

Mindfulness i ett omvårdnadsperspektiv

- *meditation som behandling vid
missbruk och beroende*

FÖRFATTARE	Madeleine Segerström
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng. OM5250 Examensarbete- Kandidatnivå VT12
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Bergelin
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Mindfulness i ett omvårdnadsperspektiv -meditation som behandling vid missbruk och beroende
Titel (engelsk):	Mindfulness in a nursing perspective -meditation as treatment for drug addiction
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Madeleine Segerström
Handledare:	Eva Bergelin
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Meditation har utövats i över 5000 år på grund av de positiva effekterna på hälsa och välbefinnande. "Mindfulness" har kommit till våra länder främst genom Mindfulnessbaserade interventioner. Studier har visat effekt på bland annat stress, ångest och depression. Missbruk och beroende kommer sällan ensamt. Missbruket kan få svåra följder för både psykiska och fysisk hälsa samt för det sociala livet. Känslor av skuld, skam, oro, ångest och depression är vanligt vid missbruk. Idag används främst kognitiva behandlingsformer och tolvstegsprogram som Anonyma Alkoholister som behandling. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien är att undersöka mindfulness som behandlingsmetod vid drogmissbruk och beroende. **Metod:** En litteraturbaserad uppsats där 11 vetenskapliga artiklar har analyserats. **Resultat:** Efter mindfulnessmeditation i olika former fanns tecken på minskade psykiatriska symptom och en förbättrad förmåga till stresshantering. Patienter minskade droganvändningen vid uppföljning efter mindfulnessmeditation. Både benägenhet till tankeförträngning och begär efter droger minskade. Svårigheter kan uppstå då meditation tillämpas i ett tidigt skede av behandling. Mindfulness accepterades av patienterna och inga biverkningar sågs till följd av meditationen. **Slutsats:** Mindfulnessmeditation kan hjälpa patienten genom ett mer accepterande förhållningssätt. Resultatet tyder på att ett accepterande förhållningssätt minskar begär efter droger och negativa känslor som uppstår till följd av påträngande tankar. Troligt är att symptom av stress, ångest och depression minskar. Vidare forskning behöver kartlägga effekter av meditation samt för vilka patienter och när i behandlingen mindfulness är mest effektiv.

INNEHÅLL

	Sida
1 INTRODUKTION	1
1.1 INLEDNING	1
1.2 BAKGRUND	1
1.2.1 Sinnet	
1.2.2 Orsaken till lidande	1
1.2.3 Mindfulnessmeditation	2
1.2.4 Effekter av Mindfulness	4
1.2.5 Vipassanameditation	
1.2.6 Mindfulnessbaserade behandlingsprogram	5
1.2.7 Beroende och missbruk	6
1.2.7.1 Konsekvenser	7
1.2.8 Riktlinjer för vård vid missbruk och beroende	8
1.2.9 Kognitiv teori och behandling	8
1.2.10 Begrepp med betydelse för missbruk och beroende	9
1.2.11 Problemformulering	10
2 SYFTE	10
3. METOD	11
3.1 LITTERATURSÖKNING	11
3.2 ANALYS	11
4 RESULTAT	12
4.1 FÖRÄNDRING I PSYKISK HÄLSA	12
4.2 FÖRÄNDRING I DROGANVÄNDNING	13
4.3 FÖRÄNDRING AV FÖRHÅLLNINGSSÄTT	13
4.4 UPPLEVELSER AV MEDITATION	15
5 DISKUSSION	16
5.1 METODDISKUSSION	16
5.2 RESULTATDISKUSSION	17
5.2.1 Förändring i synsätt	17
5.2.2 Patientsäkerhet	18
5.2.3 Klinisk användbarhet	19
5.2.4 Etiska ställningstaganden	20
5.3 SLUTSATS	21
6 REFERENSER	23
BILAGOR	
Bilaga 1 Schema för Vipassana	
Bilaga 2 Artikelsökning, översikt	
Bilaga 3 Artikelöversikt	

1 INTRODUKTION

1.1 INLEDNING

Vid slutet av en 10-dagars meditationskurs hörde jag talas om att intagna i Indiens fängelser mediterar. Det kärleksfulla och empatiska synsättet som följer meditationen, att önska alla människor väl tilltalade mej. Meditationskurserna har där använts som rehabiliterings- och behandlingsmetod sedan 1970-talet och haft goda resultat för de intagnas välbefinnande och attityder. Många gånger orsakar fängelsevistelser med allt det innebär psykiska problem. Meditationen gör att de intagna känner sig mindre hjälplösa, atmosfären blivit mindre fientlig och risken för återfall i kriminalitet har minskat (Khurana & Dhar, 2000).

Det finns en nyfikenhet runt hur meditation kan användas inom både somatisk och psykiatrisk vård. Meditation verkar ha flera goda fysiska och psykiska effekter, även om de inte alltid är fullt vetenskapligt utforskade. Jag hörde av människor som mediterade att meditation ska vara till hjälp också för missbrukare. Missbrukare är en utsatt grupp, ofta med små sociala nätverk. Patienterna finns inom alla områden i hälso- och sjukvården och kan vara svåra att behandla med en ihållande nykterhet som resultat.

1.2 BAKGRUND

1.2.1 Sinnet

Inledningsvis bör sinnet definieras för bättre förståelse senare i texten. Det finns hos människan olika sinnen för perception som exempelvis smak, lukt, syn, känsel och hörsel reagerar på förändring i stimuli för att bland annat kunna undvika fara (Nationalencyklopedin, 2012). "Sinnet", i singularis, är en annan sak. Sinnet som då syftas på är det samma som det mänskliga psyket, äldre benämnt som själen eller själslivet, på engelska kallat "mind". Psyke definieras som "den mänskliga personligheten bestående av tankar, känslor, sinnesreaktioner, motiv, drifter och behov, medvetna och icke medvetna" (sid. 278, Egidius, 2006). Det som händer i psyket eller sinnet visar sig som upplevelser och beteenden hos en människa (Nationalencyklopedin, 2012). Sinnet är nära anknutet till medvetandet. Genom meditation är det en uppmärksam medvetenhet som övas upp, på engelska kallat "awareness" (Egidius, 2006). Det är en medvetenhet om något, exempelvis om det som pågår i sinnet, kroppen eller det som sker runtomkring.

1.2.2 Orsaken till lidande

För att få en förståelse för meditation är det bra att förstå grunden den vilar på. Här kommer en kort introduktion om orsaken till att människor lider ur ett buddhistiskt perspektiv. Inom buddhismen sägs att allt liv innebär lidande. Lidande innebär allt från fysisk och mental smärta, från stora trauman till en underliggande känsla av ensamhet, sorg eller irritation. Lidande är inte alltid konstant, men oundvikligt för alla människor. Lidandets orsak är begäret eller

fastklamrandet, att intensivt önska något särskilt (Hanson & Mendius, 2009; Hart, 2009).

Fastklamrandet uppkommer till följd av mentala reaktioner på något som vi tycker om respektive inte tycker om. Då något av sinnena kommer i kontakt med det yttre uppstår en obehaglig eller behaglig förnimmelse på kroppen. Sinnet har kontakt med minne, känsla, tanke, idé och fantasi vilket gör att det hela tiden reagerar på stimuli och ger impulser till medvetandet. Sinnets reaktioner är korta och övergående. De kan växa sig starkare på grund av känslor av behag eller obehag och med tiden upprätthålla sig längre i medvetandet, från några sekunder till flera år (Hart, 2009; Groves & Farmer, 1994).

Det är en naturlig reaktion att vilja hålla sig kvar vid upplevelser som är behagliga och att undvika det som framkallar obehag. Detta kan också förklaras ur ett evolutionistiskt perspektiv, för att överleva måste stabilitet hållas och obehag som kan vara skadligt undvikas (Hanson & Mendius, 2009). Människan försöker ändra på yttre omständigheter med förväntan att allt ska löpa friktionsfritt om ”rätt” sak förändras. Kanske görs försök att byta jobb eller flytta till en ny stad för att göra livssituationen mer bekväm (Kabat-Zinn, 1997).

”Man kan inte undfly sig själv, hur man än försöker. [...] Om problemen bottnar i ens eget synsätt, tankesätt och beteende kommer de förr eller senare att dyka upp igen” (Kabat-Zinn, 1997, sid. 202).

Ju mer människan söker sköna upplevelser desto olyckligare blir hon ifall upplevelserna upphör eller inte infinner sig. Det gäller även det omvända. Ju mer människan försöker undvika abstinens, ångest, depression, smärta, ilska, andra känslor eller till exempel en person, desto olyckligare blir hon då det oönskade återigen uppstår. Det är omöjligt att hålla fast vid känslor, världen eller jaget då de hela tiden är tillfälliga och under förändring. Med en uppfattning om att de är stabila, oföränderliga och eviga kommer endast lidande. Lidandet uppstår alltså då människan fäster sig vid och har förväntningar på det som är obeständigt och förändras (Hart, 2009; Groves & Farmer, 1994).

Det finns även människor som är ”okunniga”. De är helt enkelt omedvetna om sin omedvetenhet (Kabat-Zinn, 1997). Människan förstår inte vad som orsakar ett lidande och fortsätter att klamra sig fast och förvärpa situationen. Okunnigheten leder till att reaktioner blir automatiska och oflekterade, eftersom hon inte förstår varför hon reagerar. Som tur är kan alla bli fria från lidandet. Friheten sker då okunnigheten försvinner och verkligheten accepteras som den är. Slutligen sker ett fullt uppvaknande genom insikten om alltings förgänglighet, att allting är i ständig förändring (Hart, 2009; Groves & Farmer, 1994). Vägen till frihet fås med hjälp av meditation.

1.2.3 Mindfulness

Meditation har utövats i över 5000 år. Ordet kommer från latinets ”meditatio” och betyder reflektera över och begrunda. Gemensamt för alla former av meditation är att koncentration och uppmärksamhet tränas. Var uppmärksamheten är fäst skiljer sig. Grovt kan meditationsformer delas in i koncentrations- respektive

mindfulnessmeditation. Koncentrativa meditationsformer karaktäriseras av att fokus är ett objekt, exempelvis en bild eller ett mantra. De meditationsformer som faller in i gruppen mindfulnessmeditation kännetecknas av en medvetenhet som är öppen, icke-dömande och oladdad mot känslor och tankar samt upplevelser genom kroppens olika sinnen (Nationalencyklopedin, 2011; Rubia, 2009; Chiesa & Malinowski, 2011).

På svenska kallas mindfulness ”medveten närvaro”. En tidig betydelse av begreppet hittas i gamla buddhistiska skrifter där ordet ”sati” på pali används. ”Sati” betyder ungefär ”att minnas” beskrivs som en närvaro av medvetandet eller en ren medvetenhet. Det är ett medvetandetillstånd fritt från fördomar, försvarsmekanismer och ältande (Chiesa & Malinowski, 2011). Enkelt beskrivet som ”ett tillstånd där vi har vår uppmärksamhet och vårt medvetande i den situation vi befinner oss för ögonblicket” (Nilsson, 2009, sid 40). Mindfulness härstammar från de traditionella meditationsteknikerna och har kommit till väst genom ett flertal behandlingsprogram (Chiesa & Malinowski, 2011).

Vid mindfulnessmeditation iaktas allt som uppstår utan värderingar. Eftersom det inte går att styra omgivningen för att finna balans och harmoni är tanken att frid och harmoni istället uppnås genom att förändra känslomässiga reaktioner gentemot det som uppstår. Oavsett vilka kroppsförnimmelser, känslor eller tankar som uppstår ska förhållningssättet vara accepterande. Chiesa & Malinowski (2011) beskriver mindfulness i olika faser. Först övas ren koncentration och att hålla koncentrationen en längre period för att lugna sinnet. Sedan kommer den introspektiva fasen. Den innebär att vara medveten om det inre, om känslor, tankar och deras innehåll. Samtidigt växer en förståelse för att tankarna och känslorna är temporära fenomen som uppstår och försvinner. Mindfulness utvecklas under meditationens gång och leder till lugn och harmoni (Hart, 2009; Chiesa & Malinowski, 2011). Lugnet kommer av att inte i blindhet reagera på situationer. Att reagera blint är att reagera automatiskt till följd av egna föreställningar, fördomar och känslor. Om det istället finns en förståelse för vad som orsakar lidandet, till exempel stark ilska eller sorg, blir reaktionen inte lika impulsartad och det är lättare att behålla sinnesjämvikt (Hart, 2009; Chiesa & Malinowski, 2011).

När en negativ känsla, även kallad mental orenhet, uppstår i sinnet händer två saker i kroppen. Det ena är att andningsmönstret förändras. Till exempel blir andningen snabbare och hetsigare om någon är arg. Det andra är att det på samma gång som den negativa känslan dyker upp också uppstår en förnimmelse i kroppen. Andningen och kroppsförnimmelserna är två konkreta sätt att identifiera och arbeta med negativa känslor. Med övning kommer förändringar i andningsmönstret och sinnestillstånd upptäckas tidigare än förut. Människans medvetna sinne förfinas hela tiden och lär sig känna mer subtila förnimmelser och förändringar (Föreningen Vipassana Sverige, 2011)

Att observera förnimmelser är att i nuet möta verkligheten i sin kropp precis som den är. Det är mycket lättare att observera en förnimmelse i kroppen än att observera en abstrakt känsla. Känslan blandas lätt ihop med yttre omständigheter som orsakade förnimmelens uppkomst. Genom att gå till kroppen i olika

situationer för att iaktta andning och förnimmelser hjälper att hålla medvetandet i det som är för tillfället. Det gör förnimmelserna svagare och sinnet lugnare, ilska eller oron dämpas istället för att spinna vidare och förvärras. Känslor tar helt enkelt inte överhanden (Föreningen Vipassana Sverige, 2011).

1.2.4 Effekter av Mindfulness

Effekter av mindfulness är fortfarande inte helt kartlagda vetenskapligt. Det har konstaterats är att hjärnan är plastisk, vilket betyder att hjärnans struktur kan förändras. När sinnet förändras, förändras också aktiviteten i hjärnan i de områden som berörs. Tankar och känslor förändrar hjärnan lite i taget, även om de är temporära och flyktiga. Lyckliga människor har till exempel en högre aktivitet i frontalloben. Enkelt uttryckt förändrar meditation hjärnan genom att uppmärksamheten riktas på ett speciellt sätt så att förmågan att känna kärlek och medkänsla för alla, inklusive en själv, övas upp (Nilsson, 2009; Hanson & Medius, 2009).

Det finns en del forskning som visar hur hjärnan förändras vid meditation. Hjärnbarken hos människor med lång erfarenhet av meditation är tjockare i de främre delarna av frontalloben och volymen är större hos områden som förknippas med kontroll och reglering av känslor och handlingar. (Nilsson, 2009). Hos friska individer har liknande förändringar skett efter Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) på åtta veckor (se beskrivning av programmet nedan). Hippocampus, som ansvarar för att reglera känslor, ökade i storlek. Tvärtom har iakttagits att människor med depression istället har en låg aktivitet i samma område. En aktivering av främre delen av hjärnan på vänster sida syntes också efter MBSR. Aktivering i det området associeras med att individer återhämtar sig snabbare från stress och negativ påverkan (Davidson et al, 2003; Hölzel, 2011).

Greeson (2008) menar att forskning tyder på att människor som utan att ha utövat meditation har höga nivåer av mindfulness har också en bättre förmåga att hantera påfrestningar och negativa känslomässiga tillstånd och rätta till dem till fördel för välbefinnandet. Människor som uppmäts ha en högre nivå av mindfulness och använder mindfulness i vardagen känner mer välbefinnande. De är nöjdare med livet och har lägre nivåer av stress, depression och nervositet samtidigt som det istället finns mer positiva känslor som glädje, tacksamhet och hoppfullhet. Hos människor med ohälsa i grunden har liknande effekter uppnåtts i form av minskad psykisk ohälsa som ångest, depression, oro, och ilska, minskat ältande och lägre stressnivåer (Greeson, 2008; Chiesa & Serretti, 2009). Vid sjukdomstillstånd som fibromyalgi, kronisk smärta och reumatisk artrit har mindfulness kunnat ge lindring (Chiesa & Serretti, 2009). Meditation kan ge positiva effekter genom påverkan på autonoma nervsystemet och immunsystemets funktion (Arias, Steinberg, Banga & Trestman, 2006; Davidson et al, (2003).

1.2.5 Vipassana

Vipassana är en gammal meditationsform som har utövats i över 2500 år från det att Siddhartha Gautama, som upplyst kallad Buddha, återupptäckte meditationstekniken. Idag lärs meditationen ut av den indiske Satya Narayan

Goenka tillsammans med många assistentlärare. Det finns 140 center runtom i världen där kostnadsfria kurser hålls med hjälp av ideellt arbete och gåvor. Vipassana är en meditationsteknik där mindfulness tränas. Meditationen går ut på att lära sig konsten att leva, det vill säga att vara lycklig och harmonisk (Föreningen Vipassana Sverige, 2011).

Vipassana lärs ut genom en 10-dagarskurs. Med hjälp av tusentals meditatörers erfarenhet har särskilda föreskrifter tagit fram för att ge en gynnsam miljö för meditation. Under kursens gång råder ädel tystnad, elever kan inte kommunicera med varandra. De är utan kontakt med omvärlden och avstår från att läsa, skriva, ägna sig åt andliga och religiösa handlingar. Föreskrifterna innefattar även att inte döda, inte ljuga, inte stjäla samt avstå från berusningsmedel och sexuell aktivitet. Ett strikt schema följs, se Bilaga 1 (Föreningen Vipassana Sverige, 2011; Hart, 2009)

Rent praktiskt går Vipassana-meditationen under en kurs till så att de första dagarna ägnas åt att öva förmågan till koncentration och uppmärksamhet genom iakttagelse av andningen på en specifik plats, ett område vid näsan. Från dag fyra börjar praktiserandet av Vipassana som innebär att observera de kroppsliga förnimmelser som uppstår från ögonblick till ögonblick. Uppmärksamheten rörs från huvud till fötter och tillbaka, efter tiden med mer och mer svepande rörelser. Förnimmelser, tankar och känslor iaktas objektivt utan värderingar och utan att känslomässigt reagera på det som upplevs (Hart, 2009; Föreningen Vipassana Sverige, 2011)

1.2.6 Mindfulnessbaserade behandlingsprogram

Mindfulnessbaserade behandlingsprogram benämns ofta *Mindfulnessbaserade interventioner*. Intervention är inom det medicinska området ett begrepp som innefattar åtgärder som är behandlande eller förebyggande (Nationalencyklopedin, 2012). Behandlingsprogrammen är mer kliniskt inriktade och syftar främst till att behandla oönskade symptom och något mindre till att förstå orsaken bakom själva lidandet. Behandlingen kan till exempel fokusera på symptom som uppstått till följd av fysiska och psykiska sjukdomar genom att bli av med negativa tankar och känslor som det oönskade symptomet för med sig. Avslappning, lugn och välbefinnande kan vara det mål som behandlingsprogrammen vill uppnå, detta jämfört med mer traditionella former som har insikt och upplysning som mål (Chiesa & Malinowski, 2011).

Det första mindfulnessbaserade programmet, *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*, togs fram 1979 av Jon Kabat-Zinn i USA och har tydlig grund i buddhistisk filosofi. Enligt Kabat Zinn är MBSR till stor del baserat på Vipassana, men innehåller inga buddhistiska fraser som för endel kan vara svåra att ta till sig (Chiesa & Malinowski, 2011). Programmet sträcker sig över åtta veckor där deltagarna ses en gång i veckan under cirka två timmar. Sex dagar i veckan tränas mindfulness 45 minuter på egen hand.

Varje pass består av tre element: kroppsscanning på engelska ”body scan”, sittande meditation och enkla hatha yoga-övningar. Vid kroppsscanningarna rörs

uppmärksamheten från huvudet till fötterna en kroppsdel i taget. De kroppsfrömmelser som iakttas utan värderingar. Emellanåt går fokus åter till andningen. Under meditationen iakttas andningen på valfritt ställe, antingen hur magen rör sig in och ut eller hur luften som passerar näsborrarna känns. Då tankar distraherar uppmärksamheten tränar individen på att observera dem utan att döma och börja om med att iakttä andningen. Inslaget av hatha yoga innehåller andnings- och stretchövningar för styrka och avslappning i muskulatur (Chiesa & Malinowski, 2011).

Med MBSR som mall har program tagits fram för att förebygga återfall i missbruk. De innehåller förutom mindfulnesssträning och enkla yogaövningar också inslag av kognitiv beteendeterapi. Programmen syftar till att behandla svårigheter förknippade med missbruk, exempelvis faktorer som triggar återfall, stress och bortträngning av tankar (Garland, Gaylord, Boettiger & Howard, 2010; Amaro & Vallejo, 2008), och hjälpa patienten utveckla och behålla en ny livsstil efter grundläggande behandling (Addictive Behaviors Research Center, 2011). De olika programmen kallas i uppsatsen Mindfulnessbaserad återfallsprevention.

1.2.7 Beroende och missbruk

Med droger avses här alkohol och narkotiska preparat som används i ett icke medicinskt syfte. Narkotika indelas i 5 grupper: cannabis (t.ex. marijuana), centralstimulerande (t.ex. kokain, amfetamin), opiater och opioider (t.ex. morfin), hallucinogener (t.ex. LSD) samt lugnande och sömnmedel (t.ex. bensodiazepiner) (Socialstyrelsen 2007).

Missbruk innebär att personen hamnar i ogynnsamma situationer, till exempel ekonomiskt, lagligt eller socialt, på grund av drogen. Missbruk kan brytas ifall personen vill. Beroende finns då personen inte enbart viljemässigt kan avbryta eller styra drogintaget. Abstinens uppstår då intag av droger upphör (Praktisk medicin, 2012).

Droger och alkohol ger i varierande grad upphov till beroende då den beroendeframkallande potentialen skiljer sig. Droger är olika vad det gäller hur kraftigt beroendet är och hur lång tid det tar att utveckla beroende. Droger kan vara både fysiskt och psykiskt beroendeframkallande. Vid ett fysiskt beroende uppstår en kroppslig abstinens då individen upphör att ta drogen. Abstinens är plågsamt och ibland farligt. Det fysiska beroendet uppstår inte vid missbruk av hallucinogener och cannabis (SBU, 2001; Ottosson & Ottosson, 2007). Psykiskt beroende uppstår däremot till följd av alla droger som tas regelbundet. Det är ett inlärt beroende och handlar som en längtan efter eufori, avslappning eller att bli fri från ångest.

I Sverige bedöms cirka 16 procent av befolkningen ha problem med droger och alkohol. Ett av de största folkhälsoproblemen är missbruk och beroende av alkohol. Narkotikamissbruk är inte lika vanligt. Bland narkotika är den vanligaste drogen som används cannabis följt av amfetamin. Relativt vanligt är även kokain och heroin. Heroin brukas mest av tyngre missbrukare. Missbruk av narkotika ökar främst bland unga (SBU, 2001; CAN, 2010).

1.2.7.1 Konsekvenser

Alkoholism ger upphov till ett flertal sociala konsekvenser i form av ökade ekonomiska problem, familjeproblem och ökad kriminalitet i form av rattfylla, snatteri, förskingring och våldsproblematik. Vid våldsbrott är 70-80 procent av gärningspersonerna och 40-50 procent av offren påverkade av alkohol. Vid våld med dödlig utgång i Sverige är det till största delen missbrukare och/eller psykiskt sjuka som är offer och utövare. Då gärningspersonen är alkoholmissbrukare eller alkoholpåverkade är utövaren nästa lika ofta en kvinna som en man. De män som är offer är i större utstäckning påverkade av alkohol eller alkoholmissbrukare. Hälften av gärningspersonerna och 40 procent av offren definieras som missbrukare av alkohol (Ottosson & Ottosson, 2007; BRÅ, 2007). Det egna missbrukets skadlighet sträcker sig utanför individen till att beröra andra människor. Även narkotika för med sig sociala konsekvenser.

Förutom påverkan på individnivå för alkoholmissbruk med sig stora konsekvenser för samhället. Flera länder har uppskattat kostnaden för samhället och där ligger alkoholens totala kostnad på ett värde av 2-8 procent av BNP, vilket i Sverige skulle vara någonstans mellan 30 och 120 miljarder per år (SBU, 2001; CAN, 2010). Inom sjukvården kräver alkoholrelaterade skador stora resurser. Alkohol verkar toxiskt på flera organ, däribland lever, pankreas (bukspottkörtel) samt hjärta och kärl. Hjärna och nervsystem skadas vid långvarigt missbruk som kan orsaka bland annat demens och psykosjukdom (SBU, 2001; CAN, 2010). Även narkotika kan ge permanenta skador på kognitiva funktioner. Missbruk innebär en högre risk för dödsfall särskilt vid missbruk av centralstimulantia och opiater. Preparat som distribueras intravenöst ökar risk för överdosering och blodsmitta som HIV-, hepatit B- och hepatit C-smitta genom kontaminerade nålar (Ottosson & Ottosson, 2007; Knudsen, 2012).

Vid missbruk är samsjuklighet i form av psykiska sjukdomar vanligt. Det är antingen en konsekvens av missbruk och beroende, men kan också finnas redan före missbruket. Vanlig psykiatrisk samsjuklighet är ångest, depression, tvångstankar och fobier. Bland fobier är social fobi och agorafobi, eller torgskräck, vanligast. Dessa problem räknas en tredjedel av de som söker vård drog- och alkoholproblem lida av. Även personlighetsstörningar relativt vanliga och ses hos 40 procent av patienter med alkoholmissbruk samt hos 70 procent av de med narkotikamissbruk. Det räknas med att ungefär 50 procent av människor med svårare psykiska sjukdomar som bipolär sjukdom och schizofreni lider av samtidigt missbruk. Beroende ökar risken för individen att skada sig själv genom självmordsförsök och självmord. Det ses särskilt i kombinationen alkohol och depression (Socialstyrelsen, 2007; SOU, 2011).

Då missbruk och psykisk sjukdom finns samtidigt kan det innebära att missbruket förvärrar sjukdomen. Det blir svårare att behandla patienten och hitta en lämplig behandlingsmetod. Dubbla diagnoser påträffas ofta inom psykiatri och beroendevård, men även i den övriga hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2007).

1.2.8 Riktlinjer för vård vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen har en nationell sammanfattning av riktlinjer för vård av missbruk och beroende. Områden som berör missbruk och beroende är medicinska, psykologiska och sociala och går under två lagar, Hälso- och Sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen. Vården ges hos socialtjänst i kommunerna och beroendevård i landstinget men ett flertal instanser gör insatser, bland annat privata verksamheter, frivilligorganisationer, frivården och kriminalvården. Inom kriminalvården ses årligen 10 000 personer med missbruks- och beroendeproblematik (Socialstyrelsen, 2007).

I de fall där patienten inte vill medverka till vård kan tvångsvård enligt Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM, SFS 1988:870) tillämpas. Det gör då vård behövs för att missbruket ska upphöra samtidigt som personen riskerar att skada sin fysiska eller psykiska hälsa allvarligt, förstöra sitt liv eller allvarligt skada sig själv eller andra. Vid samtidigt allvarlig psykisk störning finns och patienten bedöms vara i behov av psykiatrisk vård finns Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128).

När det gäller meditation finns regler för komplementära och alternativa metoder (KAM) att ta i beaktande. Samlingsnamnet KAM innefattar förutom meditation många olika behandlingsmetoder, bland annat kiropraktik, massage, akupunktur, olika naturläkemedel, ljusterapi och yoga. Vissa metoder är väl utforskade och integrerade i hälso- och sjukvården, andra inte (Bjerneroth Lindström , 2010). KAM regleras genom att personal utan legitimation inom hälso- och sjukvården inte får behandla till exempel diabetes, epilepsi, cancersjukdomar, gravida, barn under åtta år och de sjukdomar som är amnälningsskyddslagen enligt smittskyddslagen (Patientsäkerhetslagen; 2010:659).

Bjerneroth Lindström (2010) påpekar att det är viktigt att en terapeut som behandlar med KAM har goda kunskaper i fysiologi och patofysiologi. Om en terapeut är utan tillräckliga kunskaper finns en risk att allvarliga mediciska problem inte identifieras. Då en metod inte är lämplig för sjukdomstillståndet bör terapeuten hänvisa till en annan KAM-metod eller till hälso- och sjukvården. Ansvaret tycks ligga hos patienten att undersöka att terapeuten är väl utbildad.

Då det gäller hälso- och sjukvårdspersonal finns enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) en skyldighet att ge patienten möjlighet att välja när det finns fler alternativ till behandling. Behandlingsalternativen ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet. Alltså bör hälso- och sjukvårdspersonal rekommendera de också de KAM-alternativ som har grund i vetenskap och beprövad erfarenhet så patienten vet om alla möjligheter till behandling. Detta kräver dock att sjuksköterska eller annan personal är väl insatt i metoden som rekommenderas.

1.2.9 Kognitiv teori och behandling

Behandling som bedrivs inom hälso- och sjukvården är läkemedelsbehandling av abstinens, det vill säga avgiftning genom nedtrappning, gärna i kombination med

motiverande samtal och psykosociala behandlingsformer. Psykosocial behandling innefattar metoder för att stödja, motivera till förändring, förändra bakomliggande faktorer, stödja anhöriga och ändra beteende (Socialstyrelsen, 2007).

För att förändra beteendet används kognitiva metoder och tolvstegsbehandling (Socialstyrelsen, 2007). Kognitiva teorier utgår ifrån att känslomässiga och beteendemässiga reaktioner har betydelse för hur en individ uppfattar en situation. Tankar, fantasier, minnen och de processer som påverkar tankarna är det begreppet kognition står för. (Gyllenhammar, 2007). Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi (KBT) är lämpliga vid psykiatriska syndrom och personlighetsstörning, men även vid missbruk med eller utan annan psykisk sjukdom. Metoderna har stöd i forskning och har visat god effekt (Gyllenhammar, 2007). Tolvstegsbehandling bygger på modellen för Anonyma Alkoholister, AA. Terapigrupperna följer självhjälpsbehandlingen genom tolv steg. AA har fått kritik för att inte ha så goda effekter som tidigare framförts (Tournier, 1979; Kownacki & Shadish, 1999).

Som exempel på behandlingsplan med kognitiv teori kan tre sätt att hantera begär eller sug nämnas. Först görs observation och kartläggning av det som orsakar att begär uppstår, detta för att få förståelse för problemet. Begär efter droger uppstår till följd av en yttre eller inre omständighet som patienten inte alltid själv är medveten om. Vanligt är att ilska, trötthet, ensamhet eller hunger utlöser begär. De känslor som uppstår i situationen ses som en indikation till att ta droger. Begäret upplevs som en kroppslig förnimmelse eller påträngande tankar om droger. Det andra är avleda uppmärksamheten från begäret genom att göra något annat. Det kan vara att ta en promenad, borsta tänderna eller äta något. Det tredje, ”sugsurfing”, är enligt Gyllenhammar (2007) det svåraste. Begäret följer i teorin en kurva som går uppåt och når klimax för att sedan avta. Patienten har en föreställning om att linjen av begär blir värre och värre och aldrig vänder. Genom att veta det kan patienten ”surfa” på sitt begär och vara medvetet närvarande ända tills det avtar. Det är ett mindfulness-liknande förhållningssätt att istället för att kämpa emot upplevelsen bör patienten med acceptans iaktta upplevelsen. Acceptans gör att obehaget går över fortare (Gyllenhammar, 2007).

1.2.10 Begrepp med betydelse för missbruk och beroende

Tankar kan vara besvärande då en patient ska bli fri från beroende och missbruk. Tankar på att dricka och tankar på alkohol ger ofta patienter känslor av skuld och skam, samt orsakar oro. *Tankeförträngning*, att helt enkelt tränga bort tankarna, är då ett angreppssätt som kan vara lockande att använda eftersom tankarna är påfrestande. Att tränga bort tankar har dock visat sig ha direkt omvänd effekt. Det kan göra personen mer besatt av och oftare utsatt för de oönskade tankarna. Strategier för att hantera situationen kan istället vara att normalisera tankarna. Det är inte konstigt att ett problem som är så aktuellt upptar tankarna. En annan strategi är att lära patienten skilja på tanke och handling. Det är handlingen som räknas och då gör det ingenting ifall tankarna rör sig runt att vilja dricka alkohol. Patienten kan öva på att acceptera att tankarna kommer och går (Gyllenhammar, 2007; Wegner, Schneider & White, 1987).

Ett begrepp med betydelse för tillfrisknandet från missbruk och beroende är *locus of control*, som på svenska kallas kontroll-lokus eller kontrollfokus. Att ha yttre lokus innebär att se sig som ett offer för ödet och hjälplös inför situationer, medan inre lokus gör att en individ ser sig själv ansvara för händelser i livet, ser sig som herre över situationen och kan ta mer ansvar över sitt beteende. Människor med inre lokus klarar sig bättre från återfall (Gyllenhammar, 2007; Egidius, 2006).

Self-efficacy kan översättas med att tro på sin egen förmåga, självkraft eller självtillit. Det är de förväntningar individen har på att klara av en situation. *Self-efficacy* är viktigt vid tillfrisknande från missbruk och beroende, då det främjar förändringar som behövs för att vållas fri från droger. Tron på den egna förmågan gäller inte generellt utan för ett särskilt beteende och situation. Självtillit beror på flera faktorer. Egna erfarenheter av att lyckas eller misslyckas anses ha störst betydelse för tilliten. Även att se andra människor misslyckas eller lyckas kan ha betydelse för vad individen själv tror sig klara av. Ökad självtillit får individen oftast genom att själv ansträngt sig vid en handling och klarat den bra. Däremot kan ett dåligt självförtroendet stå i vägen, individer med sänkt självförtroende kan ha svårt att se att de lyckats med en handling (Gyllenhammar, 2002; Fossum, 2007). *Self-efficacy* har likheter med kontroll-lokus. Båda handlar om uppfattningar av sig själv och sina förmågor.

I hög grad kan enligt Fossum (2007) tron på den egna förmågan förutsäga om en person kommer att lyckas eller inte. Med en hos individen stark tro att förändring kan ske har beteenden som till exempel rökning och alkoholkonsumtion har förändringen lyckats bättre än för patienter med låg självtillit. Självtilliten går att öva upp och beteende förändras i små steg.

1.2.11 Problemformulering

Eftersom missbruk och beroende är ett fortsatt problem för människors hälsa och välbefinnande finns ett behov av att utforska fler metoder för behandling. Missbrukare hör till de mest utsatta i samhället och riskerar att skada både sig själv och andra. Den litteraturbaserade uppsatsen kommer undersöka Vipassana och mindfulnessbaserade behandlingsprogram och hur de kan användas av de som lider av missbruk och beroende.

2 SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka mindfulness som behandlingsmetod vid drogmissbruk och beroende.

- Ändras förhållningssättet till känslor och upplevelser hos människor med missbruk och beroende som praktiserat mindfulness?
- Finns det något särskilt att ta i beaktande då meditation används av missbrukande?
- Vilka effekter ger meditation dessa patienter?

3 METOD

3.1 LITTERATURSÖKNING

I en litteraturbaserad uppsats vill författaren kartlägga vad som är publicerat inom forskningsområdet för att till exempel förbereda för en empirisk studie (Friberg, 2006). Vid artikelsökningen användes PubMed, Cinahl, Scopus och PsycINFO. Sökord som användes var först öppna och övergripande som ”mindfulness AND addiction” och sedan mer specifika, exempelvis genom sökning efter preventionsprogrammet ”mindfulness-based relapse prevention”. Första sökningen gav många och irrelevanta träffar. De snävare sökningarna gav mycket få träffar. Se Bilaga 2 för översikt av sökning med använda sökord samt Bilaga 3 för artikelöversikt. Abstrakt lästes igenom för att få en uppfattning om artikeln och om den behandlade rätt ämne.

Efter att ha sökt i databaser samt manuellt i referenslistor, sågs att ämnesområdet var smalt och att det fanns begränsat med publicerade artiklar. Detta kom att påverka urvalet. Det faktum att området inte är väl utforskat gjorde att alla artiklar som var relevanta för ämnet inkluderades och pilotstudier accepterades. Artiklarna är relativt nya, den äldsta från 2004, tre från 2009 samt 2010 och en från december 2011. Alla artiklars referenslistor genomsöktes manuellt för att hitta andra studier som passade syftet, men detta gav inga fler artiklar.

Inklusionskriterier:

- språket är svenska eller engelska.
- artikeln är peer reviewed.
- populationen som undersöktes var diagnosticerad med missbruk och/eller beroende.
- populationen vårdas inom öppen- eller slutenvård (frivård och fängelse inkluderades).
- deltagarna i studien måste ha tränat mindfulness under några veckor. De studier där deltagarna endast ägnar sig åt kort mindfulnesssträning vid ett tillfälle exkluderas.

3.2 ANALYS

Som grund för analysen har Fribergs (2006) bok använts. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger. Vid granskningen undersöktes om syftet var klart beskrivet och hur området problematiserats. Studiens urval, utförande och kvalitet granskades också, samt hur författarna i diskussionen tolkat resultatet. Sedan togs innehåll vars innebörd svarade mot litteraturstudien syfte ut och märktes med understrykningar. Det hittades i artiklarnas resultat samt i författarnas tolkning av resultatet. Efter ännu en läsning gjordes en artikelöversikt av alla artiklar (Bilaga 3). Meningar som tidigare strukits under plockades ut ur samtliga artiklar och sorterades in i kategorier utifrån de likheter och skillnader som fanns. Detta gjordes genom att kategorierna gavs olika färger. Dessa sattes sedan ihop till en mer sammanhängande text (Friberg, 2006). Totalt framträdde fyra kategorier. Vid sammanställningen av resultatet gjordes en återblick på källorna där meningar

hämtats från för att minska risk för feltolkning. Efter texten skrivits gjordes återigen en kontroll av tolkat material.

4 RESULTAT

Resultatet är indelat i fyra kategorier. ”Förändring av psykisk hälsa” tar upp hur reaktioner på stress och psykiatriska symptom påverkats av mindfulness. ”Förändring i droganvändning” tar upp återfall i droger efter praktiserad mindfulness. ”Förändring av förhållningssätt” tar upp det kognitiva begreppet *tankeförträngning* och kontroll av känslor, handlingar och begär. ”Upplevelser av meditation” visar svårigheter vid meditation samt respons från deltagare.

4.1 FÖRÄNDRING AV PSYKISK HÄLSA

Mindfulnessbaserad återfallsprevention gjorde att patienterna inte reagerade lika starkt på provocerad stress. De engagerade sig inte lika mycket känslomässigt då det gällde oro, ilska, rädsla och sorgsenhet efter att stressfyllda historier med personlig anknytning berättades. Signifikans hittades även när förändringen av hjärtfrekvens mättes under stress. Den maximala hjärtfrekvensen ökade inte under stressprovokation för patienter som gått det mindfulnessbaserade programmet, medan den ökade hos de som gick KBT. Mindfulness minskade också subjektivt upplevd stress (Garland, Gaylord, Boettiger & Howard, 2010).

Garland et al (2010) fann att patienter med högst stressnivåer vid början av programmet mindfulnessbaserad återfallsprevention skulle kunna vara en patientgrupp som drar stor nytta av meditation. De hade på den största förbättringen då det gällde att hämma att svara på stress med begär till alkohol (Garland et al., 2010). Patienter som gått i KBT hade ett starkare samband mellan stress och begär än de som mediterat. Hos de som utövat mindfulness innebar de psykologiska svaren på stress inte i lika hög grad att patienterna fick begär efter alkohol (Brewer et al., 2009)

Resultat tyder på att mindfulness minskar psykiatriska symptom (Alterman, Koppenhaver, Mulholland, Ladden & Baime, 2004 [ej signifikant]; Garland et al., 2010; Bowen et al., 2006). Vipassanameditation hjälpte intagna vid ett fängelse i USA att minska psykiatriska symptom direkt efter kursen och vid uppföljning efter frigivning (Bowen et al., 2006). För att få en uppfattning om vilka psykiatriska symptom det handlar om kan nämnas att Garland et al. (2010) och Bowen et al. (2006) använde mätinstrumentet Brief Symptom Inventory, BSI, för att mäta symptomen. BSI mäter ångest, fobisk ångest, fientlighet, somatisering, tvångssyndrom, depression, social känslighet, psykotiska och paranioda drag (Derogatis, 1975). Lägre grad av depressionssymptom mättes hos män i ett fängelse i Taiwan då mindfulnessbaserad återfallsprevention jämfördes med en grupp som enbart erhöll undervisning om drogmissbruk. Skillnaden var inte signifikant (Lee, Bowen & An-Fu, 2011).

Enligt Simpson et al. (2007) kunde människor med missbruk och beroende som samtidigt led av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) praktisera Vipassana utan att detta påverkade utfallet negativt. Individer med symptom av posttraumatisk

stress fick lika goda resultat som de utan symptom. Närvaro av PTSD-symptom påverkade inte heller val av grupp som gjordes, det vill säga ifall Vipassanameditation eller standard behandling valdes. Författarna drar därför slutsatsen att det är troligt att meditation som behandling passar patienter som har den här typen av dubbel diagnos (Simpson et al., 2007).

4.2 FÖRÄNDRING I DROGANVÄNDNING

Flera studier visade att ett utövande av mindfulness leder till minskat användande av droger efter avslutad kurs eller behandling (Bowen et al., 2006; Brewer et al., 2009; Bowen et al., 2009). I fängelsemiljö (USA) fann Bowen et al. (2006) att missbrukare som deltagit i en 10 dagars Vipassanakurs vid en uppföljning tre månader senare minskat användandet av droger signifikant i förhållande till standardbehandling. Uppföljningen ägde rum efter frigivning då risken för återfall ökar. De droger som minskade signifikant i användning var marijuana, rökkokain/crack och alkohol, men inte tobakskonsumtion. Resultat i minskad droganvändning sågs även hos människor med PTSD som utövat Vipassana (Simpson et al., 2007).

Även mindfulnessbaserad återfallsprevention har visat minskad drogkonsumtion hos patienter efter behandlingsprogrammet (Brewer et al., 2009; Bowen et al., 2009; Witkiewitz & Bowen, 2010). I jämförelse med tolvstegsprogram minskade de patienter som gått mindfulnessbaserad återfallsprevention användningen av alkohol och/eller droger signifikant. Patienterna var inom både slut- och öppenvården (Bowen et al., 2009). Witkiewitz & Bowen (2010) fann att patienter med mest depressionssymptom minskade både begär efter droger och antal dagar av missbruk signifikant (Witkiewitz & Bowen, 2010). I jämförelse med K BT som är en accepterad behandlingsmetod gav mindfulnessbaserad återfallsprevention lika goda resultat i minskad användning av droger. Det framgick ej hur stor minskningen var (Brewer et al., 2009)

Förutom att minska drog och alkoholanvändning minskade Vipassanameditation och mindfulnessbaserad återfallsprevention också problem och negativa konsekvenser relaterade till alkohol och droger (Alterman et al., 2004; Bowen et al., 2006)

4.3 FÖRÄNDRING AV FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Witkiewitz & Bowen (2010) beskriver att mindfulnessbaserad återfallsprevention förändrade sambandet mellan begär efter droger och depression. Av studiens deltagare gick en grupp mindfulnessbaserad återfallsprevention medan den andra gruppen fortsatte med behandling enligt ett tolvstegsprogram. Kontrollgruppen visade ett starkt samband mellan depression och upplevelse av begär. Symptom på depression utlöste ett begär efter droger hos patienterna. Detta samband sågs inte hos mindfulnessgruppen. Begär efter droger och samtidig depression var en faktor som ledde till ökad risk för droganvändning (Witkiewitz & Bowen, 2010)

En annan studie visar hur patienter i mindfulnessbaserad återfallsprevention minskade begär efter alkohol och droger mer än kontrollgruppen, samtidigt som

acceptansen ökade signifikant mer hos mindfulnessgruppen (Bowen et al., 2009). Effekt på begär sågs inte efter mindfulnessbaserad återfallsprevention i Garland et al. (2010) studie.

Nedan följer ett citat som visar hur en patient som gått mindfulnessbaserad återfallsprevention förändrat sitt sätt att förhålla sig till tankar och känslor och förändrat ett beteendemönster. Just det här programmet gick endast kvinnor och i programmets teori användes en *triangel of awareness* för att tydliggöra för kursdeltagarna de tre delarna tanke, kroppsörnimmelse och känsla. Det blev ett konkret verktyg att använda när patienterna övade på att skilja dem från varandra. (Vallejo & Amaro 2009)

”Last week on Tuesday I heard my best friend had died. By Friday I was so depressed! All I wanted was to go to bed, cover my head with a blanket, and disappear from the world. I walked to my bed, got inside the blankets, and then remembered that you said that thoughts are just like clouds, that they come and go, and that I could just watch them and say ”next.” You said that I did not have to behave the way I was thinking. So I got out of bed and the whole weekend I kept saying ”next” when a thought of going to bed or leaving the program was there. This is new. For years I have been going to bed and staying in bed for days when I feel horrible” (s. 201, Vallejo & Amaro, 2009)

Meditationen förbättrade individers kontroll av känslor och beteende. Vipassanadeltagare fick mer inre kontroll-lokus. De blev också mer optimistiska. (Bowen et al., 2006). Patienter som gick både Goal Management Treatment (GMT, ett program avsett att träna förmåga till beslutsfattande och innehåller i sig element av mindfulness) och mindfulness enligt Kabat-Zinn samtidigt ökade sin förmåga att fatta beslut och fick en uppmärksamhet som var mer selektiv (Alfonso, Caracuel, Delegado-Pastor & Verdejo-Gacia, 2011).

Acceptansen ökade signifikant hos patienter som mediterat (Bowen et al., 2009). Mindfulnessbaserad återfallsprevention resulterade i att alkoholberoende individer efter 10 veckors behandling i mindre utsträckning ägnade sig åt försök att tränga bort oönskade tankar (Garland et al., 2010). Detta är ett tyder på att patienterna istället accepterade att tankarna fanns och lät dem vara. Samma fynd ses hos Vipassana-meditatörer i fängelsemiljö som led av posttraumatiskt stressyndrom (Bowen, Witkiewitz, Dillworth & Marlatt, 2007). Trots acceptansen av oönskade tankar bidrog inte Vipassanameditation till att frekvensen av påträngande tankar minskade (Bowen et al. 2007). Det fanns alltså ingen minskning i antal oönskade tankar, men meditationen gjorde att deltagarna accepterade att tankarna fanns där. Att patienter slutade att tränga bort tankar innebar en ökad förmåga att kontrollera alkoholbegär (Bowen et al. 2007; Garland et al., 2010).

Tre artiklar undersökte mindfulness hos deltagarna efter interventionen med hjälp av ett självskattningsformulär (Bowen et al., 2009; Brewer et al., 2009; Garland et al., 2010). Mindfulnessbaserad återfallsprevention gjorde att patienterna agerade mer med medvetenhet/awareness (Bowen et al., 2009). Brewer et al. (2009) fann att mindfulness ökade hos både de patienter som gått mindfulnessbaserad

återfallsprevention och de som gått KBT, även om meditationsgruppen hade en något större (inte signifikant) ökning av mindfulness. Däremot sågs ingen ökad mindfulness i Garland et al. (2010) studie efter mindfulnessbaserad återfallsprevention.

4.4 UPPLEVELSER AV MEDITATIONSPROGRAMMEN

Det framkom lite information om svårigheter mindfulnessprogram kunde ge upphov till. Problem uppstod då patienterna var i väldigt tidigt skede i behandling av missbruk och beroende. MBSR gjorde patienterna frustrerade, frustrationen ökade under den gemensamma klassens gång. Patienterna uttryckte en avsky för att närvara vid meditationstillfällena. Därför var närvaron inte heller god. Mindfulnessövningar ska under MBSR göras på egen hand under 45 minuter dagligen. De relativt långa passen gjorde att ingen av patienterna övade mindfulness dagligen på egen hand (Vallejo & Armaro, 2009).

Under MBSR triggade fokus på den egna kroppen igång ångest, oro och ilska hos deltagarna som var i tidigt skede av behandling. Under meditationstillfällena undvek nästan alla patienter medvetet att fokusera på andningen. Observationen av andningen kunde ge vissa kvinnor som varit med om traumatiska upplevelser flashbacks och kvävningsskänslor (Vallejo & Armaro, 2009)

Tidigt i behandlingen var yoga det moment som bäst accepterades. Kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp kunde få symptom av gungande rörelser med bäckenet (Vallejo & Armaro, 2009).

Vallejo & Armaro (2009) utformade mindfulnessbaserad återfallsprevention för kvinnliga patienter att använda väldigt tidigt skede i behandling av missbruk och beroende. För det krävdes många förändringar från MBSR, som var utgångspunkten. Mer rörelse sattes in i programmet, och kortare tider av stillasittande. Stillasittande moment avbröts med yoga. Yoga användes vid behov då patienterna verkade distraherade eller rastlösa. Den dagliga meditationen på egen hand bestod i en 2 minuters kroppsscanning (Vallejo & Armaro, 2009). Förändringarna gjorde att mindfulnessprogrammet också tidigt i behandlingen accepterades och inte fick patienterna att bli frustrerade.

Reaktioner på olika mindfulnessbaserade program specifikt för att förebygga återfall var god. Programmen såg olika ut och användes i olika tidpunkter i tillfrisknandet. Mindfulness accepterades också precis i början av behandling av missbruk och beroende med ett program som hade anpassats för patienterna med till exempel kortare perioder av stillasittande. Deltagare önskade gå kursen igen och att andra skulle få samma chans (Vallejo & Armaro, 2009). Patienter ansåg att mindfulnessbaserad återfallsprevention hade varit värdefull att ha deltagit vid och relativt många, 50 procent, av patienterna mediterade vid ännu vid uppföljning 4-5 månader (Bowen et al., 2009; Alterman et al., 2004). Patienter som gått mindfulnessbaserad återfallsprevention var lika nöjda med behandlingen som patienter i KBT, som kan vara standardbehandling vid missbruk och beroende (Brewer et al., 2009). Det rapporterades inga biverkningar eller negativa effekter av varken kursdeltagare eller kursledare (Bowen et al., 2009).

5 DISKUSSION

5.1 METODDISKUSSION

Området mindfulnessmeditation som metod för behandling av missbruk och beroende är tämligen outforskat och detta har lett till att materialet i uppsatsen har begränsningar. Materialet består av en kvalitativ artikel (Vallejo & Amaro, 2009) och tio kvantitativa artiklar. Två artiklar (Simpson et al., 2007; Bowen et al., 2007) var sekundära analyser på material av Bowen et al. (2006). Nio av artiklarna är gjorda i USA, en i Taiwan och en i Spanien. Det faktum att det är främst amerikaner som deltagit i studierna gör att resultatet begränsas i att tillämpas för andra populationer. Artikelförfattare återkommer i flera artiklar och detta kan vara en svaghet för litteraturstudiens trovärdighet. Fem artiklar var randomiserade (Brewer et al., 2009; Lee et al., 2011; Garland et al., 2010; Bowen et al., 2009; Alterman et al., 2004) vilket höjer studiernas beviskraft (Frieberg, 2006). Vissa kvantitativa studier var gjorda på ett litet antal studiedeltagare (Brewer et al., 2009; Lee et al., 2011) eller måttligt antal deltagare (Alfonso et al., 2010; Alterman et al., 2004; Garland et al., 2010).

I artikelmaterialet är sex pilotstudier inkluderade efter ett noggrant övervägande under urvalet av artiklar. Pilotstudierna hade ett tydligare fokus på mindfulness och stämde bättre med litteraturstudiens syfte och valdes därför framför större studier där mindfulness inte specifikt undersöktes. Pilotstudier som undersökte populationer utanför USA (Lee et al., 2011; Alfonso et al., 2011) prioriterades för att få en population med ökad diversitet. En artikel (Vallejo & Armano, 2009) inkluderades med anledning av att deltagarnas upplevelseperspektiv visades. Enbart artiklar som var tillgängliga kostnadsfritt för studenter via Göteborgs Universitet användes, vilket gjorde att en artikel som passade studiens syfte valdes bort (Zgierska et al., 2008). Utifrån vad som lästes i abstraktet skulle studien troligtvis gett stöd åt resultatet som nu finns i litteraturstudien.

I resultatet har både statistiskt signifikanta och ickesignifikanta resultat av kvantitativa studier tagits med. I de fall där signifikans **inte** förekommer står det i antingen löpande text eller inom parentes. Om ingen signifikans nämns så är resultatet signifikant. Artiklarna avsåg att signifikans gällde då $p < 0,05$. Sannolikheten att resultatet är en slump är då 1 på 20. I vissa fall angavs även mindre p-värden.

I litteraturstudien undersöks både Vipassanameditation och mindfulnessbaserade behandlingprogram som behandlingsmetod för vi drogmissbruk och beroende. Detta på grund av att det var lättast att få tag på forskning som gjorts på de mindfulnessbaserade behandlingsprogrammen. Från början önskades att undersöka Vipassana. Det är svårt att dra en säker slutsats om att effekter i litteraturstudiens resultat orsakas enbart av mindfulness. I och med att de olika behandlingsprogrammen innehåller inslag av yoga, avslappningsövningar, meditation, kognitiv terapi och social gemenskap är det inte säkert vad som bidragit till effekt. Även Chiesa och Serretti (2009) ställer sig frågande till

huruvida det går att veta vad som är den ”aktiva substansen” i exempelvis MBSR. Brewer et al. (2009) hade av den orsaken exkluderat yoga ur mindfulnessprogrammet. Ett exempel där det är svårt att säga om effekterna kom från mindfulness då mindfulnessbaserad återfallsprevention (Garland et al., 2010) gav minskad upplevd stress och minskad tankeförträngning, men inte kunde mäta en ökad mindfulness hos deltagarna. Detta kan även bero andra faktorer, som mätinstrumentets tillförlitlighet. Oavsett hade det varit mer ultimatum att undersöka enskilda interventioner eller en specifik meditationsteknik, som Vipassana.

5.2 RESULTATDISKUSSION

5.2.1 Förändring i attityder

Litteraturstudiens första frågeställning var att undersöka om mindfulness förändrar förhållningssättet till känslor och upplevelser hos människor med missbruk och beroende.

Studier har visat att hjärnan förändras vid meditation och att den förändringen kan ha betydelse för hur sinnet hos en människa är. Det inte är kartlagt hur sinnet och hjärnan samverkar, men det som människan fokuserar sinnet på, eller ger sinnet träning i, utvecklar hjärnans förmåga i det område som berörs (Hanson & Mendius, 2009). Hanson & Mendius (2009) tar som exempel en taxichaufför som tvingas memorera gator. Ett område i hjärnan som ansvarar för visuella-rumsliga minnen växer då i storlek. Sambandet gäller även omvänt. Hur hjärnan förändras har betydelse för hur sinnet är. Vid meditation ökar aktivitet i områden som har samband med kontroll av känslor, handlingar och förmåga att hantera negativ stress. Dessa förändringar har iakttagits efter bara åtta veckors meditationsprogram (Nilsonne, 2009; Davidson et al, 2003; Hölzel et al., 2011). Med tanke på att enbart åtta veckors meditation räcker för att förändringar ska ske är resultatet i litteraturstudien spännande.

Resultatet visade att de patienter som använde ett enligt mindfulness accepterande förhållningssätt gentemot oönskade tankar hade en bättre kontroll över alkoholbegär (Bowen et al., 2007). Patienter blev bättre på att hantera stress (Brewer et al., 2009; Garland et al. 2010) genom att inte reagera känslomässigt på berättelser som kunde väcka obehagliga minnen (Brewer et al., 2009). Det kan innebära att ett annat förhållningssätt till stress och faktorer som orsakar stress finns hos patienten. Problem relaterade till alkohol minskade också efter mindfulnessmeditation (Alterman et al., 2004; Bowen et al., 2006), vilket skulle kunna tyda på att känslor och handlingar är mer under personens kontroll så att besvärliga situationer undviks.

Vipassanadeltagare fick mer kontroll-lokus i förhållande till sitt drickande (Bowen et al., 2006). De upplevde alltså mindre hjälplöshet i relation till alkohol, vilket kan översättas med att ha bättre förmåga till kontroll över handlingar och beteenden. Det kan tänkas att en ökad inre lokus även hänger ihop med en ökad self-efficacy. Då en patient mer känner makt i en situation och någongång lyckas värja sig från sitt begär, kan detta öka tilltron till de egna förmågorna. En förutsättning till att tilltron ska öka till nästa gång situationen uppstår beror också

på om patienten är förmögen att se sig själv lyckas i situationen. Att kunna konstatera en ökad self-efficacy av mindfulness skulle vara av stor betydelse för att befästa mindfulness effektivitet vid missbruk och beroende, då self-efficacy ökar patientens chanser att hålla sig drogfri.

Det är också viktigt med förståelse för varför en reaktion uppstår och vad som orsakar ett problem eller ett visst beteende. Bara det kan göra en situation mer begriplig (Hanson & Mendius, 2009; Hart, 2009). Mindfulness uppmärksamhet och acceptans ska öka förståelsen för sinnets reaktioner och det egna beteendet. Detta gör det lättare att ha kontroll. Mindfulness syftar till att öka acceptansen för allt, för de förnimmelser som uppstår i kroppen och i medvetandet blir en upplevelse av "bra" eller "dåligt" som sedan eftersträvas eller undviks. Att helt enkelt acceptera läget som det är utan att behöva ingripa. (Hart, 2009; Chiesa & Malinowski, 2011). Till exempel vid en situation som ger upphov till stress, ångest eller hungerskänslor ska detta observeras och accepteras som temporära företeelser, istället för att söka ett behagligare tillstånd genom till exempel droger.

Acceptans kan vara en strategi att hantera oönskade tankar som dyker upp. Acceptansen ska göra de oönskade tankarna mindre intensiva, medan det motsatta, att tränga bort dem, förvärrar situationen (Gyllenhammar, 2007; Wegner, Schneider & White). Patienter med missbruk och samtidigt posttraumatiskt stressyndrom och patienter med alkoholberoende försökte inte förtrycka och kontrollera oönskade tankar i lika hög grad (Bowen et al., 2007; Garland et al., 2010), vilket är ett intressant resultat då människor med missbruk och beroende ofta lider av tvångstankar, samtidigt som tankar på att ta droger ger upphov till lidande i form av skuld- och skamkänslor (Socialstyrelsen, 2007; Gyllenhammar, 2007). Att frekvensen av påträngande tankar inte minskade (Bowen et al., 2007) kan vara av mindre betydelse. Författarna Bowen et al. (2007) diskuterar detta och menar att det som är av betydelse är att inte reagera med negativa känslor på tankarna, vilket låter rimligt. Lidandet blir mindre om känslor av skuld, irritation och frustration inte är med i bilden.

5.2.2 Patientsäkerhet

Den andra frågeställningen tar hänsyn till patientsäkerheten. Vad ska tas i beaktande då meditation används av människor med missbruk och beroende?

På den svenska hemsidan för Vipassana (Föreningen Vipassana Sverige, 2011) framhävs att Vipassana säkerligen gynnar de flesta människor men inte är en ersättning för medicinsk och psykiatrisk behandling. Samma åsikt har skaparna av MBRP, som menar att programmet kan komplettera och stärka tillsammans med annan behandling (Addictive Behaviors Research Center, 2011). Vipassanakurserna rekommenderas inte för personer med allvarliga psykiska störningar (Föreningen Vipassana Sverige, 2011). Exempel på psykiska sjukdomar som exkluderades i de analyserade studierna var psykosjukdom, delirium, suicidalitet och borderline.

Flera psykiska sjukdomar försvårar möjligheten att utöva meditation och det är oklart om meditation kan förvärra viss psykisk sjukdom. Det har inte konstaterats

några allvarliga biverkningar av mindfulness, men däremot har några fall setts vid transcendent meditation, som är en koncentrativ meditationsform med fokus på ett mantra. Meditationen har frammanat mani hos en person, samt några fall av insjuknande i psykossjukdom hos individer både med eller utan tidigare uppmärksammas psykisk ohälsa har också förekommit (Allen, Blashki & Gullone, 2006). Eftersom transcendent meditation och mindfulness är olika i utövande kan inte slutsatser av mindfulness dras utifrån det resultatet.

I det stora hela intygar studierna att mindfulnessmeditation är möjlig att använda av människor med missbruks- och beroendeproblematik med positiva effekter, även om resultatet är preliminära och vidare forskning behövs. Förutom svårigheter vid MBSR för patienter i tidigt skede av behandling framgår av de analyserade artiklarna inga biverkningar till följd av meditationskurser och program. Även de ansträngande Vipassanakurserna med tio timmars meditation dagligen i tio dagars tysthet, kunde genomföras.

Med tanke på att patienter bra klarat av Vipassanameditation med det krävande kursupplägget, samtidigt som det mer lättsamma MBSR åstadkom problem kan slutsatsen dras att det är stor skillnad på hur meditation tas emot av patienter beroende på var i behandlingen de befinner sig. Att alldeles nyligen slutat med droger innebär för patienten stora påfrestningar, både mentalt och fysiskt, i form av abstinenssymptom. Meditation verkar då vara en väldigt svår uppgift, om inte till och med omöjlig, ifall inte meditationsprogrammet förändras, liksom Vallejo & Amaro (2009) gjorde.

För att inte skapa frustration och skada patienters välbefinnande bör meditationen anpassas efter dels den koncentrationsförmåga och förmåga till stillhet som finns, dels med hänsyn till tidigare upplevelser och trauman. Vallejo & Amaro (2009) kortade till exempel ner kroppsscanningen från 45 minuter till 2 minuter dagligen. För lång tid av meditation och kroppsscanning gav upphov till oro och ångest, eller flashbacks av tidigare traumatiska upplevelser. Även fokus på särskilda delar av kroppen orsakade problem. Fokusering på andningen med slutna ögon kunde ge känslor av kvävning och fokus på bäcken och bröst gav obehagliga symptom åt kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp (Vallejo & Amaro, 2009).

5.2.3 Klinisk användbarhet

Den tredje frågeställningen var vilka effekter meditation ger människor med missbruk och beroende. Det gäller effekter i form av positiv påverkan på psykisk hälsa.

Med tanke på risken för konsekvenser i form av bland annat våld, ekonomiska problem och hälsoproblem (BRÅ, 2008; Ottosson & Ottosson, 2007) lever en människa som missbrukare i en sårbar situation och kan lätt hamna i situationer som påverkar negativt. Samtidigt har stressfyllda och negativa händelser visat sig öka alkoholkonsumtionen. Alkoholmissbrukare som rapporterade sex eller fler stressfyllda händelser under ett år drack tredubbelt så stor mängd alkohol än de med färre stressfaktorer (Dawson, Grant & Ruan, 2005). Drogen kan bli ett sätt att

handskas med livets motgångar, vilket i sin tur på sikt kan bidra till fler negativa konsekvenser.

Resultatet tyder på att psykiatriska symptom minskar efter Vipassanakurser och mindfulnessbaserade behandlingsprogram (Alterman et al., 2004; Garland et al., 2010; Bowen et al., 2006). Alterman et al. (2004)s resultat var ej signifikant. Symptom på depression minskade, även om detta inte var signifikant (Lee et al., 2011), och patienterna reagerade inte lika mycket på stress (Brewer et al., 2009, Garland et al. 2010). Resultatet går hand i hand med tidigare forskning som visat att mindfulness har lindrande effekt på sinnestillstånd som oro, depression, ångest och stress (Greeson, 2008; Chiesa & Serretti, 2009). Detta tyder alltså på att liknande positiva psykiska effekter fås även hos missbrukare som mediterat. Psykiatrisk samsjuklighet är dessutom vanligt vid missbruk och beroende, särskilt ångest, depression och stressproblematik (Socialstyrelsen, 2007). Den psykiska samsjukligheten kan vara dels orsakad av missbruk eller funnits tidigare och ”behandlats” själv av patienten med droger.

Eftersom missbruk kan orsakas av eller förvärras av sinnestillstånd som oro, ångest, stress och depression kan dessa tillstånd vara mål att behandla för att minska risk för återfall. De psykosociala behandlingsformer som används har ibland målet att behandla en annan underliggande sjukdom (Socialstyrelsen, 2007). Tanken är att behandla den faktor som utlöser eller triggar patienten att ta droger, t.ex känslor av ångest eller ensamhet. En möjlighet är då att mindfulness som behandling av missbruk och beroende är särskilt lämplig för de patienter som i samband med missbruk och beroende lider av oro, depression, stress eller ångest, och i de fall droger används för att lindra vid påfrestande situationer.

5.2.4 Etiska ställningstaganden

Meditation som behandling är i teorin positiv på flera sätt. Utgångspunkten i mindfulness är att alla människor har en potential att utvecklas och bli lyckliga. Gyllenhammar (2002) nämner att en behandlares förhållningssätt ska vara empatiskt, respektfullt och inte konfrontera den missbrukande patienten. Detta är i linje med hur attityden hos en lärare i mindfulnessmeditation är, nämligen empatisk, ödmjuk och respektfull. Att någon, som exempelvis en gruppleddare i mindfulness, förmedlar en positiv syn på människan och en tro på förändring kan säkerligen vara av betydelse för patienten.

Även om meditation är en lätt teknik att lära ut och förstå, med sympatiska värderingar är tekniken inte alltid enkel att utöva. Att börja använda meditation måste göras med försiktighet och lagom långa pass för att inte avskräcka, ge en känsla av omöjlighet eller framkalla illabefinnande hos patienterna. Många har kanske aldrig tidigare i stillhet iakttagit sin kropp och sina andetag. Det är trots allt normalt att möta ett visst motstånd, frustration och obehagliga upplevelser på en rimlig och hanterbar nivå (Föreningen Vipassana Sverige, 2011).

För att som sjuksköterska rekommendera meditation som behandling, som går under KAM, måste sjuksköterskan vara väl införstådd med metoden. Med rätt förståelse av metoden är sjuksköterskan en tillförlitlig rådgivare, då hon/han även

har medicinska kunskaper. Enligt patientsäkerhetslagen ska metoden ha grund i vetenskap och beprövad erfarenhet för att ses som ett behandlingsalternativ. Det finns däremot ingen definition av vad beprövad erfarenhet innebär. Räknas buddhisters tusenåriga kliniska erfarenhet, är metoden så att säga väl beprövad. Mindfulness kan rekommenderas som ett alternativ eller komplement för att förbättra psykologiska hälsotillstånd som stress och depression, samt vissa fysiska sjukdomstillstånd (se ”effekter av mindfulness”) där en del forskning visat goda effekter, även om mer forskning på området önskas.

För att rekommendera mindfulness till en patient med missbruk och beroende är det viktigt att vara väl insatt i patientens psykiska hälsotillstånd för att minimera risk för skadliga biverkningar som ännu inte är kartlagda. Till patienter med svåra psykiska sjukdomar, som till exempel tidigare eller aktiv psykossjukdom, suicidalitet, bipolär sjukdom och personlighetsstörningar bör mindfulness inte rekommenderas före mer forskning på området finns. Det är ovisst och riskfyllt att uppmuntra en svårt psykiskt sjuk person meditera.

För de patienter som varit drogfria en tid och får/fått standardbehandling för missbruk och beroende kan mindfulness möjligtvis vara ett bra alternativ för att stärka och bibehålla psykisk hälsa. Patienter bör i övrigt vara psykiskt friska eller ha lättare former psykiska åkommor. I dessa fall kan mindfulness hjälpa patienten att förebygga återfall i depression, samt få ett verktyg att hantera stress, ångest och oro. Märk att mer forskning på området önskas och då effekterna inte är helt fastställda kan mindfulness rekommenderas som ett komplement tillsammans med standardbehandling. I dessa fall utgör meditationen ingen fara för hälsan.

Genom personlig erfarenhet skulle i första hand något av de mindfulnessbaserade interventionerna rekommenderas. Vipassanakursen är intensiv och kan upplevas som väldigt påfrestande. Det nödvändigt att patienten är psykiskt stabil och har erfarenhet av meditation innan en sådan kurs genomgås. Vipassanakursen är inte heller ett specifikt behandlingsprogram, utan just kurser som kan förebygga ohälsa hos friska individer.

5.3 SLUTSATS

Meditation har utövats i tusentals år för de välgörande effekterna, ändå är det svårt att hitta stora, välgjorda studier på området. Resultatet i litteraturstudien ska ses som preliminärt då det är till stor del baserat på studier med få deltagare och pilotstudier. Studierna visar ändå resultat som går i samma riktning som tidigare studier utförda på människor utan missbruk och beroende. Mindfulness kan vara till hjälp för att lindra psykisk ohälsa som finns tillsammans med missbruk och beroende. Resultatet tyder på att meditation kan bidra till ett mer accepterande förhållningssätt som minskar begär efter droger och negativa känslor i samband med påträngande tankar, samt lindra psykiatrisk samsjuklighet som till exempel stress.

Vidare forskning måste göras för att ge mer vetenskapligt stöd åt effekterna av mindfulness, samt se för vilka individer och när i behandlingen meditation är mest lämplig. Jag anser att förändring i förhållningsätt och förståelse, av världen och

sig själv, som mindfulness åstadkommer behöver utforskas. Ökar till exempel *self-efficacy*? Får patienten förståelse för sina beteendemönster?

6 REFERENSER

Addictive Behaviors Research Center. (2011). Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP): Treatment for addictive behaviors. Hämtad 18 december, 2011, från Addictive Behaviors Research Center, <http://www.mindfulrp.com/default.html>

Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81.

Allen, N. B., Blashki, G., & Gullone, E. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.

Alterman, A. I., Koppenhaver, J. M., Mulholland, E., Ladden, L. J., & Baime, M. J. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance use*, 9(6), 259-268.

Amaro, H., & Vallejo, Z. (2008). Moment-by-moment in Women's Recovery: A Mindfulness-Based Approach to Relapse Prevention. Hämtad 2 februari, 2012, från <http://www.rightmindprograms.org/images/MBRP-W%20manual%20-12%20pages.pdf>

Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A., & Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 817-832.

Bjerneroth Lindström, G. (2011). Komplementär- och alternativmedicin. Hämtad 21 mars, 2012, från 1177, Västra Götalandsregionen, <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Komplementar--och-alternativmedicin/#section-1>

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2324-2328.

Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse:

Results from a randomized, controlled stage i pilot study. *Substance Abuse*, 30(4), 306-317.

Brottsförebyggande rådet, BRÅ (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007 [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. (2010). Hämtad 16 november, 2011, från <http://www.can.se/sa/node.asp?node=2661#>

Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404-424.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.

Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). The association between stress and drinking: Modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 453-460.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

Derogatis, L. (1975). Brief Symptom Inventory (BSI). Hämtad 5 januari, 2012, från <http://brown2.alliant.wikispaces.net/file/view/BSI+Article.pdf>

Egidius, H. (2006). *Termllexikon i psykologi och psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (red.) (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Föreningen Vipassana Sverige. (2011). Vipassanameditation som den lärs ut av S N Goenka i Sayagi U Ba Khins tradition. Hämtad 17 december, 2011, från svenska hemsidan för Vipassana-meditation, <http://www.se.dhamma.org/pages/kursforeskrifter.html>

Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177-192.

Greenson, J.M. (2008). Mindfulness Research Update: 2008. *Complement Health Pract Rev*. 2009 January 1; 14(1): 10–18.

- Groves, P., & Farmer, R. (1994). Buddhism and addictions. *Addiction Research*, 2(2), 183-194.
- Gyllenhammar, C. (2007). *Bryta vanor: kognitiv och beteendeariktad behandling vid missbruk och beroende*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Gyllenhammar, C. (2002). *Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende*. (2., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Prevention and Treatment on Aggression (PTA).
- Hart, W. (2009). *Vipassana meditation: som den lärs ut av S. N. Goenka*. Ödeshög: Vipassanaförlaget.
- Hanson, R. & Mendius, R. (2009). *Buddha's brain: the practical neuroscience of happiness, love & wisdom*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., et al. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 191(1), 36-43.
- Kabat-Zinn, J. (1997). *Vart du än går är du där: leva i nuet - en meditationshandbok*. Stockholm: Forum.
- Khurana, A., & Dhar, P.L. (2000) Effect of Vipassana meditation on quality of life, subjective well-being and criminal propensity among inmates of Tihar jail, Delhi. Indian institute of technology. Vipassana Research Institute
- Knudsen, K. (2012). Intoxikation och missbruk- Heroin och andra opioider. Hämtad 5 januari, 2012, från Internetmedicin, http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=2706
- Kownacki, R.J., & Shadish, W.R. (1999). Does Alcoholics Anonymous Work? The Results from a Meta-Analysis of Controlled Experiments. *Substance Use & Misuse*, 34(13), 1897-1916.
- Lee, K. -, Bowen, S., & An-Fu, B. (2011). Psychosocial outcomes of mindfulness-based relapse prevention in incarcerated substance abusers in taiwan: A preliminary study. *Journal of Substance use*, 16(6), 476-483.
- Nationalencyklopedin. (2012). *Intervention*. Hämtad 14 februari, 2012, från <http://www.ne.se/intervention/984573>
- Nationalencyklopedin. (2011). *Meditation*. Hämtad 12 november, 2011, från <http://www.ne.se/meditation>
- Nationalencyklopedin. (2012). *Sinne*. Hämtad 23 mars, 2012, från http://www.ne.se/lang/sinne?i_h_word=sinnen
- Nationalencyklopedin. (2012). *Psyke*. Hämtad 23 mars, 2012, från <http://www.ne.se/lang/psyke>

- Nilssonne, Å. (2009). *Mindfulness i hjärnan*. Stockholm: Natur & kultur.
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Praktisk medicin. (2012). *Beroende tillstånd: Missbruk/beroende*. Hämtad 21 mars, 2012, från Praktisk medicin, <http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=64&code=41790>
- Rubia, K. (2009). The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biological Psychology*, 82(1), 1-11.
- Simpson, T. L., Kaysen, D., Bowen, S., MacPherson, L. M., Chawla, N., Blume, A., et al. (2007). PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 239-249.
- Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, SBU. (2001). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapssammanställning. Hämtad 13 november, 2011, från SBU, http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/alkohol_2001/sammanf.pdf
- Socialstyrelsen. (2007). Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Hämtad 3 december, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8933/2007-102-1_20071021_rev.pdf
- Statens offentliga utredningar, SOU. (2011). Missbruket, kunskapen vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Hämtad 24 februari, 2012, från http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/SOU_2011_06.pdfwebb%20hela.pdf
- Tournier, R. E. (1979). Alcoholics anonymous as treatment and as ideology. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(3), 230-239.
- Vallejo, Z., & Amaro, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 192-206.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.

Bilaga 1
Schema för Vipassanakurs

04.00	Gonggong-väckning
04.30-06.30	Meditation i salen eller på rummet
06.30-08.00	Frukost
08.00-09.00	Gruppmeditation i salen
09.00-11.00	Meditation i salen eller på rummet
11.00-12.00	Lunch
12.00-13.00	Vila och möjlighet till samtal med läraren
13.00-14.30	Meditation i salen eller på rummet
14.30-15.30	Gruppmeditation i salen
15:30-17.00	Meditation i salen eller på ditt rum
17.00-18.00	Tepaus
18.00-19.00	Gruppmeditation i salen
19.00-20.15	Lärarens föredrag i salen
20.15-21.00	Gruppmeditation i salen
21.00-21.30	Möjlighet att ställa frågor i salen
21.30	Nattvila. Ljuset släcks

(Föreningen Vipassana Sverige, 2011)

Bilaga 2
Artikelsökning

Sökdatum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Utvalda	Artikelnamn
02.11.2011	PubMed	Vipassana AND substance use	-peer reviewed	4	3	-PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. -The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. -Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population.
06.12.1011	PsycINFO	MBSR AND addiction	-peer reviewed	5	1	-Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention.
06.12.2011	PsycINFO	MBRP	-peer reviewed	10	1	-Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention.
06.12.2011	PsycINFO	Mindfulness* AND alcohol dependence	Peer reviewed	12	2	-Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. -Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers.
9.12.2011	PsycINFO	Mindfulness* AND cocaine	Peer reviewed	2	1	-Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study.
08.03.2012	Cinahl	MBRP	Peer reviewed	3	2	-Psychosocial outcomes of mindfulness-based relapse prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study -Mindfulness-based Relapse Prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial
10.12.2011	Cinahl	Mindfulness* AND addiction	Peer reviewed	5	1	- Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare	Artikel	Land (år)	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitet
Alterman, A.I., Koppenhaver, J.M., Mulholland, E., Ladden, L.J och Baime, M.J.	Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients	USA (2004)	Ställde hypoteserna 1) problem skulle minska mer för mindfulnessgruppen och de skulle även: 2) förbättring skulle ske gällande positiva psykologiska aspekter som optimism	Pilotstudie. Programmet var 8 veckor. Gruppmeditation hölls dagligen 30-45 min, samt en 7 h workshop vecka 6. Självskattningsformulär fylldes i och en semi-strukturerad intervju gjordes vid start, samt vid uppföljning 8 veckor och 5 mån. Urinprov togs under studien. Jämfördes med en grupp ordinarie behandling.	31 deltagare (18 meditation och 13 vanlig behandling) på ett rehabiliteringshem för beroende som max varit där 2 mån, Exkluderade schizofreni samt borderline.	Medicinska problem minskade för meditationsgruppen. Minskad alkohol- och drogkonsumtion och familesociala problem för båda grupper.	-ej blindad -randomiserad -relativt få deltagare för kvantitativ studie
Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, TL., Chawla, N., Sompson, T., Ostafin, B. och Larimer, M.	Mindfulness Meditation and Substance Use in an Incarcerated Population	USA (2006)	Se vilken effekt Vipassanameditation (VM) har för drogandvändning hos intagna i jämförelse med ordinarie behandling. Se om meditationen accepteras.	Deltagarna fick välja antingen 10 dagars Vipassanakurs eller ordinarie behandling vid beroende. Självskattningsformulär som fylldes i av deltagaren vid start, direkt efter kursen samt 3 resp 6 månader efter frigivning.	Totalt 305 intagna på ett fängelse (63 Vipassana och 242 standard behandling). 87 deltagare (57 VM, 116 standard) kvar vid 3 mån och 78 (27 VM, 51 standard) fullföljde studien.	VM kan ha effekt på minskad alkohol, marijuana och crack-konsumtion samt minskade psykiska symptom.	-ej blindad -ej randomiserad -gott deltagarunderlag.

Simpson, T.L., Kaysen, D., Bowen, S., MacPherson, L.M., Chawla, N., Blume, A., Marlatt, G.A. och Larimer, M.	PTSD Symptoms, Substance Use, and Vipassana Meditation among Incarcerated Individuals	USA (2007)	Undersöka ifall PTSD-symptomens grad påverkade deltagande och resultat av Vipassanakurs i jämförelse med kontrollgrupp.	Sekundär analys av materialet från Bowens et.al (2006). Exkluderar uppföljning vid 6 månader pga stort bortfall.	Totalt 305 intagna på ett fängelse (63 Vipassana och 242 standard behandling). 87 deltagare (57 VM, 116 standard) kvar vid 3 mån.	Ingen skillnad hittades i PTSD-symptom mellan självvalda grupperna. Ingen skillnad hittades i påverkan på psykologiska faktorer och droganvändning mellan de med och utan PTSD. Behandlingsmetoden går troligtvis väl ihop med symptomen.	-ej blindad -ej randomiserad -gott deltagarunderlag
Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M och Marlatt, G.A.	The role of Thought supression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol abuse	USA (2007)	Undersöka om tankeförträngning förklarar ett samband mellan meditation och alkoholanvändning efter frigivning.	Sekundär analys av materialet från Bowens et.al (2006). Använde Självskattningsformulär som fylldes i före och direkt efter Vipassanakurs.	Totalt 173 deltagare (57 Vipassana och 116 ordinare behandling)	Deltagare i VM var mindre begnägna att försöka undvika oönskade tankar. Förändringen i tankeförträning förklarade till viss del att Vipassana minskat alkoholanvändning och konsekvenser efter frigivning.	-ej blindad -ej randomiserad -gott deltagarunderlag

Vallejo, Z. och Amaro, H.	Adaptation of Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Addiction Relapse Prevention	USA (2009)	Författarna beskriver upplevelser och svårigheter vid utveckling av Mindfulness Based Relapse Prevention-W genom att utgå från och anpassa MBSR	Interventionen utvecklades under tiden. Individuella strukturerade intervjuer vid baseline, samt efter 6 och 12 månader.	Totalt 262 afroamerikanska och latinamerikanska kvinnor deltog under en period på 4 år. Öppenvårdsmiljö.	Resultat av studien visas ej här utan separat.	
Brewer, J.A., Sinha, R., Chen, J.A., Michalsen, R.N., Babuscio, T.A., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K.L., Reis, D.L., Potenza, M.L Carroll, K.M och Rounsaville, B.J.	Mindfulness Training ad Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from a Randomized, Controlled Stage I Pilot Study	USA (2009)	Utvärdera vilken effekt övning i mindfulness har genom att jämföra med KBT som redan är accepterad och undersökt som metod. Undersökte effekter på av stress hos personer med beroende.	Pilotstudie. Jämförde KBT 12 v., 12 tillfällen x 1h med MBRP 9 v., 9 gruppstillfällen x 1 h. Yoga uteslöts ur programmet. Självskattningsformulär ifylldes vid baseline, veckovis under studiens gång samt vid uppföljning 8 resp 12 v. Hjärtfrekvens och elektriska förändringar i huden mättes under stressprovocation.	Vårdsökande i öppenvården. 15 personer gick KBT, 21 mindfulness (5 i KBT respektive 9 i mindfulness slutförde). Exklusion: individer under 18, suicidrisk, psykos.	Båda grupper lika nöjda med behandlingen och ingen hade större bortfall än den andra. Inga skillnader mellan grupper sågs i alkohol och kokainanvändning. Psykologiska reaktioner på stress minskade i mindfulnessgruppen	-ej blindad -randomiserad -få deltagare

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E, Wikiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M.E och Marlatt, A.	Mindfulness- Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial	USA (2009)	Utvärdera effekter hos MBRP i jämförelse med vanlig behandling av beroende. Undersöka effekter på bland annat begär, minfulness, acceptans.	Pilotstudie. En grupp deltog i en 8 veckors MBRP-program. Möttes 2 h en gång per vecka, samt dagligen på egen hand mha CD-skiva. Jämfördes med en kontrollgrupp som fick standard behandling (tovlstegsmodell). Internetbaserade självskattningsformulär ifylldes av deltagarna direkt efter kursen samt efter 2 och 4 månader med personal till hands.	168 deltagare i öppen resp slutenvård. 84 i MBRP och 72 i vanlig behandling. Rekryterades strax innan de var färdigbehandlade. Exkluderade psykossjuka, dementa, suicidala samt patienter med stora vårdbehov.	MBRP-programmet minskade i större utsträckning än jämförelsegruppen användad av droger och alkohol vid två månaders uppföljning, ökade acceptansen och minskade begäret vid 4 mån uppföljning.	-ej blindad -randomiserad -gott deltagarunderlag
Wikiewitz, K. och Bowen, S.	Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness- Based Relapse Prevention	USA (2010)	Undersöka effekt av Mindfulness Based Relapse Prevention. Undersöka 1. sambandet mellan depression, begär och droganvändning. 2. ifall begär kan förklara sambandet mellan depression och droganvändning. 3. ifall MBRP minskade att depression innebär begär och 4. ifall det finns ett samband mellan intervention, depression och begär som kan förutspå droganvändning.	Sekundär analys av material från pilotstudie Bowen et.al (2009). 8 veckors MBRP- program jämfört med vanlig behandling	168 individer i öppen- och slutenvård för beroende. Rekryterades strax innan de var färdigbehandlade. Exkluderade psykossjuka, dementa, suicidala samt patienter med stora vårdbehov.	Samtliga hypoteser stöddes i resultatet.	-ej blindad -randomiserad -gott deltagarunderlag

Garland, E.L., Gaylord, S.A., Boettiger, C.A och Howard, M.O.	Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Psychological Mechanisms Implicated in Alcohol Dependence: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial	USA (2010)	Jämföra MORE med stödgrupp för alkoholberoende. Undersöka begär, upplevd stress och psykiska symptom, partiskhet i uppmärksamhet gentemot alkohol.	Pilotstudie. MORE var en 10 veckors intervention med en gemensam träff per vecka. Deltagarna tränade mindfulness på egen hand 15 min dagligen. Formulär rörande alkohol fylldes i innan och efter programmet. En intervju om psykosociala aspekter av en oberoende person.	Boende på behandlingcentrum med diagnos beroende. Totalt 53 deltagare., varav 37 avslutade (MORE 18, stödgrupp 19). som varit i behandling 18 mån eller mer. Inkluderade samsjuklighet.	MORE minskade upplevd stress mer än stödgruppen. MORE minskade tankeförträngning.	-ej blindad -randomiserad -relativt litet antal deltagare
Alfonso, J.P., Caracuen, A., Delegado-Pastor, L.C. och Verdejo-Gacía, A.	Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive function and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers	Spanien (2010)	Utärdera effektivitet hos GMT+mindfulness på förmåga till beslutsfattande i jämförelse med vanlig behandling för beroende.	Pilotstudie. GMT bestod av 2x 90 min/v. Mindfulness tränades 2x60min/v. Neurologiska test utfördes av oberoende personer vid baseline samt direkt efter avslutad behandling.	Totalt 34 öppenvårdspatienter med diagnosen beroende (18 GMT+mindfulness och 16 standard behandling). Exkluderade stora depressioner, schizofreni, panikångest (Axis I DSM)	GTM+mindfulness hade signifikant positiv effekt på arbetsminne, selektiv uppmärksamhet/hämning av respons & förmåga att fatta beslut vilket inte kontrollgruppen hade	-ej blindad -ej randomiserad -relativt litet antal deltagare

Lee, K-H., Bowen, S. and An-Fu, B.	Psychosocial outcomes of mindfulness-based relapse prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study	Taiwan (2011)	Undersöka psykosociala effekter av MBRP-programmet hos fängslade individer med beroendeproblematik. Bland annat återfallstriggare som self-efficacy och förväntningar.	Pilotstudie. Jämförelse mellan vanlig behandling och MBRP som var 10 veckor med gruppträff 1,5 timme/vecka. Självskattningsformulär ifylldes vid start, före och efter behandling.	24 män (10 MBRP, 14 standard behandling) med ett års fängelsestraff för narkotikabrott som varit beroende i minst 6 månader. Exklusion: psykos, delirium, analfabetism.	Resultatet indikerar minskad depressivitet hos deltagare i MBRP, ej signifikant. Ej några andra resultat av behandlingarna	-ej -randomiserad -litet urval
------------------------------------	--	---------------	--	--	---	--	--------------------------------------