel livskvalitet, på både kort og langt sigt. Studiet nævner desuden MBCT som værende en sundhedsøkonomisk fornuftig behandling.

Piet, J.; Hougaard, E. *The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical psychology review*, 2011, Vol.31(6), pp.1032-40.

En metaanalyse kombinerer resultater fra seks randomiserede kontrollerede forsøg med i alt 593 deltagere, for at undersøge mindfulness baseret kognitiv adfærdsterapi (MBCT) effekt i forbindelse med tilbagefald af klinisk depression (*Major Depressive Disorder*). Den gruppebaserede kliniske intervention med systematisk træning i mindfulness meditation i forbindelse med kognitiv adfærdsmetoder, viser en reduceret risiko for tilbagefald på 0.66. Altså en relativ risiko reduktion på 34% for at få tilbagefald i forbindelse med den undersøgte terapiform i forhold til placebo anvendt i kontrolgruppen. Ved inddeling i undergruppering sås dog en større relativ risikoreduktion ved patienter med tre eller flere tilfælde, i forhold til ingen relativ risikoreduktion ved patienter med kun to episoder af klinisk depression. Alle deltagere har taget eller tager antidepressiv medicin.

Studiet konkluderer, at metaanalysens fund indikerer, at MBCT er en effektiv intervention til at forebygge tilbagefald af klinisk depression i tilfælde af tre eller flere tilfælde af klinisk depression. Studiet konkluderer yderligere, at MBCT også er en omkostningseffektiv strategi i forbindelse med forebyggelse af tilbagefald.

Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials*. *JAMA Psychiatry*.2016;73(6):565–574.

På basis af individuelle patientdata undersøgte effekten af MBCT sammenlignet med sædvanlig omsorg og andre aktive behandlinger, herunder antidepressiv medicin, på patienter med gentagende tilbagefald. Man udvalgte 9 studier – 1258 patienter – 75% kvinder – gns.alder 47.

Man fandt både reduceret risiko for tilbagefald når sammenligning med passiv kontrolgruppe og når sammenligning med aktiv kontrol. Jo sværere depressivitet, jo bedre effekt. Faldende beskyttelses-effekt over tid kalder på bedre metoder til, at den depressive kan genoptage at bruge metoderne. Effekt god uanset køn, alder, uddannelsesniveau og kulturel tilhørsforhold.

Davidson, R. J. (2016). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Prevention of Depressive Relapse: Measures, Mechanisms, and Mediators*. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 547-548.

Det første meta-analytiske review (Baer, 2003) om effekter af mindfulness sagde ingenting om måling af mindfulness – fordi der var ikke gode instrumenter hertil. Det man gør i mindfulnessstræning er at modulere opmærksomhed og emotioner. Her i vesten bruges det til behandling, men er udviklet i traditioner, hvor det skulle bruges til 'trivsel' og 'dyd', hvilket i sig selv er en udfordring.

Davidson fremhæver, hvor meget vi stadig IKKE ved. På spørgsmålet: Hvilke patienter har mest gavn af behandlingen? er svaret: Det aner vi ikke! Er det patienter med en bestemt affektiv stil? Patienter med selv-fokuseret rumination? Der må være bestemte neurale korrelater, som forudser respons på behandling – og som måske også ændrer responsen på behandling. Men dem ved vi heller ikke noget om.

Almen forskning viser ændringer i hjernefunktioner i områder, der har med opmærksomhed og emotion at gøre, når man mediterer. Om og hvordan sådanne underlæggende mekanismer ændres i MBCT, er ikke blevet studeret på en klinisk population. Den basale litteratur kan være en guide for at identificere sådanne mekanismer – men der er altså ikke præcis viden herom.

Hvad er helt præcis 'the added value' af mindfulness sammenlignet med kognitiv terapi? – Altså hvilke psykologiske processer påvirkes helt specifikt? Vi ved det ikke.

Måling af mindfulness: Hvis mindfulness er en kerneprocess i ændringen, så forestår stadig at have et præcist mål herfor, idet selv-rapportering har mange begrænsninger (Goldberg et al, 2015). Davidsons forskergruppe har nyligt udviklet en simpel åndedræts-tælnings-teknik som mål for mindfulness. Han mener, at det er det bedste mål, vi for nu har.

Længden af praksis er oftest heller ikke specifikt rapporteret i forskningen. Der behøves specifikke praksis logbøger i fremtidig forskning. Især set lyset af, at en stor del af neuro-forskningen viser tydelige forskelle mellem begyndere, medium og erfarne.

Kombi af behandlinger ved vi heller ikke nok om. F.eks. kombi af fysisk aktivitet og mindfulness.