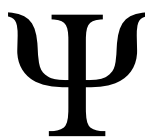




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Virkningsmekanismer i mindfulnessbasert terapi og hypnose.
Hvordan kan denne kunnskapen anvendes for å potensere den
terapeutiske effekten i depresjonsbehandling?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Tormod Elias Solberg

Høst 2010

Veileder
Helge Holgersen

Virkningsmekanismer i mindfulnessbasert terapi og hypnose.
Hvordan kan denne kunnskapen anvendes for å potensere den
terapeutiske effekten i depresjonsbehandling?

Tormod Elias Solberg

Universitetet i Bergen

Abstract

This article is an attempt at getting a better understanding of the mechanisms of change involved in hypnotherapy and mindfulness-based treatments. Several mechanisms of change relating to mindfulness-based therapy and hypnotherapy are discussed along with their base of evidence. Furthermore, the paper argues that this kind of knowledge is essential in our daily clinical practice, and illustrates this by applying knowledge about mechanisms of change in mindfulness and hypnosis to treatment for depression.

Keywords: Mindfulness, hypnosis, depression, mechanisms of change, working mechanisms, active ingredients

Sammendrag

Det har vært en enorm fremgang innenfor forskning på psykoterapi. Dette har resultert i en anerkjennelse av at flere forskjellige psykoterapier nå har sterkt evidensgrunnlag for sin terapeutiske effekt. Likevel forblir virkningsmekanismene i behandlingene kun teoretiske da det mangler de essensielle empiriske studiene som skal til før virkningsmekanismene kan gå fra å være teoretiske konstruksjoner til å bli empirisk forankret. Dette gjelder også for hypnose og mindfulnessbaserte intervensjoner. I denne artikkelen blir en rekke foreslåtte virkningsmekanismer i hypnose og mindfulness drøftet sammen med evidensgrunnlag for de foreslåtte mekanismene. Videre argumenteres det for at denne typen kunnskap er essensiell i vår daglige kliniske utøvelse av psykologifaget, og illustrerer dette ved å anvende kunnskap om virkningsmekanismer i mindfulness og hypnose i behandling av depresjon.

Nøkkelord: Mindfulness, hypnose, depresjon, virkningsmekanismer, endringsmekanismer, aktive ingrediense

Gjennom tiår med forskning har det blitt etablert kunnskap at psykoterapi har en reel behandlingseffekt i forhold til en rekke psykiske og atferdsmessige vansker. Evidensen står kanskje sterkest innenfor tradisjonen av kognitiv adferdsterapi (Epp & Dobson, 2010), men også en rekke andre terapiretninger har vist seg å være virkningsfulle. Vi vet en god del om hva som hjelper mot hva innenfor det psykoterapeutiske feltet, men det er derimot fortsatt ganske uklart hva som er de aktive virkningsmekanismene i de forskjellige behandlingsformene. Hver terapiretning har ofte sine egne teorier om hva slags virkningsmekanismer som er aktive og hvordan den terapeutiske endringen skjer, men det mangler ofte tilstrekkelig evidensbelegg noe som gjør at virkningsmekanismene i stor grad forblir teoretiske.

Hvorfor trenger vi kunnskap om virkningsmekanismer i psykoterapi? Kazdin (2007) trekker frem seks grunner til å øke vår kunnskap på dette feltet. For det første eksisterer det et enormt antall forskjellige terapier; det kan for eksempel identifiseres over 550 separate terapier innenfor barne- og ungdomsfeltet alene (Kazdin, 2000). En del av disse terapiene har vist seg å frembringe endring, men det er ikke sannsynlig at alle de forskjellige terapiene produserer endring på forskjellige måter. Kunnskap om virkningsmekanismer vil kunne bidra til større orden og parsimoni i dagens mangfold av psykoterapeutiske intervensjoner.

For det andre har psykoterapi en bredere effekt som ikke begrenser seg kun til å redusere sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker. Terapi påvirker også fysiologiske variabler som blodtrykk og smerte, øker personens evne til å komme til hektene igjen etter sykdom samt øker personens opplevde livskvalitet (Kazdin, 2000). Kunnskap om virkningsmekanismer kan si noe om forholdet mellom intervensjonene på en side og mangfoldet av utfall på den andre.

For det tredje kan en dypere forståelse av prosessene som er ansvarlige for terapeutisk endring gjøre oss i stand til å optimalisere nettopp disse prosessene. Uten kunnskap om de

eksakte virkningsmekanismene mangler vi kunnskap som kan belyse prioriteringer i terapirommet. Skal vi prioritere og da bruke dyrebar terapeutisk tid på ferdighetstrening, katarsis, hjemmearbeid eller kanskje småprat? Hvis vi vet hvordan endring skjer kan vi kanskje anvende bedre, sterkere, annerledes eller flere intervensjoner som trigger de kritiske endringsprosessene.

For det fjerde vil det være svært vanskelig å overføre kunnskap fra forskning til klinikk uten en forståelse av hvorfor og hvordan behandlingene virker. For å optimalisere overføringen av kunnskap fra forskning til praksis trenger vi å vite hva som er nødvendig for at behandlingen skal virke, hva som er de optimale forutsetningene, samt hvilke komponenter som ikke må utvannes eller reduseres hvis vi fortsatt skal oppnå terapeutisk endring.

For det femte kan kunnskap om hvordan intervensjoner virker hjelpe oss å identifisere moderatorer i behandlingen, i.e. variabler som påvirker effekten av intervensjonene vi planlegger å iverksette. Slik kunnskap kan bidra til bedre vurderinger i forhold til hvilke pasienter som burde tilbys hvilke intervensjoner. Det kan for eksempel være at effekten av hypnoterapi modereres av personens individuelle evne til å bli hypnotisert (hypnotiserbarhet), og denne kunnskapen kan så anvendes i vurderingen av hvilke pasienter som blir tilbudt hypnoterapeutiske intervensjoner.

Til sist kan kunnskap om mekanismene som fører til endring være relevant utenfor det psykoterapeutiske fagfeltet. Mange intervensjoner, erfaringer og opplevelser i dagliglivet øker tilpasning og adaptiv fungering, demper problemer relatert til psykisk og fysisk helse, hjelper personen med å håndtere stress og kriser samt bedrer personens evne til og hankses med talløse andre utfordringer i hverdagen. Mekanismer som forklarer hvordan psykoterapi virker kan ha generell betydning for forståelsen av menneskelig funksjon og endring *utenfor* en behandlingssammenheng. Dette forholdet kan selvfølgelig også gå andre veien. Kunnskap om

virkningsmekanismer i psykoterapi er derfor svært nyttig i forhold til en rekke utfordringer, både på den kliniske arena og utenfor.

I de siste tiårene har vestlige psykologer fattet ny interesse for meditasjon og andre liknende østlige praksiser og hvordan disse teknikkene kan påvirke mental helse. Teknikkene, tradisjonene og ideene er blitt gjort mer tilgjengelige for en vestlig forståelsesmåte og en stor del av disse går under samlebetegnelsen mindfulness. Anvendelsen av mindfulnessbaserte teknikker har spredd seg til forskjellige områder innenfor helse og er blant annet blitt anvendt for stress og emosjonsregulering ved alvorlig somatisk sykdom (Bishop, 2002), behandling av kroniske smerter (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985), og forebygging av tilbakevendende depressive episoder (Ma & Teasdale, 2004). Det terapeutiske potensiale i mindfulnessbehandling er lovende.

En annen intervensjon som har fått fornyet oppmerksomhet og forskningsfokus er hypnose. Hypnose har vært brukt som terapeutisk verktøy i over 220 år, og populariteten har variert mye i løpet av hypnosens historie (Lynn & Kirsch, 2006). I den senere tid har forskningen på hypnose økt betraktelig, og klinikere som ønsker å bruke hypnose i psykoterapeutisk behandling får stadig mer evidensbasert kunnskap å basere sine intervensjoner på. Hypnose er anvendt i behandling for en rekke psykiske og atferdsmessige vansker som blant annet røyking (Carmody et al., 2008), prestasjonsangst for skoletester (Stanton, 1994), depresjon (Yapko, 2006) og kroniske smerter (Jensen, 2009).

Innenfor mindfulness- og hypnosetradisjonene eksisterer det mange teorier om hva som er de aktive virkningsmekanismene i behandlingene. Det er likevel et vesentlig gap mellom hva teoriene sier og hva som blir støttet av evidens. Å sette teoriernes egne ideer om virkningsmekanismer på empirisk prøve er en svært viktig utfordring da vi trenger mer kunnskap om de aktive virkningsmekanismene hvis vi skal klare å utnytte til det fulle det terapeutiske potensialet som ligger i terapi basert på mindfulness og hypnose. I den senere tid

har det også blitt satt fokus på hvordan de to intervensjonene kan kombineres og hvordan dette potensielt kan gi bedre behandlingsresultat (Alladin, 2006; Lynn, Das, Hallquist, & Williams, 2006). En metaundersøkelse på effekten av å inkludere hypnose i kognitiv adferdsterapi konkluderte med at inklusjonen av hypnose førte til vesentlig bedre behandlingsresultat (Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995). På bakgrunn av slike indikasjoner er det naturlig å stille spørsmålet om hva slags potensial som ligger i å integrere hypnose med andre psykoterapeutiske behandlinger.

Denne teksten skal ta for seg de mulige virkningsmekanismene i mindfulness- og hypnosebehandling og evidensen for disse. Deretter skal det bli drøftet hvordan denne kunnskapen kan anvendes i en depresjonsbehandling. Depresjon er blitt valgt som fokus siden mindfulness og hypnoterapi har sterk empiri for sin effekt i forhold til å takle forskjellige aspekter ved depresjon (forebygging av ny depressiv episode versus behandling av den akutte fasen respektivt) (Teasdale et al., 2000; Yapko, 2006) og de kan derfor sammen danne et helhetlig depresjonsbehandlingsparadigme som adresserer de sentrale utfordringene en slik behandling presenterer. Følgende spørsmål søkes belyst:

1. Hvilke virkningsmekanismer kan være aktive i mindfulness- og hypnosebasert behandling av psykiske/atferdsmessige vansker?
2. Hvordan kan denne kunnskapen anvendes for å potensere den terapeutiske effekten i depresjonsbehandling?

Virkningsmekanismer i psykoterapi

Det har i den senere tid blitt satt inn store forskningsressurser på å undersøke effekten av psykoterapi som behandling for psykiske lidelser, og en rekke behandlingsparadigmer har vist seg å ha klinisk signifikante effekter. Inkorporert i behandlingsformene finnes teorier om hva som fører til den terapeutiske endringen og hvordan, være det seg Rogers tre prinsipper om terapeut egenskaper, kongruens, empati, og ubetinget aksept (Rogers, 1957), eller den

terapeutiske allianse og hvordan den forholder seg til behandlingsresultat (Horvath & Bedi, 2002). Kazdin (2007) definerer en virkningsmekanisme som de steg og prosesser som er involvert i hvordan en psykoterapeutisk behandling utfolder seg og gir opphav til endring. Begrepet mekanisme definerer han videre som “the basis for the effect, i.e., the processes or events that are responsible for the change; the reasons why change occurred or how change came about” (s. 3). I denne teksten blir begrepet virkningsmekanisme forstått som nettopp dette; *de prosesser og hendelser som forårsaker terapeutisk endring og forklarer hvordan denne endringen skjer*. Det er denne helhetlige forståelsen av årsakssammenheng i forhold til endring som er kunnskap om virkningsmekanismer i psykoterapi.

Selv om psykoterapeutiske teorier postulerer aktive virkningsmekanismer i de respektive behandlingene er dette et felt der det mangler essensiell empirisk forskning. Hvis vi tar utgangspunkt i forholdet mellom den terapeutiske allianse og dens effekt på behandlingsresultat blir effekten ofte omtalt som om man kjenner virkningsmekanismene som er aktive. Kazdin (2007) peker på en rekke kriterier som må tilfredsstilles for at man skal kunne være sikker på at man har funnet en reel virkningsmekanisme i psykoterapeutisk behandling, og som eksempel trekker han frem det temporale problemet i forhold til forskningen på terapeutisk allianse og behandlingsresultat. Svært ofte kan ikke studiene gjøre rede for hva som inntraff først, god terapeutisk allianse, eller endring i de avhengige variablene som måles. Det kan hende at etableringen av en god allianse forårsaket bedre behandlingsresultat. På en annen side kan det tenkes at en tidlig symptomlette forårsaket god allianse, eller at en tredjevariabel er årsak til både god allianse og godt behandlingsresultat. Ved å anvende disse kriteriene for forskning på virkningsmekanismer i terapi har det i den senere tid blitt satt spørsmålsteget ved den antatte effekten av terapeutisk allianse på behandlingsresultat (J. P. Barber, 2009), og dette understreker viktigheten av egnet metodikk i forskning på virkningsmekanismer i psykoterapi.

I tillegg til kriteriene som Kazdin (2007) fremlegger for potensielle virkningsmekanismer legger han også vekt på at vi alltid burde arbeide mot dypere forståelse av mekanismene etter at vi har identifisert dem. Hvis det har seg slik at god allianse fører til demping av angst og depresjonssymptomer, nøyaktig hvordan går dette til? Det er en vesentlig forskjell på å beskrive et fenomen og det å forklare et fenomen, og disse to perspektivene kan man plassere på et kontinuum fra beskrivelse i den ene enden til forklaring i den andre. Jo dypere og mer nyansert forståelse man har av fenomenet jo lengre beveger man seg mot den forklarende delen av dimensjonen. Når en intervensjon har samlet god evidens for sin effekt har man beskrevet en årsakssammenheng, men for å forklare hvordan årsak og effekt utspiller seg kreves det dypere forståelse av mekanismene som er virksomme. For å utvikle bedre behandlinger for pasienter med psykiske vansker trenger vi bedre forståelse av mekanismene i behandlingene. Vi må gå fra å vite hvilke behandlingsformer som er effektive for hvilke lidelser til å forstå nøyaktig hva som gjør at behandlingsformene virker, og hvordan de aktive mekanismene i terapiene fører til endring.

Disse spørsmålene er høyst relevante innen forskning på alle psykoterapier, og er som vi har sett ikke bare av akademisk interesse da kunnskap om virkningsmekanismer blant annet vil kunne anvendes direkte i terapirommet. Dette gjelder i høyeste grad også for mindfulnessbaserte behandlingsformer og hypnoterapi.

Mindfulness

De siste to tiårene har brakt med seg en stadig økende interesse for østlig psykologi og hva den kan bidra med i en vestlig klinisk kontekst. Spesielt buddhistisk kunnskap og praksis har stått i fokus, og har med tiden gitt opphav til mindfulnessstradisjonen innenfor vestlig psykologi (Didonna, 2009). Mindfulness kan defineres som en tilstand som involverer og bevisst legge merke til ens kontinuerlige tilstedeværelse og opplevelse av verden (Brown & Ryan, 2003). Innenfor buddhistisk filosofi er det en sentral ide at menneskers tanker, følelser,

tolkninger og innøvde vaner bidrar til lidelse da mennesker prøver å beskytte seg fra åpent å ta inn over seg den totale opplevelsen av eksistensen med dens behagelige og ubehagelige aspekter (Lynn, et al., 2006). En som praktiserer mindfulness søker å forholde seg til hele spekteret av opplevelser, uten å oppsøke eller unngå spesifikke deler av opplevelsen.

Wolinsky (1991) peker på et viktig aspekt ved mindfulness da han skriver at mindfulness er en potensiell vei ut av hva han kaller «hverdagstransen» vi lever i der vi i stor grad blir styrt av ubevisste, vanestyrte, automatiske og betingede mønstre. Disse automatiserte mønstrene gjør at vi ikke forholder oss direkte til verden og opplevelsen mens den utfolder seg, vi går heller på «autopilot» gjennom hverdagen, ofte med fokus på ting som allerede har hendt eller ting som kan skje en gang i fremtiden. Opplevelser blir tolket som gode eller vonde ut i fra innlærte meningskjemaer, og ubehag og lidelse kan være vel så mye forårsaket av våre automatiske tolkninger av hendelsene som av hendelsene i seg selv. Dette kan forhindres gjennom å forholde seg til opplevelsen av eksistensen på en mindful og ikkedømmende måte (Kabat-Zinn, 2005).

Biologiske virkningsmekanismer i mindfulness

For å forstå hva som skjer under mindfulnessmeditasjon og hvilke virkningsmekanismer som er aktive i mindfulnessbaserte behandlinger har forskere anvendt ulike typer forskningsmetodikk. Det skal nå belyses tre potensielle virkningsmekanismer forankret hovedsakelig i nevrobiologiske studier. Biologisk forankrede virkningsmekanismer trenger ikke å konkurrere mot for eksempel postulerte kognitive forklaringer, da de kan være manifestasjoner av samme prosess på ulike plan. Potensielle biologiske virkningsmekanismer blir drøftet først for deretter å rette fokus mot psykologiske virkningsmekanismer.

Nevrobiologisk metodikk innehar et stort potensiale for å bedre vår kunnskap om mindfulness. Studier av den nevrobiologiske basisen for mindfulness har foreløpig fokusert mest på å undersøke hva som skjer under meditasjon samt om det skjer merkbare mer

permanente endringer i hjernen hos personer som mediterer. Her som ellers er det en stor utfordring å designe og gjennomføre studier som gir oss dypere kunnskap om *hvordan* meditasjon forårsaker endringer hos personen som mediterer, ikke bare påvise at endringer skjer.

Ved å ta i bruk nevroavbildningsteknologi som fMRI og PET har en rekke studier avdekket hjerneområder som med stor sannsynlighet står sentralt i mindfulness. Av de viktigste områdene finner vi dorsolateral prefrontal cortex (Lazar, 2005), cingulate cortex, spesielt den anteriore delen, og insula (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson, 2007). Studier av personer som har praktisert meditasjon over mange år har rapportert en rekke fysiologiske utfall av meditasjonstrening over tid, blant annet dempet hypertensjon (Orme-Johnson & Walton, 1998) og dempede smerteresponser i hjernen (Orme-Johnson, Schneider, Son, Nidich, & Cho, 2006).

Flere andre mulige effekter av langvarig meditasjonspraksis har blitt trukket frem. Personer som praktiserer meditasjon har hevdet at deres utøvelse av meditasjon styrker evnen til konsentrasjon og minsker habitueringseffekten til stimuli. Valentine og Sweet (1999) fant at konsentrasjonsevnen var bedre hos personer som mediterte sammenlignet med en kontrollgruppe, og konsentrasjonsevnen var også relatert til hvor lenge personene i eksperimentgruppen hadde praktisert meditasjon. I forhold til habituering ble denne hypotesen støttet av en tidlig studie av Kasamatsu og Hirai (1973), men en senere studie (Becker & Shapiro, 1981) klarte ikke å replikere den påståtte reduserte habitueringseffekten. Økt evne til konsentrasjon ser ut til å være en effekt av å praktisere meditasjon, mens hypotesen om redusert habituering hos personer som praktiserer meditasjon ikke er tilstrekkelig støttet av evidens. For en grundig gjennomgang av den nevrobiologiske litteraturen på mindfulness henvises det til Cahn og Polich (2006).

Det skal nå drøftes noen studier som er mer direkte relevant for problemstillingen om virkningsmekanismer. Det foreligger evidens som tyder på at meditasjonstrening fører til økt venstrelateralisert aktivering i hjernen, noe som igjen er assosiert med større grad av positiv affekt (Davidson et al., 2003). I tillegg fant Davidson og kolleger at økt venstrelateralisering også var korrelert med økt immunfunksjon. Det er likevel vanskelig å si hvordan mindfulnessstrening øker venstrelateraliseringen, og her trengs det mer forskning for å kaste lys på nøyaktig hvordan en slik potensiell virkningsmekanisme opererer.

Farb og kolleger (2007) undersøkte hvordan mindfulness-basert stress reduksjon (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, & et al., 1992), forkortet MBSR, påvirker de nevrale nettverkene involvert i selvrefererende opplevelser. Det skilles ofte mellom to typer selvrefererende opplevelser der den ene er narrativ der personen fokuserer på sine disposisjoner over tid og sin historie mens den andre er nåtidsfokusert der den kontinuerlige opplevelsen av øyeblikk for øyeblikk står i fokus. Farbs hypotese var at MBSR ville øke evnen til å diskriminere mellom disse to typene selvrefererende aktivitet. Deltakernes hjerneaktivitet ble målt med fMRI mens de i den narrative oppgaven fokuserte på sine personlighetstrekk og i den nåtidsfokuserte oppgaven på opplevelsen der og da, øyeblikk for øyeblikk. I kontrollgruppen var det stort overlapp mellom aktiveringen under de to oppgavene, mens dette ikke var tilfelle i MBSR gruppen. En mulig tolkning av dette er at mindfulnessmeditasjon fører til at de nevrale mekanismene involvert i narrativ selvrefleksjon og nåtidsfokusert selvrefleksjon blir mer uavhengige av hverandre med en styrking av den nåtidsfokuserte nevrale mekanismen. Hvis vi ser dette i lys av mindfulnesslitteraturen korresponderer dette til evnen å fokusere på øyeblikket uten å blande inn mentale prosesser befattet med fortid og fremtid. Et eksempel på manglende evne til å klare nettopp dette kan vi finne hos depressive pasienter som tolker en negativ hendelse som et tegn på håpløshet for all overskuelig fremtid. Mindfulness kan motvirke slik negativ generalisering blant annet ved å

styrke evnen til å holde øyeblikkets opplevelse adskilt fra fortid og fremtid, og på denne måten også forhindre ruminering om hendelser i fortiden eller bekymringer for fremtiden. En godt utviklet slik evne kan forhindre negativ overgeneralisering både fra øyeblikkets opplevelse til fremtidige utsikter, men også påvirkning fra negative hendelser i fortiden og fremtidige bekymringer på opplevelsen i øyeblikket.

Den siste hjerneavbildningsstudien som skal drøftes brukte universitetsstudenteter uten meditasjonserfaring som deltakere (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007).

Studien undersøkte forholdet mellom selvrapportert mindfulness og evnen til å identifisere emosjoner i ansikter. Studien viste sammenheng mellom høy selvrapportert mindfulness og forhøyet aktivering i medial prefrontal cortex (mPFC) med samtidig redusert aktivering i amygdala under affektidentifikasjonsoppgavene. Forfatterne av studien peker på at mindfulness kan være assosiert med økt prefrontal regulering av limbiske strukturer involvert i emosjoner, og at dette kan være en viktig virkningsmekanisme i mindfulnessintervensjoner.

De nevrobiologiske studiene peker på flere mulige virkningsmekanismer i mindfulnessbasert terapi:

- 1) Meditasjon kan forsterke det nevralt nettverket involvert i fokus på opplevelsen av øyeblikket, og det er mulig at en slik diskriminerende aktivering av dette nettverket i forhold til nettverket involvert i narrativ selvrefleksjon kan forhindre negativ ruminering og generalisering eller på andre måter virke inn positivt på mental helse.
- 2) Mindfulness kan øke prefrontal regulering av limbiske strukturer involvert i emosjoner og på denne måten øke personens evne til affektregulering.
- 3) Meditasjonstrening kan øke venstrelateralisert aktivering av hjernen og på denne måten bidra til større grad av positiv affekt.

Dette er tre virkningsmekanismer forankret hovedsakelig i nevrobiologiske studier, og vi skal nå rette søkelyset mot psykologiske virkningsmekanismer. I fremtiden kan det bli

mulig å integrere forklaringene i en sammenhengende bio-psyko-sosial modell, men for øyeblikket er dette vanskelig å gjøre siden en rekke sentrale spørsmål fortsatt står ubesvart. En kan derimot peke på mulige paralleller på tvers av forklaringsnivå, samtidig som man anerkjenner at vi mangler mye evidens før vi kan være sikre på at våre teorier om virkningsmekanismer i mindfulness er korrekte.

Psykologiske virkningsmekanismer i mindfulness

I skrivende stund mangler det i stor grad empiriske studier som har tatt for seg validiteten av postulerte psykologiske virkningsmekanismer i mindfulnessintervensjoner, og som en konsekvens av dette forblir mekanismene hovedsakelig kun teoretisk forankret. De viktigste psykologiske virkningsmekanismene som er foreslått innenfor mindfulnesslitteraturen skal nå drøftes sammen med relevant evidens.

Dempet ruminering

En måte mindfulnessintervensjoner kan ha terapeutisk effekt i forhold til psykiske lidelser er ved å dempe pasientens tendens til ruminering. Ruminering er repetitiv tenkning rundt et emosjonelt tema (Lynn, Barnes, Deming, & Accardi, 2010), spesielt med fokus på de emosjonelle *konsekvensene* av spesifikke negative hendelser, og mye tyder på at ruminering bidrar til psykiske vansker, blant annet depresjon (Nolen-Hoeksema, 1991), og angst (Kocovski & Rector, 2007). I eksperimentelle studier er det vist at ruminering som mestringsteknikk øker og forlenger negativ affekt (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). I en studie gjort av Jain og kolleger (2007) viste det seg at mindfulnessstrening resulterte i mindre ruminering enn i kontrollgruppen som ikke hadde fått mindfulnessstrening, og at redusert ruminering statistisk kunne forklare en del av symptomletten ved endt behandling. Studien gjorde ikke målinger av ruminering og symptompess underveis og kan derfor ikke si noe om nedgang i ruminering oppsto *før* nedgang i symptomer. Videre studier som blant annet tar hensyn til det temporale kriteriet er nødvendig for å kunne si noe sikrere om ruminering som

komponent i en virkningsmekanisme i mindfulnessbasert terapi. Siden det allikevel er mye som tyder på at dempet ruminering er en viktig virkningsmekanisme i mindfulnessintervensjoner, er dette kunnskap som kan anvendes direkte i vurderinger om mindfulness kan være nyttig for individuelle pasienters vansker. Hvis ruminering ser ut til å være en viktig årsak til pasientens vansker, kan mindfulness anvendes i et forsøk på å dempe rumineringen. Hvis ruminering ikke ser ut til å ha en sentral rolle i personens problemer er dette et tegn på at mindfulnessintervensjoner kan ha redusert effekt mot denne personens vansker.

Hvis ruminering påvirker behandlingsresultat og mindfulnessstrening påvirker ruminering har vi kanskje fått tak i viktige elementer i en psykoterapeutisk virkningsmekanisme, men det er mye som mangler før vi har ett komplett bilde av mekanismen. Vi må stille spørsmålet om hvordan mindfulness påvirker ruminering. Det er flere forskjellige mekanismer som er blitt postulert som mulige årsaker til dempet ruminering. Segal, Williams og Teasdale (2002) trekker frem to mulige mekanismer som i mindfulnessintervensjoner kan bidra til å dempe ruminering. Disse er økt metakognitiv bevissthet og årvåken tilstedeværelse.

Økt metakognitiv bevissthet

Med metakognitiv bevissthet mener man evnen individer har til å tenke om mentale hendelser, og en viktig komponent i dette er å klare å se sine tanker som midlertidige, mentale hendelser i motsetning til å være nøyaktige refleksjoner av virkeligheten (Teasdale et al., 2002). Gjennom mindfulnessintervensjoner utvikles den metakognitive evnen gjennom praksisen av årvåkent, ikkedømmende nærvær til hele opplevelsen i øyeblikket (Kabat-Zinn, 1990). Personen forsøker å observere sine tanker, følelser og sanser uten å sette merkelapp på opplevelsene som bra/dårlig eller ønsket/uønsket. Denne formen for bevissthet er ment blant annet for å utvikle personens metakognitive evner. Metakognitiv bevissthet kan sees på som

det motsatte av psykisk ekvivalens der personen mangler evnen til å se at sin mentale representasjon av virkeligheten ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten på en nøyaktig måte. En deprimert pasient kan for eksempel ha vansker med å skille sine egne fundamentalistiske tanker om nederlag fra reelle sannsynligheter for å lykkes med prosjekter i fremtiden.

Det er en viss evidens for at mindfulnessintervensjoner kan øke metakognitiv bevissthet som igjen er assosiert med positivt behandlingsresultat. Teasdale og kolleger (2002) fant at tidligere deprimerte pasienter som fikk mindfulnessbasert kognitiv terapi økte i metakognitiv bevissthet og hadde mindre risiko for tilbakevendende depressiv episode sammenlignet med pasientgruppen som fikk vanlig behandling. Det er godt mulig at økning i metakognitiv bevissthet blant annet fører til dempet ruminering og at dette er en måte mindfulness fører til dempet ruminering. Hos personer som ikke evner å skille mentale representasjoner fra virkelighet kan negative tanker svært lett aktivere problemløsningsteknikker som ruminering. Hvis personen opplever negative tanker som kun mentale hendelser er det ikke samme behov for å aktivere problemløsningsteknikker. Det er også mulig at økt metakognitiv bevissthet har positiv effekt på andre måter enn gjennom å påvirke rumineringstendens, for eksempel ved å minske induksjonen av negativ affekt som følge av en negativ tanke. Dette kan oppnås gjennom økt frontal regulering av limbiske nettverk jamfør den biologiske gjennomgangen over, men dette er foreløpig kun spekulasjoner fra forfatterens side.

Årvåken tilstedeværelse

Sentralt i mindfulnessintervensjoner finner vi selve utøvelsen av mindfulness, som Jon Kabat-Zinn (1994) beskriver som “paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgementally” (side 4). Vi kan kalle dette årvåken, ikkedømmende tilstedeværelse. Teasdale, Segal og Williams (1995) har trukket frem hvordan det å bruke

kognitiv kapasitet “tar opp plassen” til rumineringen og på denne måten forhindrer videre ruminering. Personer som praktiserer årvåken tilstedeværelse har på denne måten et verktøy til å koble av ruminering, nemlig ved å fokusere på den øyeblikkelige opplevelsen istedenfor og fortsette å bearbeide ruminerende tankerekker, samt at de ved kontinuerlig årvåken tilstedeværelse bruker tilstrekkelig kognitiv kapasitet til at det ikke er ledig kapasitet igjen til ruminering, og på denne måten forhindrer at rumineringsaktiviteten gjenopptas. Denne ferdigheten kan potensielt trenes opp gjennom praktiseringen av mindfulness. Selve utøvelsen av mindfulness kan på denne måten dempe ruminering som igjen har en rekke positive effekter som nevnt tidligere. Her ser vi mulige paralleller til den biologiske mekanismen om diskriminerende aktivering av nevralt nettverk involvert i fokus på opplevelsen i øyeblikket versus nettverk involvert i narrativ selvrefleksjon.

Segal og kolleger (2002) har også trukket frem hvordan utøvelse av mindfulness gjennom årvåken tilstedeværelse kan gjøre personen mer bevisst tanker, følelser, intensjoner, sanser etc., og at dette gjør personen i stand til lettere å identifisere signifikante aspekter ved egen opplevelse. Et eksempel på dette vil være en person som tidligere har opplevd en depresjon og som ved hjelp av mindfulness er i stand til å oppdage når depressive mønstre aktiveres og får da muligheten til å gripe inn på et tidlig stadium i prosessen. En økt bevissthet og innsikt i egne tanker, følelser etc. er en stor ressurs og kan anvendes både i og utenfor terapirommet.

Økt aksept

Mindfulnessbasert terapi legger vekt på aksept istedenfor unnvikelse eller kontroll av det være seg aspekter ved dagliglivet eller ubehagelige symptomer. Acceptance and commitment therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) har som grunnleggende prinsipp at økt aksept fører til bedre psykisk helse. I en studie gjort av Roemer og Orsillo (2007) ble Acceptance and Action Questionnaire administrert før og etter deres intervensjoner med

akseptbasert adferdsterapi og fant mindre unnvikelse (i.e. mer aksept) hos de som fulgte behandlingen. Det er også studier som tyder på at bruk av akseptstrategier fører til høyere smertetoleranse (Roemer & Orsillo, 2007) og mindre ubehag og angst hos personer med panikkangst under angstvekkende eksperimentoppgaver (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004). Det ser altså ut til at mindfulnessbasert terapi fører til en økning i aksept hos pasienten, og at økt aksept kan gi lavere subjektivt opplevd ubehag og høyere toleranse i ubehagelige situasjoner. Dette er i tråd med fokuset mindfulnessstradisjonen legger på ikkedømmende bevissthet, der individet blir oppfordret til å være seg bevisst hele spekteret av opplevelser og følelser uten å putte merkelapper som bra/dårlig eller ubehagelig/behagelig på de forskjellige aspektene. På denne måten kan mindfulness bidra til økt eksponering og ekstinksjon av frykt responser (Baer, 2003). Aksept og eksponering som følge av aksept kan være en viktig virkningsmekanisme i mindfulnessbasert behandling av psykiske vansker.

På bakgrunn av dette sitter vi med følgende potensielle psykologiske virkningsmekanismer i mindfulness:

1. Metakognitiv bevissthet kan påvirke ruminering og affektregulering
2. Årvåken tilstedeværelse kan påvirke ruminering og flere andre klinisk signifikante aspekter
3. Økt aksept og eksponering

I fremtiden må det utføres studier som tar hensyn til prinsippene for valide virkningsmekanismer som Kazdin (2007) diskuterer i sin artikkel, og det er først når dette blir gjort at potensielle virkningsmekanismene kan gå fra å være teoretiske konstruksjoner til empirisk funderte virkningsmekanismer.

Hypnose

Da hypnose først ble populært ble den definert som en kvalitativt unik tilstand ulik den normale våkne bevissthetstilstanden (James, 1890). Senere har denne oppfatningen om en

unik hypnotisk tilstand fått sterk kritikk fra en vesentlig del av fagmiljøet som har ment at hypnotiske fenomener kan forklares ut i fra kognitive og sosialpsykologiske mekanismer (Sheehan & Perry, 1976). Selv om det fortsatt er ulike meninger om hypnosefenomenets natur er det større enighet om hvilke observerbare fenomener som manifesteres under hypnose. APA Division 30 (Green, Barabasz, Barrett, & Montgomery, 2005) bruker følgende beskrivelse av hypnoseprosedyren:

Hypnosis typically involves an introduction to the procedure during which the subject is told that suggestions for imaginative experiences will be presented. The hypnotic induction is an extended initial suggestion for using one's imagination, and may contain further elaborations of the introduction. A hypnotic procedure is used to encourage and evaluate responses to suggestions. When using hypnosis, one person (the subject) is guided by another (the hypnotist) to respond to suggestions for changes in subjective experience, alterations in perception, sensation, emotion, thought or behavior. Persons can also learn self-hypnosis, which is the act of administering hypnotic procedures on one's own. If the subject responds to hypnotic suggestions, it is generally inferred that hypnosis has been induced. Many believe that hypnotic responses and experiences are characteristic of a hypnotic state. While some think that it is not necessary to use the word "hypnosis" as part of the hypnotic induction, others view it as essential. (s. 263)

Det er viktig å skille mellom hypnose som prosedyre og hypnose som produkt. Vi kan snakke om at en hypnoseprosedyre har blitt gjennomført, men det følger ikke direkte av dette at subjektet er blitt hypnotisert.

Hypnose som prosedyre

I forhold til overnevnte definisjon av en hypnoseprosedyre er det to nødvendige (og tilsammen tilstrekkelige) komponenter som må være tilstede for at man kan kalle noe en

hypnoseprosedyre. Det første er en introduksjon der subjektet blir fortalt at suggesjoner om forestilte opplevelser vil bli gitt. Den andre komponenten er induksjonen som blir definert som den første suggesjonen der det blir gitt en videre oppfordring om å ta i bruk forestillingsevnen. Det er altså ikke noe krav om noen spesiell rituell fremgang i introduksjon og induksjon, og det er heller ikke nødvendig å kalle det som skjer for hypnose da det går frem av definisjonen at noen ser på inklusjonen av ordet «hypnose» i prosedyren som essensielt, mens andre ikke ser på dette som en nødvendig del av en hypnoseprosedyre.

Selv om en hypnoseprosedyre er blitt administrert betyr det ikke nødvendigvis at subjektet er blitt hypnotisert. Det er ikke ett likhetstegn mellom hypnose som prosedyre og hypnose som produkt (Barnier & Nash, 2008). I tillegg til en hypnoseprosedyre er det hovedsakelig to nødvendige elementer som må være tilstede for at hypnose som produkt skal kunne oppstå; evne og vilje (Barnier & McConkey, 2004).

Det trengs en viss grad av vilje, her ment som en kombinasjon av motivasjon, forventninger og villighet, for at hypnose kan være mulig. Korrelasjonen mellom disse variablene og hypnotiserbarhet ligger rundt .20-.30 (de Groh, 1989). Det ser likevel ut til at det her ikke dreier seg om et lineært dose-respons forhold. Spanos (1991) skriver at “strong negative attitudes and expectations suppressed hypnotizability, whereas positive attitudes and expectations allows subjects to attain high hypnotizability scores. However, positive attitudes and expectations in and of themselves do not engender high hypnotizability” (s. 331). Dette betyr at positiv innstilling til hypnose gjør hypnosetilstanden mulig, men at det å ha positive holdninger til hypnose antageligvis ikke har videre påvirkning over ett visst nivå.

Det andre nødvendige elementet er evne. Individens evne til å bli hypnotisert har vist seg å være svært stabil over tid i samme grad som IQ skårer (Piccione, Hilgard, & Zimbardo, 1989). Uten noen evne til hypnotiserbarhet kan ikke individet hypnotiseres uavhengig av andre variabler som potensielt kunne modifiseres, eksempelvis forventninger og holdninger. I

de fleste tilfeller vil personer dog ha en viss grad av hypnotiserbarhet og hypnose vil da i prinsippet være mulig. Benham, Woody, Wilson og Nashs (2006) analyse av forskningen på forventningsvariabelen peker i samme retning av to nødvendige elementer i hypnotiserbarhet (evne og forventning/holdning) og de skriver at “although expectancies had a significant effect on hypnotic responsiveness, there was an abundance of variance in hypnotic performance unexplained by the direct or indirect influence of expectation and compatible with the presence of an underlying cognitive ability” (s. 342).

Hypnose som produkt (hypnosetilstanden)

Begrepet hypnosetilstand (hypnose som produkt) kan brukes hvis vi ikke legger kausale føringer i begrepet og ikke ilegger tilstanden noen unik kvalitet klart adskilt fra opplevelser som mennesker naturlig har i hverdagen. Tilstand blir her brukt på en deskriptiv måte uten kausale antagelser, og oppnåelse av en spesiell tilstand er ment som å betegne en signifikant endring i en gruppe parametere, for eksempel respons på suggesjoner, subjektive opplevelser etc. Parameterne som blir inkludert i hypnosetilstanden er ikke unike for tilstanden da det er blitt etablert at en induisert hypnosetilstand ikke gir opphav til for eksempel overmenneskelig styrke eller tap av viljestyrt kontroll (Kihlstrom, 2008). Det er den subjektive opplevelsen som gjør hypnosetilstanden spesiell, og en viktig del av denne opplevelsen er den opplevde vanskeligheten med å identifisere årsakene til handlinger; var det meg som beveget hånden, eller beveget den seg av seg selv (Barnier & Nash, 2008). Det er en samlet vurdering av en rekke parametere som til slutt resulter i en sannsynlighetsvurdering om hypnosetilstanden er til stede eller ikke. Det er viktig at det er et klart skille mellom hypnoseprosedyren og hypnose som produkt og at dette reflekteres i forskningsmetodikken. For å stille spørsmål angående hypnosetilstanden er det nødvendig og nøyaktig kartlegge om hypnosetilstanden er blitt oppnådd, og ikke bare at hypnoseprosedyren er gjennomført. Hvis man ikke gjør dette blir spørsmålene man kan stille begrenset til spørsmål av typen “hvilke

effekter på adferd og opplevelse har en *administrering* av en hypnoseprosedyre?” (Barnier & Nash, 2008). Slike metodiske svakheter har hjemsøkt mye av tidlig hypnoseforskning, men i den senere tid har forskningsdesignene taklet denne utfordringen i større grad enn før.

Rainville og Price (2003) har lagt ned to kriterier som må oppfylles for at man kan operere med et valid konsept om en hypnotisk tilstand. Det første er at den hypnotiske tilstanden må kjennetegnes av signifikante endringer i subjektiv opplevelse som nevnt ovenfor. Det andre kriteriet er at når en person går inn i en hypnotisk tilstand skal spesifikke nevralt mekanismer involvert i regulering av bevissthet aktiveres. Forskning som tar i bruk hjerneavbildningsteknikker har avdekket flere signifikante fysiologiske endringer i hjernen når personer går inn i en hypnotisk tilstand. Rainville og Price summerer i sin artikkel opp flere viktige funn som viser at subjektiv opplevelse endres når personen går inn i hypnosetilstanden og at dette reflekteres i endringer i aktivering i hjernen, hovedsakelig i hjernestammen, thalamus, og anterior cingulate cortex.

Etter hvert som forskningsdesignene er blitt mer sofistikerte er det blitt mulig å undersøke nøyere virkningsmekanismene i psykologiske intervensjoner som bruker hypnose, og det skal nå vendes fokus mot potensielle virkningsmekanismer i hypnotiske intervensjoner.

Potensielle virkningsmekanismer i hypnose

Det første forsøket på å undersøke virkningsmekanismene i hypnose ble gjennomført av the Royal Commission ledet av Benjamin Franklin (Franklin et al., 1785), og den konkluderte med at effekten av hypnose, eller mesmerisme som det ble kalt på den tiden, ble oppnådd gjennom fantasi og innbilning (imagination). Det kommisjonen konkluderte med (og tolkningen av dette) satte i praksis lodd på videre vitenskapelig innsats på å undersøke hypnosefenomenet, noe som er påfallende. Det at personens evne til fantasi og evne til å se for seg ting kan være sentral i hvordan fenomenet opererer tilsier på ingen måte at virkningen ikke er reel eller at den ikke kan være svært nyttig i visse sammenhenger.

Spørsmålet om hvordan potensielle virkningsmekanismer i hypnoseintervensjoner fører til endring hos pasienten er et område av hypnosefeltet der det eksisterer lite forskning. Brorparten av teoriene om hypnose fokuserer spesifikt på hypnotiske fenomener som opplevelsen av ikke å ha kontroll under hypnose eller mekanismene i posthypnotisk amnesi og er på denne måten ganske begrensede i forhold til hypnosens bredere kliniske bruksområde. Her, som i forhold til virkningsmekanismer i mindfulness, forblir mange av virkningsmekanismene teoretiske eller uten sterk empirisk evidens, og det trengs fremtidig forskning på mekanismene for å øke vår kunnskap om hvordan hypnotiske intervensjoner fungerer. Det er også viktig å ha i mente at hypnose hovedsakelig brukes som en tilleggsintervensjon til en annen psykoterapi, eller som en psykoterapeutisk kontekst, ikke som en psykoterapi i seg selv (Lynn & Kirsch, 2006). Et eksempel på dette er integrasjonsbehandling med hypnose og kognitiv adferdsterapi. I en slik behandling vil virkningsmekanismer i for eksempel en eksponeringsøvelse i hypnotisk kontekst selvfølgelig inkludere virkningsmekanismer som er aktive komponenter i samme intervensjonen uten en hypnotisk kontekst, men det skal her fokuseres på de potensielle virkningsmekanismene som er relatert spesielt til hypnotiske intervensjoner.

Det skal nå trekkes frem fem hovedelementer relevant for virkningsmekanismer i hypnose; den terapeutiske allianse, placeboeffekten, mekanismer involvert i effekten av suggesjoner, konsentrasjon og fokus, og den potensielle moderatoren individuell hypnotiserbarhet.

Økt terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse er assosiert med positivt behandlingsresultat, og selv om dette forholdet ofte blir omtalt som om det har en klar kausal retning er dette ikke godt nok empirisk etablert (J. P. Barber, 2009). Som nevnt i innledningen mangler det essensielle studier som kaster lys over blant annet det temporale aspektet mellom allianse og

symptomendring. Hvis det likevel stemmer at økt terapeutisk allianse bidrar til positivt behandlingsresultat kan dette være en viktig virkningsmekanisme i hypnoterapi (Yapko, 2006). Det kan tenkes at den personlige opplevelsen av hypnose og den meningsfulle kommunikasjonen mellom hypnotisør og den som blir hypnotisert kan føre til økt terapeutisk allianse som så kan bidra positivt videre i behandlingen og føre til et bedre behandlingsresultat. Hypnose er en konkret og fleksibel måte å jobbe med pasienter på og kan på denne måten tilpasses hver pasients individuelle mål og forventninger. Noe av grunnen til fleksibiliteten i hypnose er at den brukes som kontekst for intervensjoner, og integreres på denne måten ofte med etablerte behandlingsparadigmer. Siden hypnose kan kombineres med forskjellige behandlinger kan pasientens ønsker, mål og forventninger tas med og påvirke utformingen av behandlingsplan, og dette kan styrke alliansen. Det finnes evidens for at en slik fleksibilitet i møte mellom behandler og pasient fører til bedre behandlingsresultat. Barber (2009) summerer opp en rekke studier som peker på at i manualiserte behandlinger er en middels etterfølging av manualen assosiert med best behandlingsresultat (og at forholdet mellom etterfølging av manual og behandlingsutfall da er kurvelineært), og Barber tolker dette dit hen at en slik terapi gir rom for fleksibilitet og tilpasning til den enkelte pasients behov som igjen spiller positivt inn på behandlingsresultat. Fleksibilitet og kreativitet ligger i hypnosens natur og kan derfor være med å effektivt konstruere en sterk samarbeidsallianse. Videre hevder Nash (1991) med sin psykoanalytiske modell for hypnose at hypnose i terapi fremmer intens affekt og personlig bånd mellom kliniker og pasient, og denne opplevelsen kan øke rapport og samarbeidsallianse. Den terapeutiske alliansen, og hvordan denne kan forsterkes ved bruk av hypnose, kan derfor være en viktig potensiell virkningsmekanisme i hypnotiske intervensjoner.

Forventningseffekter

Når en pasient blir introdusert for hypnose i terapi, har merkelappen “hypnose” ofte en rekke forventninger knyttet til seg, noen av disse støttet av data mens andre ikke. Disse forventningene kan brukes for å mobilisere placeboeffekten, i.e. bedring forårsaket av positive forventninger, uten å villedde pasienten. Placeboeffekten har stort potensiale og kan være ansvarlig for den største terapeutiske virkningen av en rekke intervensjoner blant annet i depresjonsbehandling med SSRI preparater (Kirsch, 2005). Kirsch rapporterer at pasienter med depresjon som blir gitt placebo og blir fortalt at det er SSRI oppnår nesten samme effekt som de som blir gitt det reelle SSRI preparatet. Virkningen til SSRI medikamenter kan derfor se ut til å komme overveiende fra placebomekanismer, og det ville da være ideelt om man kunne mobilisere denne effekten uten at pasienten opplever de til tider alvorlige bivirkningene som bruk av SSRI preparater kan føre til. Det er etisk svært problematisk å føre pasienter bak lyset ved å gi dem placebo istedenfor SSRI for på denne måten å mobilisere personens placebomekanismer. Hypnose kan være en løsning på dilemmaet om maksimert placeboeffekt uten å bedra pasienten. Schoenbergen, Kirsch, Gearan og Montgomery (1997) rapporterer økte positive forventninger til kognitiv adferdsterapi hvis merkelappen hypnose blir brukt i beskrivelsen av terapien. Økte forventninger var igjen assosiert med positivt behandlingsresultat. Det er også sannsynlig at motivasjonen til pasienten øker hvis forventningene øker, og motivasjon for å følge terapien er viktig for å opprettholde komplians og forhindre dropout.

Hvis hypnose er en effektiv måte for mobilisering av placeboeffekten, følger det av dette at vansker og lidelser som reagerer godt på placebo også potensielt vil reagere godt på hypnotiske intervensjoner som er gode på å mobilisere nettopp denne effekten. Akkurat dette finner vi, kanskje aller tydeligst i behandlingen av smerte. Smerte er svært responsivt i

forhold til forventningsfaktorer (Ivanec, 2004), og hypnotiske intervensjoner mot smerte har veldokumentert effekt (Jensen, 2009).

Noen pasienter kan ha negative forventninger til hypnose. Dette kan være forårsaket av at pasienten har sin informasjon om hypnose gjennom for eksempel hypnoseshow sendt på TV, og de negative forventningene kan ofte være knyttet til forventninger om tap av kontroll. Slike forventninger kan være svært problematiske i en hypnosebehandling hvis de ikke blir adressert og modifisert. Psykoedukasjon om hypnose og hypnoterapi kan endre slike negative forventninger om tap av kontroll og hva dette kan føre til, og slik psykoedukasjon og holdningsendring er sågar inkludert i Carleton Skills Training Program (CSTP) som har vist seg å effektivt øke individuell hypnotiserbarhet (Robertson, McInnis, & St. Jean, 1992).

Suggesjoner

Suggesjoner og hvordan de virker er en potensielt svært viktig virkningsmekanisme i hypnose. Suggesjoner står sentralt i hypnotiske intervensjoner da dette er en nødvendig komponent for at prosedyren skal falle innenfor APAs definisjonen av hypnose som ble drøftet tidligere. Det er likevel viktig å merke seg at det ikke er dokumentert en vesentlig økning i responsivitet som følge av at subjektene har blitt hypnotisert (Kirsch & Braffman, 2001). Selv om dette er tilfelle kan likevel responsivitet til suggesjoner være en viktig virkningsmekanisme i hypnose (og i andre psykoterapeutiske intervensjoner).

Gjennom hypnotiske suggesjoner blir pasienten oppfordret til konsentrert bruk av sin forestillingsevne. Suggesjoner kan være både direkte og indirekte, og suggesjoner kan ha en rekke effekter på blant annet adferd, fysiologi og subjektiv opplevelse (Lynn & Kirsch, 2006). Dette har en viktig konsekvens for virkningsmekanismene i hypnotiske suggesjoner. Siden suggesjoner i hypnose brukes på vidt forskjellige vansker og har vist seg virkningsfullt for en rekke svært forskjellige problemer er det sannsynlig at det også er en rekke forskjellige virkningsmekanismer som opererer i forskjellige hypnotiske suggesjoner.

Hypnoseintervensjoner i klinisk kontekst består av at hypnotiske suggesjoner blir gitt til pasienten med oppfordringer om å ta i bruk sin forestillingsevne i forhold til et gitt problemområde. Hva dette område er (og kanskje hvordan det blir konseptualisert og forestilt) avgjør så hvilke potensielle virkningsmekanismer som blir aktivert. For å belyse dette skal det drøftes flere ulike domener der hypnotiske suggesjoner blir anvendt.

En mye sitert studie på hypnosens potensielle fysiologiske effekter er Ikemi og Nakagawas (sitert i T. X. Barber, 1978) studie av allergiske reaksjoner til forskjellige planteblader. De demonstrerte at hypnotiske suggesjoner kunne modulere allergiske reaksjoner slik at planter som ikke opprinnelig gav allergiske reaksjoner gav dette, mens planter som opprinnelig gav allergiske reaksjoner ikke lenger gjorde det etter suggesjoner om dette. Et annet viktig poeng fra studien er at forskerne også gav samme suggesjoner uten først å administrere en hypnotisk induksjon, men fikk likevel tilsvarende resultater. Dette viser at hvordan vi definerer hypnose er enormt viktig da dette i stor grad påvirker hvordan fenomenet studeres, hva som blir eksperiment- og kontrollgrupper osv. Hvordan hypnose kan påvirke allergiske reaksjoner vet vi fortsatt ikke sikkert, og effektene er heller ikke blitt konsistent replikert i forskjellige kontekster. Med tanke på at vi heller ikke sitter på sikker kunnskap om hvordan allergiske reaksjoner oppstår fysiologisk, kan dette også føre til inkonsistente funn når man undersøker hypnotiske effekter på allergireaksjoner.

Effekten av suggesjoner for å dempe både akutt og kronisk smerte er veldokumentert og et av de områdene innenfor hypnotiske intervensjoner som har best empirisk dekning (Montgomery, DuHamel, & Redd, 2000). Gate control theory (Melzack & Wall, 1965) gir et teoretisk rammeverk for å forstå mulige virkningsmekanismer i hypnotiske intervensjoner mot smerte der hypnotiske suggesjoner påvirker ovenfra-og-ned prosesser involvert i smerte, men det eksisterer per i dag ikke empiri som kan identifisere de nøyaktige mekanismene i hypnotisk analgesi. Studier der forskningsdesignet inkluderer bruk av naloxone, et

medikament som forhindrer aktiveringen av opioidreseptorer, viser at hypnotisk analgesi ikke blir mediert av endogene smertemekanismer der endorfiner er involvert (David Spiegel & Albert, 1983). Studier tyder også på at det er flere forskjellige nevralt systemer involvert i hypnotisk analgesi. Rainville, Duncan, Price, Carrier og Bushnell (1997) brukte PET teknologi til å undersøke hvilke sentre i hjernen som var involvert i hypnotiske suggesjoner om modulering av den affektive delen av smerte, og fant at aktivering i anterior cingulate cortex (ACC) samsvarte med suggesjoner om økt eller minsket affektiv smertekomponent. Smertesentre i primær somatosensorisk cortex var lik over de forskjellige betingelsene. I en oppfølgingsstudie undersøkte Hofbauer, Rainville, Duncan og Bushnell (2001) aktivering i hjernen involvert i suggesjoner om modulering av selve smerteperspsjonen og fant at aktivering i primær somatosensorisk cortex involvert i smerteperspsjon varierte i takt med suggesjoner om økt eller minsket smerteintensitet. Det ble ikke observert endring i ACC. Dette tyder på at hypnotiske suggesjoner om analgesi kan modulere nevralt systemer involvert i enten smerte intensitet, smerteaffekt, eller begge. Men disse studiene gir også en annen svært viktig indikasjon; *ordlyden i suggesjonene som blir gitt kan være avgjørende for hvilke mekanismer som blir aktivert*, illustrert her med forskjellig aktivering gitt forskjellige suggesjoner (men begge om smertelindring). Denne dynamikken er svært viktig å ta hensyn til ved design av hypnoseeksperimenter.

Mekanismene involvert i fysiologiske effekter av hypnotiske suggesjoner er også blitt forsøkt differensiert fra mekanismene i avslapningsintervensjoner. Olness, Culbert og Uden (1989) undersøkte effektene av spesifikke suggesjoner under hypnose sammenlignet med avslapning under hypnose og fant at gruppen som ble gitt hypnotiske suggesjoner var den eneste som viste økning i målinger av immunfunksjon.

Hypnotiske suggesjoner har også blitt anvendt i behandling av angst, og det har blitt hevdet at hypnoterapi burde være det foretrukne behandlingsalternativet for visse typer

angstlidelser fordi hypnose er spesielt egnet for å få tilgang til angstvekkende bilder og minner (Spiegel, 1996). En studie av Bryant, Moulds, Guthrie og Nixon (2005) tyder på at hypnotiske suggesjoner kan fasilitere angstpasienters tilgang på bilder og øke deres emosjonelle involvering i terapien. Sterkere og lettere tilgang på bilder og økt emosjonell aktivering (og da økt eksponering og fryktekstingsjon) kan være potensielle virkningsmekanismer som blir aktivert gjennom hypnotiske suggesjoner anvendt på angstlidelser.

Anvendelsen av hypnotiske suggesjoner i depresjonsbehandling er vel dokumentert blant annet av Michael D. Yapko (2006), og i hans behandlingsparadigme for depresjon ser vi tydelig hvordan hypnose ikke sees på som en terapi i seg selv, men en kontekst for behandling. Suggesjonene blir rettet inn mot faktorer som i et kognitivt teoretisk rammeverk er knyttet til depresjonen, og på denne måten blir hypnosen en katalysator for virkningsmekanismer som er aktive i en kognitiv adferdsterapeutisk behandling. Yapko (2008) trekker frem konsentrasjon som en viktig virkningsmekanisme når man ser på hypnose som en kontekst for behandling. Konsentrasjon som virkningsmekanisme blir drøftet separat under.

Det er sannsynlig at mange ulike mekanismer ligger til grunn for de ulike suggesjonseffektene innenfor adferd, fysiologi, opplevelse osv. Ved en bedre forståelse av hvordan suggesjoner fungerer i forhold til ulike vansker blir det lettere for klinikerer å vurdere om hypnotiske suggesjoner kan være effektive i forhold til det aktuelle problemområdet. På bakgrunn av det vi vet om respons på hypnotiske suggesjoner er det sannsynlig at et mangfold av mekanismer kan mobiliseres gjennom hypnotiske suggesjoner og at dette bidrar til fleksibilitet og spesifisitet i hypnotiske intervensjoner, og hypnose kan brukes for å intervenere på konkrete, spesifikke områder. Dette kan for eksempel være områder der andre intervensjoner har vist seg lite effektive.

Konsentrasjon og fokus

Det man fokuserer på, blir forsterket. Konsentrasjon kan modulere tydeligheten av elementer i opplevelsen og deler kan bli forsterket mens resten av det fenomenologiske feltet kan bli skjøvet i bakgrunnen. Hypnotiske suggesjoner kan guide denne prosessen og klinikeren kan styre fokus mot det som står terapeutisk sentralt. Yapko (2008) ser på denne egenskapen ved hypnose som en av de viktigste når man tenker på hypnose og hypnosekonteksten som en katalysator i behandlingen. Mange problemer vedvarer ved at pasienten ikke klarer å bryte sine egne maladaptive mønstre, og hypnosens evne til å styre konsentrasjon og fokus kan derfor være kraftfull da nye fruktbare perspektiver kan oppleves. Også Alladin (2006) legger vekt på konsentrasjon og fokus som en avgjørende egenskap ved hypnose i sin *Experiential Cognitive Hypnotherapy (ECH)* og skriver at hypnose fasiliterer konsentrasjon, reduserer distraksjon, samt forsterker og utvider opplevelser. ECH er en av de første terapiene som eksplisitt integrerer hypnose og mindfulness i depresjonsbehandling.

Selv om konsentrasjon og fokus ofte blir omtalt som en sentral virkningsmekanisme i hypnotiske intervensjoner trengs det sårt studier som belyser akkurat hva som skjer og hvordan mekanismen fungerer terapeutisk. Forhåpentligvis vil vi i fremtiden sitte på sikrere kunnskap om forholdet mellom hypnose, konsentrasjon, fokus og endring, og på denne måten bedre nyttiggjøre oss av denne virkningsmekanismen for endring i vårt arbeid med pasienter.

Hypnotiserbarhet

For å danne et bilde av potensielle virkningsmekanismer i hypnose må individuell hypnotiserbarhet være inkludert. Individuell hypnotiserbarhet ser ut til å være en modererende faktor for responsivitet for hypnotiske intervensjoner i forhold til visse vansker. Målingen av hypnotiserbarhet har pågått siden man først tok i bruk hypnose, men den startet for alvor rundt 1960 med publiseringen av Weitzenhoffer og Hilgards første skalaer for hypnotiserbarhet (1959). Skalaene måler responsivitet til suggesjoner, og i denne teksten er det dette som blir

ment med begrepet hypnotiserbarhet. Woody, Barnier og McConkey (2005) har vist at de forskjellige skalaene for hypnotiserbarhet best kan forstås som at de måler en generell hypnotiserbarhetsevne pluss sekundære faktorer relatert direkte til responsivitet til forskjellige typer suggesjoner. Lynn (2003) summerer opp forskningen gjort på forholdet mellom hypnotiserbarhet og behandlingsresultat. Han skriver at hypnotiserbarhet ikke var assosiert med dårligere behandlingsresultat i forhold til noen vansker som var med i undersøkelsen, og at hypnotiserbarhet var assosiert med positivt behandlingsresultat i smertebehandling. Lidelser der linken mellom hypnotiserbarhet og behandlingsresultat er blandet, men lovende, er røykeslutt, overvekt, angst, somatisering og astma. I forhold til den senere diskusjonen av behandling av depresjon er det verdt å merke seg at det ikke er dokumentert noen signifikant sammenheng mellom hypnotiserbarhet og behandlingsresultat i hypnoterapi for depresjon. Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena og Patterson (2000) skriver at korrelasjonen mellom mål på hypnotiserbarhet og behandlingsresultat er i bestefall moderat, og at grunnen til dette antageligvis er at de fleste suggesjonene som blir gitt i hypnoterapi er lette å gjennomføre og at de fleste pasienter får dette til. Mange pasienter som ikke skårer høyt på mål for hypnotiserbarhet kan derfor likevel profitere stort på hypnoterapeutisk behandling (Holroyd, 1996). Det ser ut som om høy skåre på hypnotiserbarhet i noen sammenhenger er assosiert med bedre behandlingsresultat, men at lav skåre ikke nødvendigvis påvirker negativt i forhold til effekten av hypnotiske intervensjoner. Det er likevel grunn til å være bevisst hvordan administrering av suggesjoner og pasientens responser kan påvirke pasientens forventninger. Hvis pasienten ikke klarer å oppleve suggesjonene som blir administrert kan dette minske de positive forventningene til hva en hypnosebehandling kan oppnå. Med tanke på hvor sentralt positive forventninger og håp står i psykoterapi er det viktig at klinikerer er bevisst denne dynamikken.

Virkningsmekanismer i hypnose – sammenfatning

Bildet av virkningsmekanismer i hypnose er per i dag svært komplisert og det er behov for mye videre forskning for å besvare viktige spørsmål. Følgende potensielle virkningsmekanismer i hypnotiske intervensjoner er blitt foreslått:

1. Økt terapeutisk allianse
2. Mobilisering av forventningseffekter
3. Virkningsmekanismer knyttet til individuelle suggesjoner og problemområder
4. Konsentrasjon og fokus
5. Hypnotiserbarhet som moderator

Det er sannsynlig at det eksisterer forskjellige mekanismene som er involvert i spesifikke hypnotiske suggesjoner på spesifikke problemområder og dette er et svært komplisert og utfordrende forskningsfelt. Det er god grunn til å tro at forskjellige mekanismer er aktive når hypnotiske suggesjoner brukes på forskjellige problemområder, og kunnskap om forholdet mellom suggesjoner, forestillingsbilder og effekter er per i dag svært usikker. Et viktig poeng som kommer frem av litteraturen på virkningsmekanismer i hypnose er at det antageligvis eksisterer et mangfold av mekanismer som kan mobiliseres gjennom ulike hypnotiske suggesjoner og dette kan bidra til fleksibilitet og spesifisitet i hypnotiske intervensjoner, og hypnose kan på denne måten være egnet for å intervenere på konkrete, spesifikke områder som er terapeutisk viktige og som katalysator for andre psykoterapeutiske intervensjoner.

Depresjonsbehandling med utgangspunkt i virkningsmekanismer i mindfulness og hypnose

Kan kunnskap om virkningsmekanismer anvendes i depresjonsbehandling? Grunnen til å stille dette spørsmålet er at empiri og teori sannsynliggjør at en integrasjon av flere relevante psykoterapier kan ha potensiale for bedre behandlingsresultat enn mer ortodokse,

rendyrkede behandlinger (Kirsch, et al., 1995; Lynn, et al., 2006), og kunnskap om virkningsmekanismer i psykoterapi kan belyse denne prosessen.

Et hovedfokus i denne teksten er å belyse *hvordan kunnskap om virkningsmekanismer i hypnose og mindfulness kan anvendes direkte i kliniske vurderinger* eksemplifisert ved en depresjonslidelse. Et viktig spørsmål relatert til denne problemstillingen er hvordan integrere hypnose og mindfulness på best mulig måte. Gold (1996) summerer opp tre forskjellige tilnærminger til integrasjon av psykoterapi. Den første er teknisk eklektisisme der to eller flere teknikker fra forskjellige systemer blir anvendt systematisk og sekvensielt. Den andre er felles-faktor tilnærmingen der faktorer felles for alle psykoterapier blir lagt vekt på og forsøkt mobilisert. Den tredje er teoretisk integrasjon der grunnprinsipper og antagelser i de forskjellige systemene blir forent, og adferd blir forklart ut i fra interaksjoner. Forfatteren av denne teksten mener at en teoretisk integrering av hypnose og mindfulness vil være fullt mulig, og dette er en svært viktig utfordring for fremtidig forskning. Spørsmålet har nylig dukket opp i en rekke arbeider (Alladin, 2006, Lynn og kolleger, 2010, Lynn og kolleger, 2006). En teoretisk integrasjon av hypnose og mindfulness vil kunne styrke parsimonien og kongruensen i intervensjonene i en hypnose- og mindfulnessbasert terapi.

Før diskusjonen om hvordan kunnskap om virkningsmekanismer kan anvendes i en depresjonsbehandling må depresjon som psykisk lidelse tas i nærmere øyesyn. Depresjon (major depressive disorder) er et stort samfunnsproblem, både helsemessig og samfunnsøkonomisk. Depresjon har en livstidsprevalen på mellom 2% til 15% og ble rangert til den fjerde største sykdomsbyrden for samfunnet i år 2000 og forårsaker 12% av totale år levd med uførhet på verdensbasis (Moussavi et al., 2007). Prevalensen i Europa i løpet av ett år er estimert til 5% (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005), depresjonsprevalensen er i økning (Compton, Conway, Stinson, & Grant, 2006) og det er predikert at lidelsen kommer til å bli den nest største årsaken til uførhet i år 2020 (Murray & Lopez, 1996). Kostnadene og lidelsen

som forårsakes av depresjon er enorme, og derfor er det all grunn til å utvikle så gode behandlinger som mulig for dette problemet. Et aspekt ved depresjon som bidrar til omfanget av problemet er at depresjon ofte er tilbakevendende, og hver depressive episode øker også sjansen for en ny depressiv episode i fremtiden (Solomon et al., 2000). Judd (1997) skriver “it has been established that unipolar major depressive disorder is a chronic, lifelong illness, the risk for repeated episodes exceeds 80%, patients will experience an average of 4 lifetime major depressive episodes of 20 weeks duration each” (s. 990). På bakgrunn av dette kan man si at vellykket behandling av den akutte depresjonen kun er halvparten av jobben, og at forebyggingen av nye depressive episoder er enormt viktig. Hvis nye episoder av depresjon ikke blir forhindret kan man snakke om en livsløpslidelse, og den opplevde lidelsen samt samfunnskostnadene mangedobles. Medikamentell profylaktisk behandling i perioder uten depressive symptomer er svært problematisk da bivirkninger fra aktuelle medikamenter kan være svært forstyrrende for individet, og mange pasienter avbryter den forebyggende behandlingen på grunn av dette. Dette gir grunn til å søke etter psykoterapeutiske metoder for effektivt å forebygge gjenvendende depresjon.

Hypnose og depresjon

Finnes det evidens for at hypnose er effektivt i behandlingen av depresjon? Det har lenge vært et stort kunnskapsmessig vakuum i forhold til effekten av hypnose i depresjonsbehandling. En av grunnene til dette er at depresjon tidligere ble sett på som en kontraindikasjon for å inkludere hypnose i behandlingen. Det var antatt at den hypnotiske tilstanden førte til at den deprimerte personens forsvar ville bryte sammen og at faren for selvmord ville øke dramatisk (Lynn & Kirsch, 2006). Det eksisterer ikke data i forskningslitteraturen som tyder på at denne antagelsen er valid.

Med økt interesse for hypnoseintervensjoner for depresjon har det også blitt gjort flere svært relevante studier for denne tekstens problemstilling. En meta-studie av Shih, Yang og

Koo (2009) konkluderte med at hypnosebehandling signifikant dempet symptomer på depresjon. En randomisert kontrollert studie av Alladin og Alibhai (2007) sammenlignet kognitiv hypnoterapi (kognitiv adferdsterapi kombinert med hypnose) med kognitiv adferdsterapi uten hypnose, og fant at inklusjonen av hypnose signifikant økte behandlingseffekten i forhold til mål på depresjon, angst og håpløshet. Forskjellene mellom kognitiv hypnoterapi og kognitiv adferdsterapi var fortsatt signifikante ved oppfølging 6 og 12 måneder etter avsluttet behandling. Flere studier som har fokusert på behandling av andre lidelser enn depresjon har også dokumentert signifikant økning i positiv behandlingseffekt ved integrasjon av hypnose i behandlingen (Bryant, et al., 2005; Kirsch, et al., 1995). Det ser altså ut til at å inkludere hypnose i psykoterapeutisk behandling i en rekke tilfeller, også i forhold til depresjon, øker behandlingseffekten, noe som er en sterk indikasjon for at integrering av hypnose er noe som burde vurderes når behandlingsplaner for deprimerte pasienter utformes. Virkningsmekanismene i hypnose som er blitt drøftet tidligere skal nå bli brukt til å kaste lys over mulige forklaringer på hvorfor hypnose kan ha en slik potenserende effekt.

Forventningseffekter i hypnose og depresjon

En av de potensielle virkningsmekanismene i hypnose er hypnosens evne til å mobilisere forventningseffekter. Hypnose har gjennom forespeilingen i media en rekke forventninger knyttet til seg, ofte om uante muligheter til personlig vekst eller symptomreduksjon. Positive forventninger til behandlingen kan være svært viktig for godt behandlingsresultat, og dette gjelder ikke minst i forhold til depresjon (Noble, Douglas, & Newman, 2001). Depresjon kan sees på som en samlebetegnelse på en rekke somatiske, psykologiske, sosiale og atferdsmessige mønstre. Et av de mest sentrale aspektene ved depresjon er negativ forventning knyttet til selvet, omverdenen og fremtiden, den såkalte kognitive triaden (Beck, 1987). En viktig del av en kognitiv behandling av depresjon er å

endre disse dysfunksjonelle tankegangene da det er antatt at de gir opphav til en rekke negative psykologiske, sosiale og atferdsmessige (og kanskje somatiske) effekter. Positiv forventning til behandling og behandlingsresultat kan sees på som antitesen til negativ forventning og kjerneaspekter ved depresjon, og en behandling som mobiliserer positive forventninger skal derfor kunne være effektiv mot depresjonslidelser.

Hvis det er rett at negativ forventning står sentralt i depresjon, og at en endring til positive forventninger vil medføre vesentlig bedring, følger det av dette at det burde være en stor placeboeffekt ved medikamentell behandling av depresjon. Dette er veldokumentert og det kan se ut til at så mye som 82 % av effekten av antidepressiva kan tilskrives placebo (Kirsch, Moore, Scoboria, & Nicholls, 2002). Denne mekanikken ser vi også når vi undersøker hvilke vansker som responderer best på hypnotiske intervensjoner, klart illustrert i forhold til smerte som reagerer svært bra på *både* hypnose *og* placebo. Det er dog sannsynlig at det er flere andre aktive mekanismer i tillegg til forventningseffekter som er aktive i hypnotisk analgesi.

Positive forventninger begrenses ikke til kun de forventningene pasienten har når han eller hun kommer til behandlingen, men også de som genereres gjennom terapien. Hypnose oppfordrer pasienten til å definere seg selv som mer ressursfull en tidligere antatt, definerer pasienten som aktiv agent i sin egen fenomenologiske virkelighet, gjør læring og assosiering mer erfaringsmessig og meningsfylt, og har fokus rettet mot læring av nye ferdigheter (Yapko, 2008). Alt dette er elementer som bidrar med å gi pasienten konkrete holdepunkter for håp om endring til det positive og som kan stå sentralt i hypnosens evne til å skape positive forventninger.

Disse observasjonene belyser hvordan forventningseffekter som virkningsmekanisme er svært potent i hypnose og står sentral i depresjon som lidelse. Dette er en meget god grunn til å vurdere å integrere hypnose i en psykoterapeutisk behandling av depresjon.

Den terapeutiske allianse

Som ellers i psykoterapi ser det ut til at en god terapeutisk allianse er viktig i depresjonsbehandling for å oppnå godt behandlingsresultat (Ryum, Stiles, & Vogel, 2009). Det er blitt drøftet om hypnose har evne til å styrke den terapeutiske alliansen og en sterk allianse kan være viktig for å få deprimerte pasienter til å stille til timer, gjennomføre terapeutiske oppgaver og følge behandlingen. Siden hypnose ikke er en behandling i seg selv men en måte å gjøre behandling på kan hypnotiske intervensjoner tilpasses den individuelle pasients behov, ønsker og preferanser. Individuell tilpasning av terapien etter pasientens preferanser øker alliansen mellom pasient og terapeut og kan føre til bedre behandlingsresultat (Kocsis et al., 2009; Kwan, Dimidjian, & Rizvi, 2010). Integreringen av hypnose i behandling kan i mange tilfeller effektivt styrke den terapeutiske alliansen, og dette er et argument for bruk av hypnose i depresjonsbehandling. Når mindfulness og depresjon blir drøftet senere blir det igjen lagt vekt på viktigheten av en sterk allianse, spesielt siden mindfulnessintervensjoner kan kreve en god del arbeid fra pasientens side, også utenfor terapirommet. Denne dynamikken tilsier at mindfulness og hypnose kan dra nytte av hverandre i depresjonsbehandling.

Konsentrasjon og fokus i hypnose

Hypnose mobiliserer personens evne til konsentrasjon, og det som fokuseres på forsterkes. Deprimerte personer kan svært ofte ha problemer med konsentrasjon, og mange psykologiske intervensjoner mot depresjon krever at pasienten konsentrerer seg. Et eksempel på dette er arbeidet med å kartlegge negative automatiske tanker. Disse kan i stor grad være utilgjengelige for pasienter med depresjon men ved hypnoseteknikker kan konsentrasjonsevnen mobiliseres og forestillingsbilder og negative automatiske tanker blir mer tilgjengelige for pasienten. Et annet eksempel er meditasjonsøvelser i

mindfulnessintervensjoner. Disse krever motivasjon og konsentrasjon, noe som kan mobiliseres gjennom målrettede hypnotiske intervensjoner.

Konsentrasjon og fokus kan også brukes for å endre den deprimerte pasientens perspektiv. Ved alvorlig depresjon er pasienten sementert i negative representasjoner av blant annet seg selv, omverdenen og fremtiden, og hypnosekonteksten kan fasilitere erfaringer av terapeutisk relevante aspekter av den negative representasjonen eller opplevelser av positive, alternative perspektiver.

Hvis økt konsentrasjon og evne til å fokusere kan være nyttig i forhold til pasientens utfordringer er dette gode grunner til å vurdere integrasjon av hypnose i depresjonsbehandlingen.

Suggesjoner i depresjonsbehandling

Virkningsmekanismer i suggesjoner er avhengig av suggesjonenes utforming og hvilket fokus de har. I en depresjonsbehandling vil suggesjoner ofte være svært tett knyttet opp til den terapien hypnose blir kombinert med. Hvis hypnose skal kombineres med mindfulnessterapi blir suggesjonene tilpasset dette, og mulighetene er nesten uendelige. Suggesjoner kan for eksempel brukes til å assosiere triggerer til mindful tilstedeværelse for å hjelpe pasienten med å opprettholde en mindful tilstand under stressende omstendigheter, eller post hypnotiske suggesjoner kan gis for å hjelpe pasienten med motivasjon i forhold til å praktisere mindfulness utenfor terapirommet. Suggesjoner som er relevante og nyttige i en terapi med hypnose- og mindfulnessintervensjoner er kun begrenset av terapeutens kreativitet, og dette er noe av grunnen til at hypnose kan brukes sammen med mindfulness på en så god måte. Flexibiliteten i hypnose gjør at hypnotiske intervensjoner kan rettes inn mot spesifikke områder i behandlingen som har vist seg vanskelig å endre. I en depresjonsbehandling kan dette være nær sagt tusen forskjellige ting, og hypnosens fleksibilitet kan derfor være svært anvendbar når behandleren prøver å overkomme terapeutiske barrierer.

Mindfulness og depresjon

Som ellers i historien om mindfulnessbaserte behandlinger i vesten er mindfulnessintervensjoner mot depresjon først nylig blitt tatt i bruk og satt på empirisk prøve i vestlig behandlingssammenheng. Mindfulnessbasert kognitiv terapi (MBCT) ble utviklet av Zindel Segal, Mark Williams og John Teasdale og ble spesifikt designet for å forebygge tilbakevendende depressive episoder (2002). Programmet baserer seg på Jon Kabat-Zinn (1990) sitt program for stressmestring og kombinerer intervensjoner derfra med kognitive teknikker som har vist seg nyttige i den akutte behandlingsfasen av depresjon. MBCT har vist seg å effektivt forebygge tilbakevendende depressive episoder hos personer som har hatt tre eller flere episoder (Godfrin & van Heeringen, 2010; Teasdale, et al., 2002). For å kaste lys over hvordan mindfulness anvendes for å forhindre tilbakefall følger en kort gjennomgang av kognitiv teori om tilbakevendende depressiv lidelse.

Studier har vist at sammenhengen mellom negative livshendelser og depresjon er mye sterkere for de første sammenlignet med senere depresjonsepisoder (Monroe & Harkness, 2005), og dette tilsier at etter gjentatte depressive episoder er det en tendens til at episodene utløses autonomt eller av stadig mindre, idiosynkratiske stressorer. Disse observasjonene er blitt forklart ut i fra en prosess kalt differensiell aktivering (Segal, Williams, Teasdale, & Gemar, 1996). Teorien om differensiell aktivering antar at i en depressiv episode blir nedsatt stemningsleie assosiert med andre emosjoner, kognisjoner og adferd som er aktive i depressive tilstander. Denne assosiasjonslæringen gir sitt utslag i en idiosynkratisk depressiv "signatur", og en mindre endring i for eksempel affekt kan trigge assosierte tankemønstre, følelser og adferd som i sin tur igjen starter en negativ spiral av selvforsterkende depressive symptomer. Denne koaktiveringen fører igjen til styrket assosiasjon mellom de forskjellige depresjonselementene, og fremtidig aktivering av ett element kan være nok til å starte

syklusen på nytt. Slik kan dagligdagse svingninger i kognisjoner og humør utløse depressive episoder når først assosiasjonslæringen er sterkt nok etablert.

Ruminering har også vist seg å være et viktig element i depressive episoder. Personer som opplever nedsatt stemningsleie aktiverer ofte problemløsningsteknikker for og hankses med det uønskede stemningsleie, og ruminering er en svært vanlig respons (Nolen-Hoeksema, 1991). Slik repetitiv, abstrakt, analytisk tenkning bidrar til å øke negativ affekt, øker hukommelsesbias og tar opp kognitive ressurser som kunne vært brukt til og hankses effektivt med problemet (Raes et al., 2006). På tross av dette rapporterer deprimerte personer stort sett at de har tro på ruminering som problemløsningsteknikk (Papageorgiou & Wells, 2004), og dette kan være noe av grunnen til den utstrakte bruken som i sin tur resulterer i forlenging og forverring av den depressive episoden. Disse to aspektene ved depresjon, differensiell aktivering og ruminering, står sentralt når vi skal anvende kunnskap om virkningsmekanismer i mindfulness på depresjonsbehandling.

Ruminering og mindfulness

Dempet ruminering ble tatt opp som en potensielt viktig virkningsmekanisme i mindfulnessintervensjoner, og denne virkningsmekanismen ble diskutert både fra et psykologisk og et biologisk perspektiv. Ruminering er blitt plassert som en sentral utløsende og vedlikeholdende faktor i den depressive tilstanden. Tendens til ruminering som problemløsningsstrategi varierer også fra individ til individ, og hvis ruminering står sentralt i kasusformuleringen er dette en klar indikasjon på at mindfulnessintervensjoner kan være hensiktsmessige. Ved å trene opp metakognitiv bevissthet gjennom mindfulness kan personen lære seg å distansere seg fra tanker, følelser og inntrykk og betrakte dem som mentale hendelser, ikke virkelighet. Økt metakognitiv bevissthet kan også gi personen større evne til å legge merke til situasjoner der dysfunksjonelle strategier som ruminering er aktive, og ved å bli bevisst på slik aktivitet kan personen ta skritt for å gjøre noe med problemet. Selve

utøvelsen av mindfulness kan også dempe uproduktiv analytisk tenkning, og årvåken tilstedeværelse og den kognitive kapasiteten som dette opptar er blitt drøftet som en virkningsmekanisme som kan dempe ruminering.

Hvis en av de viktigste virkningsmekanismene i mindfulnessintervensjoner er å dempe ruminering vil dette gi seg utslag i hvilke typer depresjon mindfulnessstrening har best terapeutisk virkning på. Depresjoner utløst av ruminering og lærte assosiasjoner skal ifølge teorien om differensiell aktivering respondere bedre på mindfulnessintervensjoner enn depresjoner utløst av alvorlige negative livshendelser. Denne prediksjonen støttes av data i studier av den forebyggende effekten av MBCT i forhold til fremtidige depressive episoder (Teasdale, et al., 2000). MBCT har vist seg effektivt i forebygging av depressive episoder hos personer med tre eller flere episoder bak seg (og som derfor passer profilen om differensiell aktivering og assosiasjonslæring diskutert tidligere), mens det ikke er påvist noen signifikant forebyggingseffekt hos personer med færre episoder bak seg (der depresjonene mer sannsynlig er blitt utløst av alvorlige negative livshendelser) (Godfrin & van Heeringen, 2010). Dette er momenter som burde inkluderes i en vurdering når behandlingsplanen utformes for den enkelte pasient, og slik kunnskap kan bidra til evidensbaserte beslutninger i forhold til valg av intervensjoner. I forhold til denne siste gruppen personer med mindre enn tre depressive episoder bak seg er dette et område der det sårt trengs fremtidige studier for å kaste lys over forholdet mellom mindfulnessintervensjoner og effekt som i sin tur kan gi kunnskap som kan guide klinikere i sine intervensjoner med pasienter med depresjonslidelser. Foreløpig finnes det indikasjoner på at MBCT også kan hjelpe deprimerte pasienter i akutt fase (Kenny & Williams, 2007) samt pasienter med residualsymptomer (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007), men flere studier trengs for å belyse dette området.

Affektregulering

Mindfulnessintervensjoner med den påfølgende praktiseringen av mindfulnessøvelser kan øke personens evne til affektregulering. Hjerneavbildningsstudier diskutert tidligere pekte på en mulig virkningsmekanisme der mindfulnessstrening øker prefrontal kontroll over limbiske strukturer involvert i emosjoner. En økt evne til emosjonsregulering kan være svært nyttig for en person som opplever depressive episoder, og i depresjonsbehandling blir det ofte satt inn mye innsats på å øke personens evne til å modulere egen affekt gjennom tilegnelsen av diverse ferdigheter. I mindfulnessbehandling er ofte målet å få personen til å endre sitt forhold til egne tanker og følelser, og på denne måten øke personens metakognitive bevissthet. Denne økte bevisstheten kan så tas i bruk for å utvikle bedre måter å modulere problematisk affekt. Det er også en sentral tanke i mindfulnessstradisjonen at praktisering av mindfulness endrer forholdet til tanker og følelser og gjør dem mer tolererbare og mindre skremmende.

Økt aksept og eksponering

En viktig del av mindfulnessstrening er øvelse i ikke å søke mot eller vekk fra spesifikke aspekter av opplevelsen, og denne aksepten og eksponeringen ble drøftet som en potensiell virkningsmekanisme i mindfulnessintervensjoner. I en depressiv lidelse er det ofte aspekter av unnvikelse eller dysfunksjonell problemløsning til stede, og hvis dette blir vurdert som sentralt i kasusformuleringen kan mindfulnessstrening brukes for og hankses med dette. En sentral utfordring i depresjonsbehandling er og hankses med suicidalitet hos pasienter. Suicidalitet kan forstås i en unnvikelseskontekst. Bak suicidalitet ligger det svært ofte ett ønske om å slippe unna en uutholdelig situasjon eller tilstand. Suicidal intensjon eller adferd kan på denne måten sees på som unnvikelsesadferd for å unnsnippe aspekter av opplevelsen og suicid vil i så måte være den siste og mest effektive unnvikelsesstrategien. Hvis mindfulness kan øke personens aksept og eksponeringsvilje kan dette bidra til å øke

personens toleranse for aversive aspekter ved tilværelsen samtidig som personen øker motstandsdyktigheten mot sine tidligere mønstre av suicidal unnvikelsesadferd (Barnhofer & Crane, 2009). Vilje til å eksponere seg for omgivelsene er relevant for en rekke områder i en depresjonsbehandling, for eksempel i forhold til å avkrefte dysfunksjonelle, negative kognisjoner, og det er derfor stor grunn til å tro at pasienter med depresjon kan ha nytte av økt aksept og eksponering gjennom mindfulnessintervensjoner.

Økt venstrelateralisering

Som drøftet tidligere tyder det på at meditasjonstrening kan øke venstrelateralisert aktivering av hjernen som igjen er assosiert med større grad av positiv affekt. I depresjon, som blir konseptualisert som en affektiv lidelse, står naturligvis stemningsleie sentralt og er et av hovedsymptomene som må behandles i en eventuell psykoterapi. Hvis meditasjonstrening stimulerer til økt venstrelateralisert aktivering og større grad av positiv effekt er dette noe som er høyst klinisk relevant og taler til fordel for bruk av mindfulnessintervensjoner, og da spesielt meditasjonstrening, i depresjonsbehandling. Dette aspektet ved meditasjonstrening kan også kommuniseres til pasienter da det kan føre til økte positive forventninger (og forventningseffekter) samt økt vilje til å gjennomføre mindfulnessøvelser utenfor terapirommet.

Avsluttende refleksjoner

Mindfulness- og hypnoseintervensjoner håndterer de to hovedelementene en depresjonsbehandling burde inneholde; behandling av den akutte depresjonen, og forebygging av ny depressive episode. Som vektlagt i drøftingen av depresjon som psykisk lidelse er det viktig og forebygge nye depressive episoder da depresjonen ellers har økt sannsynlighet for å utvikle seg til en kronisk lidelse med enorme kostnader, både for samfunnet og for personen selv og han eller hennes pårørende. Som drøftingen av virkningsmekanismer har vist er det stor grunn til å være optimistisk i forhold til de terapeutiske effektene av mindfulness- og

hypnoseintervensjoner i forhold til depresjon, og kunnskap om virkningsmekanismene kan brukes direkte i planleggingen av behandling, seleksjon av pasienter, vurdering av spesifikke intervensjoner i forhold til individuell depresjonskarakter etc.

Både mindfulness og hypnose har som mål at personen tilegner seg nye ferdigheter og de reformulerer personen som mer ressurssterk enn tidligere antatt. Terapien søker derfor å la pasienten oppleve læring og komme styrket ut av behandlingen, for så å kunne møte fremtidige problemer på en mer konstruktiv måte og med flere ferdigheter i bagasjen. Både hypnose og mindfulness er metoder for å la pasienten oppleve “empowerment”, og på denne måten utvikle personens følelse av kontroll og mestring i eget liv. Dette kan sees på som en motpol til en behandling der terapeuten er den som “reparerer” pasienten. Mestring og følelse av å kunne påvirke viktige aspekter av sitt eget liv og sin egen hverdag er sentrale elementer som bidrar til opplevelsen av en meningsfylt tilværelse. Dette sammenfallende fokuset er en av grunnene til at mindfulness og hypnose er intervensjoner som “drar i samme retning” og kan vellykket kombineres i et behandlingsforløp.

Et annet sammenfallende aspekt ved mindfulness og hypnose er at begge intervensjonene forholder seg til personens forestillingsevne. Hypnose søker og fasilitere en adaptiv bruk av denne forestillingsevnen, mens mindfulness søker å endre personens relasjon til den. Personens forestillingsevne står også patologisk sentralt i en rekke lidelser for eksempel ved forestilling av angstvekkende krisescenarioer eller depressive fremtidsprosjeksjoner. Hypnose søker å erstatte slike dysfunksjonelle forestillinger med forestillinger og mentale bilder av mer positiv og adaptiv karakter, men det er urealistisk å ha som mål at dysfunksjonelle forestillinger skal opphøre totalt. I forhold til dette søker mindfulnessintervensjoner å gi pasienten mulighet til å distansere seg fra sine mentale forestillinger og endre relasjon til dem når dette er hensiktsmessig. Konsentrasjon og oppmerksomhet kan sees på som en linse der hypnose rettes inn mot å endre det som

fokuseres på, mens mindfulness gir personen en annen linse når det som står i fokus viser seg å skape for store problemer. Ferdigheter som kan læres gjennom mindfulness og hypnose gir personen mer frihet og fleksibilitet i jobben med og hankses med egen opplevelse.

Sammenfatning

Innledningsvis ble følgende spørsmålene stilt; hvilke virkningsmekanismer kan være aktive i hypnose og mindfulnessbaserte intervensjoner, og hvordan kan denne kunnskapen anvendes for å potensere den terapeutiske effekten i depresjonsbehandling. Per i dag mangler det i stor grad empirien som skal til for at virkningsmekanismene går fra å være teoretiske konstruksjoner til å bli empirisk funderte, og det trengs videre forskning med nøye tilpassede forskningsdesign for å kunne støtte eller avkrefte de foreslåtte virkningsmekanismene. Potensielle virkningsmekanismer som ble drøftet i forhold til mindfulnessintervensjoner var økt metakognitiv bevissthets påvirkning på ruminering og affektregulering, praktiseringen av årvåken tilstedeværelse og dets påvirkning på ruminering og andre klinisk signifikante variabler, samt økt aksept og eksponering. I tillegg ble biologiske mekanismer drøftet, og flere av disse kan potensielt være fysiologiske manifestasjoner av de omtalte psykologiske virkningsmekanismene.

Foreslåtte potensielle virkningsmekanismer i hypnotiske intervensjoner var forventningseffekter, økt terapeutisk allianse, konsentrasjon og fokus, individuell hypnotiserbarhet samt individuelle virkningsmekanismer aktivert av individuelle suggesjoner.

Deretter ble kunnskap om potensielle virkningsmekanismer anvendt for å belyse hvordan slik kunnskap har direkte relevans i en depresjonsbehandling, og det ble lagt vekt på at kunnskapen om virkningsmekanismer kan anvendes i vurderingen av spesifikke intervensjoners egnethet i forhold til hver enkelt pasients individuelle depresjonslidelse.

En slik anvendelse illustrerer hvor anvendbar slik kunnskap om virkningsmekanismer i psykoterapi er i den kliniske utøvelsen av psykologifaget. Hvis klinikere skal kunne gjøre

faglig forsvarlige og kunnskapsmessig funderte vurderinger og avveininger om hvilke intervensjoner som burde implementeres i forhold til den individuelle pasients vansker er man nødt til å øke kunnskapen om virkningsmekanismer i psykoterapi. Uten slik kunnskap kan det spissformulert sies at terapeuten «roter rundt i blinde» der deler av behandlingen inneholder virkningsfulle intervensjoner i forhold til de aktuelle vanskene og andre deler ikke inneholder dette, uten at terapeuten har den empirisk fundert kunnskapen som skal til for å identifisere og øke proporsjonen av virkningsfull behandling. utfordringene ligger i å sette potensielle virkningsmekanismer på empirisk prøve gjennom sofistikerte forskningsdesign egnet til korrekt å identifisere aktive virkningsmekanismer i psykoterapi.

Referanser

- Alladin, A. (2006). Experiential cognitive hypnotherapy: Strategies for relapse prevention in depression. In M. D. Yapko (Ed.), *Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice* (pp. 281-313). New York: Routledge.
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12.
- Barber, T. X. (1978). Hypnosis, Suggestions, and Psychosomatic Phenomena - New Look from Standpoint of Recent Experimental Studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(1), 13-27.
- Barnhofer, T., & Crane, C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression and Suicidality. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 221-243). New York, NY: Springer Science + Business Media; US.
- Barnier, A. J., & McConkey, K. M. (2004). Defining and identifying the highly hypnotisable person. In M. Heap, R. J. Brown & D. A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person : theoretical, experimental, and clinical issues* (pp. 30-60). Hove, East Sussex ; New York, NY: Brunner-Routledge.
- Barnier, A. J., & Nash, M. R. (2008). Introduction: a roadmap for explanation, a working definition. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis :*

- theory, research and practice* (pp. 1-18). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *1*(1), 5-37.
- Becker, D. E., & Shapiro, D. (1981). Physiological responses to clicks during Zen, Yoga, and TM meditation. *Psychophysiology*, *18*(6), 694-699.
- Benham, G., Woody, E. Z., Wilson, K., & Nash, M. R. (2006). Expect the unexpected: Ability, attitude, and responsiveness to hypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*(2), 342-350.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, *64*(1), 71-83.
- Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., Levinson, D., & Davidson, R. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *104*(27), 11483-11488.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. (2005). The Additive Benefit of Hypnosis and Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Acute Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(2), 334-340.
- Cahn, B., & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, *132*(2), 180-211.

- Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., & Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research, 10*(5), 811-818.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry, 163*(12), 2141-2147.
- Creswell, J., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 560-565.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.
- de Groh, M. (1989). Correlates of hypnotic suggestibility. In N. P. Spanos & J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 32-63). Amherst, NY: Prometheus Books; US.
- Didonna, F. (2009). Introduction: Where New and Old Paths to Dealing with Suffering Meet. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 1-14). New York, NY: Springer Science + Business Media; US.
- Epp, A. M., & Dobson, K. S. (2010). The evidence base for cognitive-behavioral therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 39-73). New York, NY: Guilford Press; US.
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2*(4), 313-322.

- Franklin, B., Majault, Roy, L., Sallin, Bailly, S.-J., & D'Arcet, J. (1785). Report of Dr. Benjamin Franklin and the Other Commissioners Charged by the King of France with the Examination of the Animal Magnetism as Now Practiced in Paris (W. Godwinds oversettelse). St Paul's Church Yard. London.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). 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*, *48*(8), 738-746.
- Gold, J. R. (1996). *Key concepts in psychotherapy integration*. New York: Plenum Press.
- Green, J. P., Barabasz, A. F., Barrett, D., & Montgomery, G. H. (2005). Forging Ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *53*(3), 259-264.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *Journal of Neurophysiology*, *86*(1), 402-411.
- Holroyd, J. (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *44*(1), 33-51.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Ivanec, D. (2004). Psychological factors of acute pain. *Suvremena Psihologija*, *7*(2), 271-309.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation

- Training: Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Ny: Henry Holt and Company; US.
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *Pain*, 146(3), 235-237.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, N.Y.: Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are : mindfulness meditation in everyday life* (1st ed.). New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (15th anniversary ed.)*. New York, NY: Delta Trade Paperback/Bantam Dell; US.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., & et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kasamatsu, A., & Hirai, T. (1973). An electroencephalographic study on the Zen meditation (zazen). *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 14(3), 107-114.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents : directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.

- Kenny, M., & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kihlstrom, J., F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis : theory, research and practice* (pp. 21-52). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- 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(2), 193-203.
- Kirsch, I. (2005). Medication and suggestion in the treatment of depression. *Contemporary Hypnosis*, 22(2), 59-66.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (2001). Imaginative suggestibility and hypnotizability. *Current Directions in Psychological Science*, 10(2), 57-61.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5(1), No Pagination Specified.
- Kocovski, N. L., & Rector, N. A. (2007). Predictors of post-event rumination related to social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2), 112-122.
- Kocsis, J. H., Leon, A. C., Markowitz, J. C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D. N., & Thase, M. E. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 354-361.

- Kwan, B. M., Dimidjian, S., & Rizvi, S. L. (2010). Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(8), 799-804.
- Lazar, S. W. (2005). Mindfulness Research *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 220-238). New York, NY: Guilford Press; US.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The Effects of Acceptance Versus Suppression of Emotion on Subjective and Psychophysiological Response to Carbon Dioxide Challenge in Patients With Panic Disorder. *Behavior Therapy*, *35*(4), 747-766.
- Lynn, S. J., Barnes, S., Deming, A., & Accardi, M. (2010). Hypnosis, rumination, and depression: catalyzing attention and mindfulness-based treatments. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *58*(2), 202-221.
- Lynn, S. J., Das, L. S., Hallquist, M. N., & Williams, J. C. (2006). Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*(2), 143-166.
- Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis : an evidence-based approach* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*(2), 239-259.
- Lynn, S. J., Shindler, K., & Meyer, E. (2003). Hypnotic suggestibility, psychopathology, and treatment outcome. *Sleep and Hypnosis*, *5*(1), 2-10.
- Ma, S., & 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.

- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, *150*(699), 971-979.
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). Life Stress, the "Kindling" Hypothesis, and the Recurrence of Depression: Considerations From a Life Stress Perspective. *Psychological Review*, *112*(2), 417-445.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*(2), 138-153.
- 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.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank ; Distributed by Harvard University Press.
- Nash, M. R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis : current models and perspectives* (pp. 171-194). New York: Guilford Press.
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, *52*(7), 985-998.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 569-582.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(6), 561-570.
- Olness, K., Culbert, T., & Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83(1), 66-71.
- Orme-Johnson, D. W., Schneider, R. H., Son, Y. D., Nidich, S., & Cho, Z. H. (2006). Neuroimaging of meditation's effect on brain reactivity to pain. *Neuroreport*, 17(12), 1359-1363.
- Orme-Johnson, D. W., & Walton, K. G. (1998). All approaches to preventing or reversing effects of stress are not the same. *American Journal of Health Promotion*, 12(5), 297-299.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination : nature, theory, and treatment* (pp. 3-20). Chichester, England ; Hoboken, NJ, USA: John Wiley.
- Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-423.
- Piccione, C., Hilgard, E. R., & Zimbardo, P. G. (1989). On the Degree of Stability of Measured Hypnotizability over a 25-Year Period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 289-295.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J., Beyers, W., Eelen, P., & Brunfaut, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 699-704.
- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968-971.

- Rainville, P., & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *51*(2), 105-129.
- Robertson, L., McInnis, K., & St. Jean, R. (1992). Modifying hypnotic susceptibility with the Carleton Skills Training Program: A replication. *Contemporary Hypnosis*, *9*(2), 97-103.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *38*(1), 72-85.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95-103.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of depression and anxiety disorders. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *46*(7), 651-657.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & et al. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, *28*(1), 127-140.
- Segal, Z., Williams, J. M., Teasdale, J. D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, *26*(2), 371-380.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sheehan, P. W., & Perry, C. W. (1976). *Methodologies of hypnosis: A critical appraisal of contemporary paradigms of hypnosis*. Oxford: Lawrence Erlbaum.

- Shih, M., Yang, Y.-H., & Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *57*(4), 431-442.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., . . . Endicott, J. (2000). Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *157*(2), 229-233.
- Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis : current models and perspectives* (pp. 324-361). New York: Guilford Press.
- Spiegel, D. (1996). Dissociative Disorders. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press synopsis of psychiatry* (1st ed., pp. 583-604). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Albert, L. H. (1983). Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain. *Psychopharmacology*, *81*(2), 140-143.
- Stanton, H. E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, *11*(1), 14-18.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, *33*(1), 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., 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.

- Valentine, E. R., & Sweet, P. L. (1999). Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(1), 59-70.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Forms A and B* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wolinsky, S. M. (1991). *Trances people live in, healing approaches in quantum psychology*. Falls Village: CT: The Bramble Company.
- Woody, E. Z., Barnier, A. J., & McConkey, K. M. (2005). Multiple hypnotizabilities: Differentiating the building blocks of hypnotic response. *Psychological Assessment*, 17(2), 200-211.
- Yapko, M. D. (2006). *Hypnosis and treating depression : applications in clinical practice*. New York: Routledge.
- Yapko, M. D. (2008). Hypnotic approaches to treating depression. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis : theory, research and practice* (pp. 549-567). Oxford ; New York: Oxford University Press.