

Paweł Holas¹, Dorota Żołnierczyk-Zreda²

Terapia poznawcza oparta na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji Mindfulness-based cognitive therapy for the management and prevention of depression

¹Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, Polska

²Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Paweł Holas, Wydział Psychologii, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, pok. 108, tel.: +48 501 254 501, e-mail: pawel.holas@psych.uw.edu.pl

Streszczenie

Terapia poznawcza oparta na uważności została opracowana na przełomie XX i XXI wieku jako grupowa interwencja terapeutyczna stosowana u osób z depresją w okresie remisji w celu zapobiegania nawrotom. Od pierwszej publikacji z 2000 roku oceniającej skuteczność tej terapii przeprowadzono wiele badań i metaanaliz, których wyniki potwierdzają jej efektywność w profilaktyce nawrotów depresji. Na podstawie wyników badań brytyjski National Institute for Health and Care Excellence już w 2009 roku zarekomendował wspomnianą terapię jako skuteczną metodę zapobiegania nawrotom depresji u osób z co najmniej trzema epizodami w wywiadzie będących obecnie w remisji. W ostatniej dekadzie opublikowano również szereg obiecujących badań dotyczących efektywności terapii poznawczej opartej na uważności w aktualnych epizodach depresji i w depresji chronicznej, a także oceniających mechanizmy, poprzez które ten rodzaj interwencji wywiera terapeutyczny wpływ. Wykazano, że w mechanizmie zmiany pod wpływem terapii pośredniczą wzrost zdolności do bycia uważnym i współczującym wobec samego siebie czy osłabienie tendencji do ruminowania i zamartwiania się. Mimo uznanej pozycji tej formy terapii wśród metod terapeutycznych opartych na dowodach opublikowano dotychczas niewiele polskojęzycznych prac na jej temat. Niniejszy artykuł wypełnia tę lukę, oferując systematyczny przegląd wyników badań nad skutecznością terapii poznawczej opartej na uważności oraz jej mechanizmów zmiany w depresji i profilaktyce depresji.

Słowa kluczowe: MBCT, depresja, skuteczność, mechanizmy zmiany

Abstract

Mindfulness-based cognitive therapy was first developed at the turn of the 20th and 21st century as a group-based clinical intervention program geared towards the treatment of patients with depression who have achieved remission, to prevent relapse. The first study evaluating the efficiency of this method was published in 2000, followed by numerous studies and meta-analyses confirming its effectiveness for the reduction or prevention of relapse. Based on the compelling evidence base, the British National Institute for Health and Care Excellence as early as in 2009 endorsed mindfulness-based cognitive therapy as an effective method of reducing depression recurrence in patients with a history of a minimum of three depression episodes who have achieved remission. Over the last decade, there has also been a number of promising studies investigating the efficiency of mindfulness-based cognitive therapy for the management of current depression episodes as well as chronic depression, and analysing the mechanisms at work in this type of intervention. It has been demonstrated that the mechanism of change is mediated by an increased capacity for mindfulness and empathy towards oneself and a reduction in brooding. Despite the therapy's well-acknowledged status among evidence-based therapies, the literature of the subject in Polish has so far been scarce. This study is aimed at addressing this situation, offering a comprehensive review of the results of the studies analysing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and its mechanisms of change in the management and prevention of depression.

Keywords: MBCT, depression, efficiency, mechanisms of change

WSTĘP

Depresja należy do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, ma zwykle nawracający charakter i jest jedną z głównych przyczyn nieśprawności (Kessler *et al.*, 2012). Przewiduje się, że już w 2020 roku znajdzie się na drugim miejscu w rankingu chorób o najpoważniejszych skutkach społecznych (Murray i Lopez, 1996). Depresja stanowi zespół objawowy o zróżnicowanym nasileniu, przebiegu i obrazie, a jej istotną cechą jej nawrotowość – każdy kolejny epizod zwiększa ryzyko pojawienia się następnego. Po pierwszym epizodzie prawdopodobieństwo nawrotu wynosi 50%, po kolejnych wzrasta do 70–80% (Paykel *et al.*, 1995). Dlatego też bardzo istotną kwestią jest opracowanie skutecznych metod zapobiegania nawrotom.

Mechanizmy nawrotów

W czasie epizodu depresji ludzie doświadczają zarówno obniżonego nastroju, jak i negatywnego myślenia. W przypadku osób po epizodzie depresyjnym nawet normalny, codzienny smutek może mieć poważne konsekwencje, ponieważ aktywizuje style myślenia kojarzone z przeżytym epizodem (Segal *et al.*, 1996). Badania pokazują, że wzbudzenie negatywnego nastroju u ludzi z depresją w wywiadzie prowadzi do nasilenia negatywnego myślenia o sobie i przyszłości w porównaniu z ludźmi, którzy nie przybyli depresji (teoria różnicowego wzbudzenia) (Teasdale, 1988). Negatywne myślenie intensyfikuje i podtrzymuje negatywny afekt – to poznawczo-afektywne błędne koło skutkuje dalszym nasilaniem się objawów depresyjnych u osób podatnych (Watkins, 2008). Z czasem coraz mniej potrzeba, by wywołać obniżenie nastroju, gdyż wraz z każdym jego powrotem powstają coraz silniejsze powiązania między towarzyszącymi mu myślami, uczuciami, doznaniem cielesnymi i zachowaniami, a procesy inicjujące depresyjny nastrój zyskują większą autonomię (Segal *et al.*, 1996). Każdy epizod przyczynia się do przesunięcia neurobiologicznego progu, po którego przekroczeniu może się pojawić depresja (Post, 1992).

Jak wynika z badań, nawrotowość depresji związana jest z reaktywnością poznawczą, czyli tendencją do reagowania na małe zmiany nastroju znacznym nasileniem negatywnego myślenia, co ma charakter kumulacyjny (Segal *et al.*, 1996). Kolejny mechanizm mający udokumentowany wpływ na wyzwalanie i podtrzymywanie depresji to ruminacyjny styl myślenia (Nolen-Hoeksema, 2000) oraz tendencyjność procesów poznawczych (Armstrong i Olatunji, 2012). Ruminowaniem określa się uporczywe negatywne myślenie charakteryzujące się powtarzalnością, intruzywnością i brakiem kontroli (Brinker i Dozois, 2009). Teoria ruminacyjnego stylu reagowania w depresji (Nolen-Hoeksema, 1991) zakłada, że ludzie różnią się reakcją na zły nastrój, a u osób podatnych na depresję występują zachowania lub myśli skupiające ich uwagę

na objawach depresji i konsekwencjach tych objawów (Nolen-Hoeksema, 1991, s. 569). Ruminacyjny styl myślenia wiąże się z monitorowaniem różnic między obecnym stanem „ja” a pożądanym standardem, postrzegane różnice powodują zaś dalsze obniżenie nastroju. Eksperymentalnie wykazano, że indukcja negatywnego nastroju wytwarza bardziej uporczywy i przedłużający się smutek, gdy towarzyszy jej ruminowanie, a ludzie angażują się w ruminowanie, wierząc, iż pozwoli im to rozwiązać problemy emocjonalne – choć w istocie tak nie jest (Lyubomirsky i Nolen-Hoeksema, 1995). Zarówno dostępność negatywnych treści, jak i sposób radzenia sobie z nimi poprzez ruminowanie mają związek z psychologiczną podatnością na depresję (Teasdale *et al.*, 1995). Wspólnie tworzą samonapędzający się mechanizm, który sprawia, że przejściowy smutek zamienia się w nawrót depresji, tworząc „umysłowe koleiny” (Williams *et al.*, 2009). Celem profilaktyki nawrotów depresji jest zatem danie pacjentom narzędzi pozwalających wyjść poza „umysłowe koleiny”. W tym właśnie celu Segal, Williams i Teasdale (2002) opracowali terapię poznawczą opartą na uważności (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT). Podstawą teoretyczną MBCT są wymienione powyżej modele podatności na nawroty depresji: dostępność negatywnych treści, gdy nastrój jest obniżony, oraz ruminacyjny styl reagowania na nie. Kluczowym elementem terapeutycznym jest tu rozwijanie zdolności do bycia uważnym.

UWAŻNOŚĆ JAKO BUFOR PRZED DEPRESJĄ

Uważność definiowana jest jako nieoceniająca świadomość tego, czego się doświadczają w chwili bieżącej (Kabat-Zinn, 2003), a zatem myśli, doznań i uczuć, oraz świadomość otoczenia połączona z postawą otwarcia, akceptacji i zaciekawienia (Bishop *et al.*, 2004; Holas i Jankowski, 2013). Różne definicje uważności mówią o niej jako o stanie świadomości bądź uwagi, można też mówić o trwałej dyspozycji do tego stanu, czyli o uważności jako cesze. Dzięki treningowi i interwencjom takim jak MBCT uważność jako stała dyspozycja może rosnąć (np. Kuyken *et al.*, 2010). Badania pokazują, że uważność jako cecha jest silnie pozytywnie powiązana z różnymi wskaźnikami dobrostanu psychicznego, czyli z pozytywnym afektem, poczuciem wartości i wskaźnikami jakości życia (Brown i Ryan, 2003; Jankowski i Holas, 2009), oraz ujemnie skorelowana z miarami negatywnymi, takimi jak poziom stresu i ogólnej psychopatologii (np. Brown i Ryan, 2003; Cash i Whittingham, 2010).

Okazuje się, że uważność chroni przed depresją, ponieważ wzmacnia adaptacyjne style regulacji emocji (Creswell *et al.*, 2007), a także zwiększa samoakceptację i współczucie wobec samego siebie w trudnych momentach (Jimenez *et al.*, 2010). Osoby uważne dokonują bardziej neutralnych ocen sytuacji stresogennych. Rzadziej unikają problemów powodujących stres, a częściej starają się je rozwiązać (Weinstein *et al.*, 2009).

MBCT

MBCT (Segal *et al.*, 2002) została opracowana przez Zindela Segala, Johna Teasdale'a i Marka Williama jako ujęta w protokół forma grupowej interwencji terapeutycznej służąca profilaktyce nawrotów depresji u osób z depresją nawracającą. Powstała na bazie programu redukcji stresu za pomocą uważności (*mindfulness-based stress reduction*, MBSR) autorstwa Jona Kabata-Zina (1982) oraz elementów terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT) depresji (Beck *et al.*, 1979). Terapia ta łączy wybrane formalne praktyki uważności (obserwację oddechu, skanowanie ciała, elementy jogi czy medytację w ruchu) oraz nieformalne praktyki uważności (zachęcanie do uważnego wykonywania czynności domowych) z technikami CBT i psychoedukacją na temat depresji. Jest metodą ustrukturyzowaną, krótkoterminową (sesja raz w tygodniu przez 8 tygodni), grupową, wymagającą od terapeuty prowadzącego nie tylko wiedzy klinicznej, ale przede wszystkim własnej ugruntowanej praktyki medytacyjnej (ćwiczenia uważności to w istocie ćwiczenia medytacyjne). Pierwsze cztery sesje przeznaczone są na naukę skupiania uwagi i rozpoznawanie rozproszonego funkcjonowania umysłu. Obiekt uwagi stanowią najpierw doznania z ciała, potem oddech. W trakcie kolejnych sesji tę umiejętność wykorzystuje się do rejestrowania myśli i uczuć, przyjmowania ich i powstrzymywania nawykowych reakcji na nie. Między sesjami uczestnicy terapii wykonują codzienne ćwiczenia medytacyjne i prace własne utrwalające doświadczenia z zajęć. Po zakończeniu kursu zachęceni są do kontynuacji praktykowania uważności.

Celem MBCT jest umożliwienie uczestnikom zdobycia umiejętności, które pomogą zmniejszyć ryzyko nawrotu depresji. Kolejny cel stanowi nauka rozpoznawania indywidualnych objawów prodromalnych zbliżającej się depresji i opracowanie planu działania w takiej sytuacji. Twórcy MBCT (Segal *et al.*, 2002; Williams *et al.*, 2009) łączą ruminacyjny styl myślenia – podstawowy mechanizm wyzwalający nawroty depresji – z „trybem działania”, czyli trybem umysłowym polegającym na werbalnej próbie szukania rozwiązania problemu, i przeciwstawiają mu „tryb bycia”, rozwijany dzięki treningowi uważności. Jest to tryb pozawerbalny, w którym człowiek otwiera się na doświadczenia emocjonalne, mentalne i cielesne oraz akceptuje je takimi, jakie są. Drogą do wyjścia poza mechanizmy odpowiedzialne za nawrót depresji jest zatem uzyskanie większej świadomości doznań cielesnych, uczuć i myśli z chwili na chwilę oraz rozwinięcie nowego sposobu odnoszenia się do nich, opartego na akceptacji i współczuciu zamiast identyfikowania się z nimi, przeciwstawiania się im lub ich odrzucania (Holas, 2015a, 2015b). W konsekwencji nawykowe reakcje, czyli „koleiny umysłowe” (w treningu uważności określa się je także mianem „automatycznego pilota”), mogą zostać zastąpione nowymi, świadomymi strategiami regulacji emocji.

SKUTECZNOŚĆ MBCT

W literaturze dotyczącej skuteczności MBCT w depresji można wyróżnić trzy obszary badawcze: 1) porównywanie MBCT ze standardową terapią wykorzystywaną w profilaktyce nawrotów depresji; 2) ocenę efektywności MBCT w terapii aktualnych epizodów depresji; 3) badanie mechanizmów, poprzez które MBCT wywiera terapeutyczny wpływ na objawy depresji.

Skuteczność MBCT w profilaktyce nawrotów depresji

Pierwsze badanie przeprowadzili twórcy metody, by sprawdzić jej skuteczność (Teasdale *et al.*, 2000). Stu czterdziestu pięciu pacjentów z nawracającą depresją przydzielono w sposób zrandomizowany do terapii standardowej (*treatment as usual*, TAU), polegającej na okresowych wizytach w celu kontynuacji farmakoterapii, albo TAU i MBCT. U osób, które miały jeden lub dwa epizody w wywiadzie, autorzy nie zaobserwowali istotnych różnic w zapobieganiu nawrotom w porównaniu ze standardowym oddziaływaniem, natomiast u tych, które przeżyły co najmniej trzy epizody depresji, po 12-miesięcznej obserwacji wskaźnik nawrotów po MBCT zmniejszył się niemal o połowę (Teasdale *et al.*, 2000).

Zbliżone rezultaty przyniosły replikacja (Ma i Teasdale, 2004) i kolejne badania, prowadzone już w innych ośrodkach (Bondolfi *et al.*, 2010; Godfrin i van Heeringen, 2010; Kuyken *et al.*, 2008; Segal *et al.*, 2010), ujęte łącznie w metaanalizie z 2011 roku, która objęła 593 pacjentów (Piet i Hougaard, 2011). Metaanaliza wykazała, że u chorych z trzema lub więcej epizodami depresji w przeszłości MBCT redukowało ryzyko nawrotu – w porównaniu z TAU lub placebo – aż o 43%, nie stwierdzono zaś redukcji ryzyka u osób z tylko jednym lub dwoma epizodami (Piet i Hougaard, 2011). Istnieje hipoteza mówiąca o tym, iż nawroty u pacjentów z mniejszą liczbą epizodów są związane ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, a wraz ze wzrostem liczby epizodów stres środowiskowy odgrywa coraz mniejszą rolę (Post, 1992), rośnie natomiast znaczenie ruminacyjnego stylu myślenia w podtrzymywaniu objawów depresji (Nolen-Hoeksema *et al.*, 1993). Utrwalanie skojarzeń między stanem obniżonego nastroju a wzorcami negatywnego myślenia, następujące wraz z każdym kolejnym epizodem, sprawia, że nawrót objawów depresji staje się coraz bardziej autonomiczny i coraz mniej zależny od czynników wyzwalających. Efektywność MBCT w profilaktyce depresji polega na przerwaniu tych procesów w okresach zagrożenia nawrotem.

Zgodne z powyższym wnioskiem są rezultaty badań Ma i Teasdale'a (2004) – potwierdzające obserwację, iż MBCT jest skuteczniejsza w profilaktyce nawrotów niezwiązanych bezpośrednio z wydarzeniami życiowymi. Do podobnych konkluzji prowadzą wyniki badania z 2015 roku (Kuyken *et al.*, 2015), w którym 424 pacjentów losowo przydzielono

do jednej z dwóch grup: w pierwszej prowadzono standardowe leczenie podtrzymujące lekami przeciwdepresyjnymi, w drugiej leki odstawiano lub zmniejszano ich dawkę, a jednocześnie wprowadzano MBCT. W ciągu 24 miesięcy nie pojawiły się istotne różnice między grupami dotyczące liczby nawrotów i natężenia objawów depresji, czyli oba rodzaje interwencji przynosiły zbliżone pozytywne efekty. Okazało się jednak, że w podgrupie osób depresyjnych z doświadczeniem nadużycia (trauma wczesnodziecięcej) MBCT wykazuje lepsze efekty niż standardowe leczenie farmakologiczne w zakresie profilaktyki nawrotów depresji, niezależnie od liczby epizodów w wywiadzie (Kuyken *et al.*, 2015).

Badania przeprowadzone przez ten sam zespół naukowców kilka lat wcześniej wykazały, że u pacjentów z nawracającą depresją MBCT jest podobnie skuteczna w zakresie zapobiegania nawrotom depresji co leki przeciwdepresyjne (ponad 50% osób po MBCT i 40% osób przyjmujących leki pozostawało w remisji przez 15 miesięcy obserwacji). Niemniej MBCT była skuteczniejsza od farmakoterapii w redukowaniu natężenia objawów rezydualnych depresji i objawów zaburzeń współwystępujących oraz w poprawie jakości życia (Kuyken *et al.*, 2008). W grupie MBCT badacze zaobserwowali znaczące ograniczenie przyjmowania leków, a 75% pacjentów całkowicie z nich zrezygnowało. We wnioskach autorzy podkreślają, że MBCT może być obiecującą alternatywą dla leków (związaną z mniejszą liczbą objawów niepożądanych) i że obie terapie mają zbliżony koszt.

Korzystniejszy wpływ MBCT w porównaniu z lekami na redukcję utrzymujących się objawów depresji i na jakość życia został wykazany również w badaniach innych autorów (np. Godfrin i van Heeringen, 2010). Randomizowane badanie z udziałem 60 pacjentów w fazie remisji depresji (jedna grupa była poddawana terapii podtrzymującej lekami przeciwdepresyjnymi, a druga – zarówno lekami przeciwdepresyjnymi, jak i MBCT) pokazało, że po 14 miesiącach obserwacji czas do pojawienia się nawrotów choroby w grupie z łączoną terapią był istotnie dłuższy (Bondolfi *et al.*, 2010).

MBCT w terapii aktualnych epizodów depresyjnych

Choć MBCT została opracowana z myślą o zapobieganiu nawrotom depresji, szereg badań wykazało, że interwencja ta prowadzi również do redukcji objawów depresyjnych (metaanaliza Strauss *et al.*, 2014). Przykładowo wyniki badania van Aalderena i wsp. (2012) sugerują, iż MBCT jest podobnie efektywna w redukowaniu objawów depresyjnych u osób z aktualnym epizodem depresji i u osób w remisji cierpiących na zaburzenie depresyjne nawracające. Ponadto okazało się, że w terapeutycznym efekcie redukcji nasilenia objawów depresji pośredniczą podobne mechanizmy: spadek zamartwiania się i ruminowania oraz wzrost umiejętności akceptowania bez oceniania powiązany z uważnością (van Aalderen *et al.*, 2012).

Niedawno przeprowadzono metaanalizę efektywności interwencji opartych na uważności (MBCT i MBSR)

w aktualnej depresji lub zaburzeniu lękowym (Strauss *et al.*, 2014), obejmującą 12 badań randomizowanych z grupą kontrolną (*randomised control trial*, RCT) ($N = 578$), w tym cztery RCT dotyczące dużej depresji i osiem RCT dotyczące zaburzeń lękowych. Wykazano istotną skuteczność MBCT – ale nie MBSR – w porównaniu z warunkami kontrolnymi w redukcji objawów depresyjnych w zaburzeniu depresyjnym, a także redukcję symptomów depresji niezależnie od rodzaju zaburzenia (Strauss *et al.*, 2014). Wyniki te są zgodne z uzyskanymi w dwóch wcześniejszych metaanalizach (Chiesa i Serretti, 2011; Hofmann *et al.*, 2010). Większość dotychczasowych badań nad skutecznością MBCT nie miała aktywnego oddziaływania terapeutycznego w warunkach kontrolnych, tylko listę oczekujących. Strukturalnie ekwiwalentne do MBCT oddziaływanie psychospołeczne zastosowano w zaledwie sześciu badaniach, a ich wyniki są niespójne w zakresie wyższości MBCT nad aktywnym warunkiem kontrolnym (*active control condition*, ACC) w zapobieganiu nawrotom depresji (Meadows *et al.*, 2014; Shallcross *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2014) i w redukcji objawów depresyjnych (Chiesa *et al.*, 2015; Eisendrath *et al.*, 2016; Manicavasgar *et al.*, 2011). Z trzech badań porównujących MBCT z ACC w kontekście profilaktyki nawrotów tylko jedno (Meadows *et al.*, 2014) wykazało wyższość MBCT nad ACC. Williams i wsp. (2014) pomimo braku istotnych różnic między MBCT i ACC dla całych badanych populacji stwierdzili, że MBCT jest skuteczniejsza w zapobieganiu nawrotom u osób z nawracającą depresją i traumą dziecięcą w wywiadzie. Rok później ten sam efekt został zidentyfikowany w większej populacji (Kuyken *et al.*, 2015). Spośród trzech badań, w których główną ocenianą zmienną zależną były objawy depresyjne, w dwóch wykazano wyższość MBCT nad warunkiem kontrolnym, a jedynie Manicavasgar i wsp. (2011), porównujący MBCT z grupową CBT, nie znaleźli istotnych różnic między tymi oddziaływaniami – obie terapie prowadziły do istotnej poprawy objawowej.

Zbliżone wnioski płyną również z metaanalizy skuteczności różnych rodzajów interwencji opartych na uważności w leczeniu pierwotnych i wtórnych zaburzeń depresyjnych i lękowych (Khoury *et al.*, 2013). Wyniki tej metaanalizy, która objęła aż 209 badań ($N = 12\,145$), wskazują, że skuteczność terapii opartych na uważności jest podobna do skuteczności CBT i farmakoterapii. Interwencje oparte na uważności (*mindfulness-based interventions*, MBI) okazały się natomiast skuteczniejsze od biernego warunku kontrolnego (listy oczekujących) oraz innych aktywnych interwencji: terapii podtrzymującej, psychoedukacji czy relaksacji (Khoury *et al.*, 2013).

Mechanizmy terapeutycznego wpływu MBCT

Ponieważ nie do końca wiadomo, jak to się dzieje, że MBCT prowadzi do redukcji objawów depresji i pomaga w zapobieganiu jej nawrotom (Coelho *et al.*, 2007; Kuyken *et al.*, 2008), ważnym krokiem w kierunku określenia

mechanizmów zmiany jest identyfikacja czynników pośredniczących w efekcie terapeutycznym (Batink *et al.*, 2013; Kazdin, 2007). Zostało wykazane, iż MBCT wywiera korzystny wpływ za sprawą zwiększenia zdolności do bycia uważnym i współczującym wobec samego siebie (Kuyken *et al.*, 2010) oraz poprzez osłabienie tendencji do ruminowania i zamartwiania się (np. Batink *et al.*, 2013; Shahar *et al.*, 2010).

Podobne mediatory redukcji objawów depresji pod wpływem MBCT – wzrost uważności i współczucia do siebie, ograniczenie zamartwiania się – stwierdzono w badaniu z udziałem osób w trakcie epizodu depresji przeprowadzonym na Uniwersytecie SWPS w Warszawie (Holas *et al.*, w przygotowaniu). Pięćdziesięcioro sześcioro pacjentów z depresją przydzielono w sposób zrandomizowany do MBCT ($N = 26$) lub listy oczekujących ($N = 30$). Przed interwencją i po niej uczestników poddano ocenie kwestionariuszowej, dzienniczkowej, okulograficznej (ocena tendencyjności uwagowych) i poznawczej (ocena tendencyjności interpretacyjnych). U pacjentów, którzy brali udział w MBCT, w pomiarze drugim zaobserwowano – poza korzystną zmianą w miarach kwestionariuszowych – zmianę procesów interpretacyjnych i uwagowych w kierunku odwrócenia negatywnych tendencyjności związanych z depresją (więcej ułożonych pozytywnych zdań, wzrok dłużej i częściej skupiony na słowach pozytywnych) (Holas *et al.*, 2017). Uzyskane wyniki sugerują, iż jednym z mechanizmów zmiany pod wpływem MBCT może być również odwrócenie negatywnych tendencyjności poznawczych, które leżą u podłoża depresji.

W literaturze przedmiotu wskazuje się też, że MBCT prowadzi do zmniejszenia reaktywności osób depresyjnych na zmiany nastroju i myślenia, w czym istotną rolę odgrywa nabycie zdolności do nieutożsamiania się z własnymi myślami, doznaniem i uczuciami, czyli decentracja albo metapoznawcza świadomość (Jankowski i Holas, 2014; Teasdale *et al.*, 2002). Umiejętności te pozwalają pacjentom rozpoznać negatywne wzorce i procesy myślenia, w tym ruminowanie, i zamiast skupiać się na nich, przekierować uwagę na to, co pojawia się w bieżącym momencie (np. Piet i Hougaard, 2011; Segal *et al.*, 2002). Osoby depresyjne dzięki treningowi MBCT uczą się przywiązywać mniejszą wagę do samoobwiniania się, które jest siłą napędową depresyjnego myślenia (Feldman i Kuyken, 2011), czemu sprzyja także redukcja nadmiernie uogólnionej pamięci autobiograficznej u chorych z depresją (Williams *et al.*, 2000). Geschwind i wsp. (2011) wykazali ponadto, że MBCT poprawia zdolność do cieszenia się i doceniania pozytywnych codziennych aktywności, przy czym zmiany te były powiązane z redukcją objawów depresyjnych.

Niedawno opublikowany przegląd mechanizmów działania MBCT w depresji, obejmujący głównie badania nad osobami w remisji z depresją nawracającą (van der Velden *et al.*, 2015), obok wyżej opisanych sugeruje inne potencjalne mechanizmy zmiany: osłabienie tendencji do tłumienia negatywnych myśli (Hepburn *et al.*, 2009), zmniejszenie

autorozbieżności w strukturze „ja” (Crane *et al.*, 2008) i wzrost specyficzności życiowych celów (Crane *et al.*, 2012). W konkluzji badacze podkreślają, że badań jest za mało, by przeprowadzić metaanalizę i wyciągnąć bardziej solidne wnioski. Najrzetelniej zbadane i udowodnione mechanizmy lub też predyktory zmiany w objawach depresji pod wpływem MBCT to zmiany w zakresie uważności, współczucia do siebie, zamartwiania się oraz metapoznawczej świadomości (van der Velden *et al.*, 2015).

PODSUMOWANIE

Chociaż MBCT należy do stosunkowo nowych modalności terapeutycznych, dane zgromadzone w ciągu ponad 10 lat badań nad jej skutecznością wskazują, że jest to efektywna metoda profilaktyki nawrotów depresji. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) już w 2009 roku zarekomendował MBCT jako metodę zapobiegania nawrotom depresji u osób w remisji z co najmniej trzema epizodami w wywiadzie (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Badania pokazują również wstępnie, że MBCT skutecznie redukuje objawy depresyjne oraz poprawia funkcjonowanie pacjentów z aktualnym epizodem depresji i depresją przewlekłą. MBCT stanowi wartościowe uzupełnienie terapii farmakologicznej i pomaga odstawić leki bez zwiększenia ryzyka nawrotu. Może wreszcie być alternatywą dla farmakoterapii, i to nawet bardziej efektywną, szczególnie u osób z traumą dziecięcą w wywiadzie. Co więcej, terapia ta jest stosunkowo tania i bezpieczna (Kenny i Williams, 2007), wydaje się zatem, że może być zalecana jako metoda terapeutyczna stosowana u osób depresyjnych. Potrzebne są jednak dalsze badania, które pozwolą określić z jeszcze większą pewnością, u jakich pacjentów i za sprawą jakich mechanizmów MBCT wywiera wpływ na redukcję objawów i nawrotów depresji.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Napisanie pracy zostało wsparte finansowo ze środków Badań Statutowych (BST) Wydziału Psychologii UW dla pierwszego autora oraz ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego/Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Podziękowania

Dla Pani Michaliny Radockiej za pomoc przy tworzeniu tej pracy.

Piśmiennictwo

- Armstrong T, Olatunji BO: Eye tracking of attention in the affective disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 704–723.
- Batink T, Peeters F, Geschwind N et al.: How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One* 2013; 8: e72778.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al.: *Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press, New York 1979.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S et al.: Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract* 2004; 11: 230–241.
- Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV et al.: Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010; 122: 224–231.
- Brinker JK, Dozois DJA: Ruminative thought style and depressed mood. *J Clin Psychol* 2009; 65: 1–19.
- Brown KW, Ryan RM: The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84: 822–848.
- Cash M, Whittingham K: What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness* 2010; 1: 177–182.
- Chiesa A, Serretti A: Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2011; 187: 441–453.
- Chiesa A, Castagner V, Andrisano C et al.: Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Res* 2015; 226: 474–483.
- Coelho HF, Canter PH, Ernst E: Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 1000–1005.
- Crane C, Barnhofer T, Duggan DS et al.: Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognit Ther Res* 2008; 32: 775–787.
- Crane C, Winder R, Hargus E et al.: Effects of mindfulness-based cognitive therapy on specificity of life goals. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 182–189.
- Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI et al.: Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosom Med* 2007; 69: 560–565.
- Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL et al.: A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 99–110.
- Feldman C, Kuyken W: Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism* 2011; 12: 143–155.
- Geschwind N, Peeters F, Drukker M et al.: Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 618–628.
- Godfrin KA, 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. *Behav Res Ther* 2010; 48: 738–746.
- Hepburn SR, Crane C, Barnhofer T et al.: Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: findings from a preliminary study. *Br J Clin Psychol* 2009; 48: 209–215.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA et al.: The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 169–183.
- Holas P: Uważność a depresja. *Terapie oparte na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji*. *Psych Dypl* 2015a; 12 (06): 6–9.
- Holas P: Uważność a lęk. *Terapie oparte na uważności w leczeniu zaburzeń lękowych*. *Psych Dypl* 2015b; 12 (04): 35–38.
- Holas P, Jankowski T: A cognitive perspective on mindfulness. *Int J Psychol* 2013; 48: 232–243.
- Holas P, Krejtz I, Nezlek J: Skuteczność terapii poznawczej opartej na uważności i mechanizmy zmiany w leczeniu epizodów dużej depresji [in preparation].
- Holas P, Krejtz I, Rusanowska M et al.: Does MBCT modify negative attentional and interpretative biases in major depression? Evidence from an eye-tracking study. *CMRP Conference: 8th–10th July 2017*, Chester, UK.
- Jankowski T, Holas P: Metacognitive model of mindfulness. *Conscious Cogn* 2014; 28: 64–80.
- Jankowski T, Holas P: Poznawcze mechanizmy uważności i jej zastosowanie w psychoterapii. *Stud Psychol* 2009; 47: 59–79.
- Jimenez SS, Niles BL, Park CL: A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Pers Individ Dif* 2010; 49: 645–650.
- 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.
- Kabat-Zinn J: Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10: 144–156.
- Kazdin AE: Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 1–27.
- Kenny MA, Williams JMG: Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007; 45: 617–625.
- Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA et al.: Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012; 21: 169–184.
- Khouri B, Lecomte T, Fortin G et al.: Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 763–771.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS et al.: Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 966–978.
- Kuyken W, Hayes R, Barrett B et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 386: 63–73.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E et al.: How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 2010; 48: 1105–1112.
- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S: Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 176–190.
- Ma SH, Teasdale JD: Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 31–40.
- Manicavasagar V, Parker G, Perich T: Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord* 2011; 130: 138–144.
- Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC et al.: Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: a translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 743–755.
- Murray CJL, Lopez AD: *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard University Press, Boston 1996.
- National Collaborating Centre for Mental Health: *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults*. NICE Clinical Guideline 90. National Collaborating Centre for Mental Health, 2009. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf>.
- Nolen-Hoeksema S: The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 504–511.
- Nolen-Hoeksema S: Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 569–582.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL: Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 20–28.

- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z et al.: Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995; 25: 1171–1180.
- 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. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1032–1040.
- Post RM: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999–1010.
- Segal ZV, Bieling P, Young T et al.: Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1256–1264.
- Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD et al.: A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychol Med* 1996; 26: 371–380.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press, New York 2002. [Wydanie polskie: *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowe podejście do profilaktyki nawrotów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009].
- Shahar B, Britton WB, Sbarra DA et al.: Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: preliminary evidence from a randomized controlled trial. *Int J Cogn Ther* 2010; 3: 402–418.
- Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD et al.: Relapse prevention in major depressive disorder: mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 964–975.
- Strauss C, Cavanagh K, Oliver A et al.: Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2014; 9: e96110.
- Teasdale JD: Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot* 1988; 2: 247–274.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H et al.: Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 275–287.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG: How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33: 25–39.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG et al.: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 615–623.
- van Aalderen JR, Donders ART, Giommi F et al.: 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.
- van der Velden AM, Kuyken W, Watter U et al.: A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 26–39.
- Watkins ER: Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bul* 2008; 134: 163–206.
- Weinstein N, Brown KW, Ryan RM: A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers* 2009; 43: 374–385.
- Williams JM, Crane C, Barnhofer T et al.: Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82: 275–286.
- Williams M, Teasdale J, Segal Z et al.: *Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.
- Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV et al.: Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 150–155.