

MIROSLAW CHYBICKI

Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) – podstawy teoretyczne i zastosowania

Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Background and Use

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

Streszczenie

Terapia poznawcza oparta na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT) to metoda terapeutyczna stworzona z wykorzystaniem technik rozwijających uważność, wzbogaconych o elementy terapii poznawczej. Terapia ma charakter grupowy i składa się z 8 cotygodniowych spotkań oraz ćwiczeń wykonywanych samodzielnie, a następnie omawianych na spotkaniach terapeutycznych. Wykazano wpływ MBCT na zwiększenie częstości doświadczania pozytywnych emocji i ograniczenie odczuwania emocji negatywnych, a także na wypracowanie umiejętności odnoszenia się do przeżyć wewnętrznych jako do „zjawisk mentalnych”, a nie jak do obiektywnego opisu rzeczywistości. Czynniki są uznawane za moderatory skuteczności tej metody w badaniach na wielu populacjach klinicznych. Liczna i zwiększająca się w ostatnich latach liczba badań wskazuje na dużą skuteczność metody MBCT zwłaszcza u chorych cierpiących na depresję, ale także w innych grupach pacjentów. Szczególnie skuteczne zastosowanie zaobserwowano w przypadku chorych znajdujących się w okresie remisji lub cierpiących na depresję lekooporną. Biorąc pod uwagę ostatnie lata, widać, że metoda jest coraz częściej stosowana i znacząco zwiększa się liczba badań jej skuteczności (**Piel. Zdr. Publ. 2016, 1, 39–43**).

Słowa kluczowe: psychoterapia, leczenie depresji, terapia poznawcza oparta na uważności, MBCT.

Abstract

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is a therapeutic approach created on the basis of techniques increasing self-awareness: mindfulness training, with some elements of cognitive therapy (CT) added. It is a group therapy comprised of eight weekly meetings, as well as exercises performed alone that are later discussed at therapeutic meetings. It has been shown that MBCT increases the frequency of positive emotions and decreases the frequency of negative emotions, as well as allows the ability to refer to the inner experiences as to “mental phenomena” rather than accurate description of the “objective” reality. These factors can be moderators of efficiency of this method in many clinical populations. The numerous and growing number of recent studies on this subject show high efficiency among patients suffering from depression, but it also indicates its high potential among other clinical populations. MBCT appears to be especially effective between episodes of depression or in drug-resistant depression. The clinical use of this method, as well as the number of studies on the subject of its efficacy, is significantly growing in the recent years (**Piel. Zdr. Publ. 2016, 1, 39–43**).

Key words: psychotherapy, depression treatment, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT).

Psychoterapia ostatniego dwudziestolecia to bardzo złożone zjawisko. Stały rozwój nurtów terapeutycznych o bardzo różnych założeniach teoretycznych i odmiennych sposobach prowadzenia interwencji doprowadził do powstawania kolejnych sposobów pomagania. Niektórzy psychoterapeuci ironizują, że jeżeli dokończyć frazę „psychoterapia przez ...” przypadkowo wybranym słowem,

to otrzymamy nazwę psychoterapii, którą prawdopodobnie gdzieś ktoś uprawia. Jednocześnie obserwuje się coraz silniejszy nacisk, szczególnie w środowisku medycznym, na ocenę skuteczności różnych terapii z wykorzystaniem twardych narzędzi badawczych, co daje szansę na uporządkowanie bardzo wielu powstałych metod i odrzucenie tych o niewystarczającej skuteczności. Będąc w zgodzie

z tym trendem, niniejszy artykuł jest próbą krótkiego przedstawienia jednej z nowszych metod terapeutycznych oraz badań oceniających jej skuteczność w populacjach klinicznych.

Terapia poznawcza oparta na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT) to podejście opracowane przez Segalą, Williamsa i Teasdale’a pod koniec XX w. [1]. Powstała na podstawie doświadczeń wykorzystywania uważności do redukcji stresu na bazie metody MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction* (redukcja stresu oparta na uważności) [2]. Oba podejścia są inspirowane praktykami uważności powstałymi na gruncie kultury i nauk buddyjskich, ale są pozbawione ich religijnych i rytualnych aspektów. MBSR zostało rozpowszechnione przez Kabat-Zinną i w tej chwili jest wykorzystywane w ponad 300 ośrodkach na świecie, wykazuje również znaczący wpływ na poziom stresu, nastroju, jakości snu oraz poziom odczuwanego zmęczenia w kontrolowanych próbach klinicznych [3–5].

Metoda MBCT w początkowej fazie rozwoju była kierowana do pacjentów cierpiących na depresję lub po przebytej depresji, będących w okresie remisji, ale mających objawy resztkowe (rezydualne) w celu redukcji objawów depresyjnych i stosowana jednocześnie z leczeniem farmakologicznym. Pierwsze próby kliniczne dały bardzo obiecujące wyniki [1, 6], co w połączeniu z czytelną strukturą terapii zaowocowało szybkim rozprzestrzenieniem się metody oraz dużą liczbą badań oceniających jej skuteczność.

Przebieg i działanie terapii

MBCT to terapia grupowa składająca się z 8 cotygodniowych sesji treningowych. Sesje składają się z ćwiczeń medytacyjnych nakierowanych na rozwinięcie u uczestników uważności, połączonych z technikami poznawczo-behawioralnymi. Zgodnie z definicją twórców metody: „Mindfulness to rodzaj uważności, który powstaje przez celowe kierowanie uwagi na obecny moment oraz obserwowanie bez oceny zdarzeń takimi, jakie są” [7].

Celem MBCT jest nauczenie każdego z uczestników bycia bardziej świadomym swoich myśli i uczuć oraz odnoszenia się do nich w szerszej perspektywie jako do „zdarzeń mentalnych”, a nie jako do obiektywnego opisu lub odzwierciedlenia rzeczywistości. Bycie uważnym, świadomym zdarzeń pojawiających się w przestrzeni świadomości i zarazem zdolnym do pozostania wobec nich w pozycji obserwatora to umiejętność metapoznawcza podlegająca treningowi, mająca podobne właściwości do innych dających się wyćwiczyć właściwości poznawczych, a więc wymagająca wytrwałego, codziennego treningu [6].

W toku treningu uczestnicy rozwijają również umiejętność zaobserwowania i rozpoznania własnego „stanu umysłu”. Postuluje się rozróżnianie szczególnie 2 stanów – stanu „celowości” i stanu „bycia”. W stanie celowości umysł wyraźnie dostrzega różnicę między tym, jak rzeczywistość w danej chwili wygląda, a tym, jak „powinna wyglądać” i jest nakierowany na znalezienie sposobu zniwelowania tej różnicy. W stanie bycia umysł przyjmuje rzeczywistość taką, jaka jest, bez oceny i próby zmiany. Jest jasne, że stan celowości jest przydatny i pomocny w rozwiązywaniu problemów życia codziennego, ale stosowanie go do wielu aspektów przeżycia wewnętrznego może prowadzić do chronicznego poczucia braku satysfakcji [7].

Poza pracą grupową uczestnicy są też zachęceni do przeprowadzania odpowiednich ćwiczeń we własnym zakresie i otrzymują precyzyjne instrukcje, jakiego rodzaju ćwiczenia i w jakim czasie wykonywać.

Wstępnie zakładano, że głównym czynnikiem odpowiedzialnym za skuteczność MBCT w ograniczaniu objawów depresyjnych, a także w eliminacji prawdopodobieństwa wystąpienia kolejnego epizodu depresyjnego jest umiejętność „spojrzenia z boku” na związane z depresją myśli i uczucia, co zapobiega eskalacji triady depresyjnej, szczególnie w sytuacji zagrożenia nawrotem choroby lub pogorszeniem stanu zdrowia [8].

Mimo że w dalszym ciągu nie jest znany pełny mechanizm odpowiedzialny za skuteczność MBCT w depresji [9, 10], nowsze badania wskazują bardziej precyzyjnie na możliwe czynniki pośredniczące.

Van Alderen et al. [11] wykazał, że potencjalnym moderatorem jest zmniejszenie poziomu martwienia się, ograniczenie negatywnych ruminacji oraz opanowanie jednej z umiejętności metapoznawczych uzyskiwanej w treningu uważności nazywanej „akceptacją bez oceny”. Pod wpływem treningu MBCT zmniejsza się zatem poziom negatywnych myśli związanych z przyszłością (martwienie się), a zwiększa umiejętność obserwowania „zdarzeń mentalnych” bez poddawania ich ocenie. Zjawiska te korelują z ograniczeniem objawów depresyjnych i mogą stanowić czynniki pośredniczące – moderatory. Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych badaczy [12, 13], ale bardziej szczegółowo wskazują na pośredniczące mechanizmy.

W kolejnych badaniach Geschwind et al. [14] wykazali wpływ MBCT na częstsze przeżywanie pozytywnych emocji oraz częstsze doświadczanie przyjemności podczas zwyczajnych codziennych aktywności. Prawdopodobne jest, że wynik ten jest spowodowany następującymi czynnikami: z jednej strony wykazane wcześniej, krótsze utrzymywanie się negatywnego afektu pozwala na doświadczanie

codzienności bez zniekształcania jej przez pryzmat utrzymujących się negatywnych emocji (zatem codzienne doświadczenia mające w sobie element prostej przyjemności będą oceniane jako bardziej przyjemne i częściej będą budzić pozytywne emocje), a z drugiej strony zwiększenie uważności może powodować bardziej wyraziste przeżywanie pozytywnych emocji o niewielkim natężeniu.

Kolejny zespół badawczy [15] uzyskał podobne wyniki, precyzując, że zmiany w pozytywnym afekcie są odpowiedzialne za 61% efektu MBCT na symptomy depresyjne. Zespół ten zaproponował hipotezę zgodną z koncepcją dynamicznych elementów systemów emocjonalnych stworzoną przez Garlanda et al. [16], opisującą „samonapędzające się systemy napędzane przez wzajemne połączenia poznawczych, behawioralnych i somatycznych mechanizmów, przez które zostaje nadany kształt emocjom”. Ta dynamika prowadzi albo do spirali w dół (samonapędzające, krzywdzące cykle, które mogą być wywołane przez negatywne emocje), albo do spirali w górę (samonapędzające cykle potencjalnie prowadzące do znaczącej poprawy funkcjonowania, które mogą być uruchomione przez pozytywne emocje). Wyniki uzyskane przez tych badaczy wskazują na siłę wzajemnych związków między stanami afektywnymi, procesami poznawczymi a metapoznawczymi umiejętnościami uzyskiwanymi w treningu MBCT.

Wybrane badania skuteczności MBCT

Ze względu na znaczące sukcesy MBCT u pacjentów cierpiących na depresję w ciągu ostatniej dekady znacząco zwiększyło się zainteresowanie zastosowaniem tej metody na różnego rodzaju populacjach klinicznych. Największa grupa doniesień dotyczy zastosowania MBCT w depresji. Dużą skuteczność metody, zarówno w stanach ostrych, jak i w prewencji nawrotów, potwierdzają prace meta-analityczne [17].

Inny zespół wykazał użyteczność tej metody w leczeniu depresji lekoopornej [18]. Badacze wykazali skuteczność MBCT w poprawie jakości życia i redukcji objawów u pacjentów chorujących na zespół jelita drażliwego (IBS) [19].

Metoda okazała się pomocna także u pacjentów, którzy przeżyli chorobę nowotworową [20] oraz wspomogła polepszenie stanu psychicznego pacjentek chorujących na raka piersi [21]. MBCT jest testowane z obiecującymi skutkami u pacjentów mających objawy medyczne o niewyjaśnionej przyczynie [22]. Pewne elementy MBCT dają natychmiastową ulgę pacjentom cierpiącym na prze-

wlekły ból [23]. MBCT zmniejsza objawy depresyjne u pacjentów chorujących na cukrzycę [24]. Zostały podjęte i wstępnie pozytywnie ocenione próby zastosowania MBCT u osób mających zaburzenia obsesyjno-kompulsywne [25]. Podobnie obiecujący wpływ tej metody na jakość życia pokazują badania przeprowadzone wśród pacjentów chorujących na łuszczycę [26]. Metoda sprawdza się w ograniczaniu agresji u adolescentów [27]. Przeprowadzono również obiecujące badania pilotażowe u weteranów armii amerykańskiej chorujących na PTSD [28]. Wstępne jakościowe badania pokazują też potencjał metody u pacjentów cierpiących na chorobę Parkinsona [29]. Badacze donoszą również znaczące zwiększenie jakości funkcjonowania pod wpływem MBCT między epizodami u chorych, u których rozpoznano zaburzenie afektywne dwubiegunowe [30]. Należy pamiętać, że wiele z wymienionych wyżej badań to doniesienia z ostatnich kilku lat, mające pionierski charakter, zatem należy traktować je z odpowiednią rezerwą, raczej jako wskazówki do dalszych badań, niż rozstrzygające dowody o skuteczności tej terapii w danym obszarze.

Możliwe dalsze kierunki rozwoju

MBCT i inne formy pomocy opierające się na Mindfulness rozwijają się niezwykle szybko. Jest prawdopodobne, że szczególnie w kontekście dobrych wyników badawczej oceny skuteczności trend ten zostanie utrzymany. Nie bez znaczenia jest to, że sam proces terapeutyczny jest dobrze opisany i klarowny, przebieg jest bardzo podobny niezależnie od prowadzącego. Praktycy podkreślają, że poziom opanowania kompetencji Mindfulness przez prowadzącego jest niezwykle ważny, szczególnie, jeżeli są konieczne indywidualne konsultacje z uczestnikami, ale struktura samej metody pozostaje niezmienna. Być może jest to jeden z ważniejszych elementów pozwalających na tak szybki rozwój, ponieważ jednym z problemów w ocenie badawczej wielu innych metod psycho-terapeutycznych jest właśnie ich silne uzależnienie od indywidualnych predyspozycji terapeuty. Co więcej, jest to metoda stosunkowo tania, terapia jest prowadzona przez jednego lub maksymalnie 2 terapeutów w grupach 10–12-osobowych i kończy się po 8 spotkaniach. Łatwo policzyć, że koszt na osobę może być mniejszy niż koszt jednorazowej konsultacji psychologicznej.

Może czytelnik, który zapozna się treścią tego artykułu uznać (podobnie jak autor niniejszego artykułu), że jest to jeden z nowych nurtów warty jego zainteresowania oraz uwagi teraz i w przyszłości.

Pismiennictwo

- [1] **Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., Lau M.A.:** Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000, 68, 615–623.
- [2] **Kabat-Zinn J.:** An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1982, 4, 33–47.
- [3] **Minor H.G., Carlson L.E., Mackenzie M.J., Zernicke K., Jones L.:** Evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Soc. Work Health Care* 2006, 43, 91–109.
- [4] **Carlson L.E., Speca M., Patel K.D., Goodey E.:** Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology* 2004, 29, 448–474.
- [5] **Carlson L.E., Garland S.N.:** Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int. J. Behav. Med.* 2005, 12, 278–285.
- [6] **Ma S.H., Teasdale J.D.:** Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004, 72, 31–40.
- [7] **Sipe W.E., Eisendrath S.J.:** Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Can. J. Psychiatry* 2012, 57, 63–69.
- [8] **Teasdale J.D.:** Psychological treatments for depression: how do they work? *Behav. Res. Ther.* 1985, 23, 157–165.
- [9] **Coelho H.F., Canter P.H., Ernst E.:** Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007, 75, 1000–1005.
- [10] **Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E., Holden E., White K., Barrett B., Byng R., Evans A., Mullan E., Teasdale J.D.:** Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008, 76, 966–978.
- [11] **van Aalderen J.R., Donders A.R., Gionmi F., Spinhoven P., Barendregt H.P., Speckens A.E.:** The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2012, 42, 989–1001.
- [12] **van Vugt M.K., Hitchcock P., Shahar B., Britton W.:** The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. *Front. Hum. Neurosci.* 2012, 6, 257.
- [13] **Kuyken W., Watkins E., Holden E., White K., Taylor R.S., Byford S., Evans A., Radford S., Teasdale J.D., Dalgleish T.:** How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav. Res. Ther.* 2010, 48, 1105–1112.
- [14] **Geschwind N., Peeters F., Huibers M., van Os J., Wichers M.:** Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br. J. Psych.* 2012, 201, 320–325.
- [15] **Batink T., Peeters F., Geschwind N., van Os J., Wichers M.:** How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One* 2013, 8, e72778.
- [16] **Garland E.L., Fredrickson B., Kring A.M., Johnson D.P., Meyer P.S., Penn D.L.:** Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin. Psychol. Rev.* 2010, 30, 849–864.
- [17] **Chiesa A., Serretti A.:** Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011, 187, 441–453.
- [18] **Eisendrath S.J., Gillung E.P., Delucchi K.L., Chartier M., Mathalon D.H., Sullivan J.C., Segal Z.V., Feldman M.D.:** Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern. Med.* 2014, 14, 95.
- [19] **Zomorodi S., Abdi S., Tabatabaee S.K.:** Comparison of long-term effects of cognitive-behavioral therapy versus mindfulness-based therapy on reduction of symptoms among patients suffering from irritable bowel syndrome. *Gastroenterol. Hepatol. Bed. Bench.* 2014, 7, 118–124.
- [20] **Zernicke K.A., Campbell T.S., Speca M., McCabe-Ruff K., Flowers S., Carlson L.E.:** A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the eTherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosom. Med.* 2014, 76, 257–267.
- [21] **Visser A., de Witte T., Speckens A.E., Prins J.B., van Laarhoven H.W.:** A qualitative analysis of experiences of patients with metastatic breast cancer participating in a mindfulness-based intervention. *Palliat. Med.* 2014.
- [22] **van Ravesteijn H.J., Suijkerbuijk Y.B., Langbroek J.A., Muskens E., Lucassen P.L., van Weel C., Wester F., Speckens A.E.:** Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: process of change. *J. Psychosom. Res.* 2014, 77, 27–33.
- [23] **Ussher M., Spatz A., Copland C., Nicolaou A., Cargill A., Amini-Tabrizi N., McCracken L.M.:** Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *J. Behav. Med.* 2014, 37, 127–134.
- [24] **Tovote K.A., Fleer J., Snippe E., Peeters A.C., Emmelkamp P.M., Sanderman R., Links T.P., Schroevers M.J.:** Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diab. Care* 2014, 37, 2427–2434.
- [25] **Kulz A.K., Rose N.:** Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder – an adaptation of the original program. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2014, 64, 35–40.
- [26] **Fordham B., Griffiths C.E., Bundy C.:** A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol. Health Med.* 2014.

- [27] **Milani A., Nikmanesh Z., Farnam A.:** Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Aggression of Individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *Int. J. High Risk Behav. Addict.* 2013, 2, 126–131.
- [28] **King A.P., Erickson T.M., Giardino N.D., Favorite T., Rauch S.A., Robinson E., Kulkarni M., Liberzon I.:** A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depress Anxiety* 2013, 30, 638–645.
- [29] **Fitzpatrick L., Simpson J., Smith A.:** A qualitative analysis of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in Parkinson's disease. *Psychol. Psychother.* 2010, 83, 179–192.
- [30] **Williams J.M., Alatiq Y., Crane C., Barnhofer T., Fennell M.J., Duggan D.S., Hepburn S., Goodwin G.M.:** Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J. Affect Disord.* 2008, 107, 275–279.

Adres do korespondencji:

Mirosław Chybicki
Zakład Medycznych Nauk Społecznych
Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
e-mail: mchybicki@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.07.2015 r.

Po recenzji: 25.10.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 7.02.2016 r.

Received: 17.07.2015

Revised: 25.10.2015

Accepted: 7.02.2016