

MINDFULNESS, YOGA OG DIALEKTISK ADFÆRDSTERAPI: METODEUDVIKLING AF MINDFULNESS-TRÆNING GENNEM YOGA

Nanja H. Hansen og Esther Sorgenfrei

Askovhus modtog i 2008 midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til et 2-årigt projekt med behandling af spiseforstyrrelser efter metoden dialektisk adfærdsterapi (DAT). Målgruppen var kvinder med spiseforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse (EUP).

Formålet var at supplere en standardiseret DAT-behandling med en kropslig træning i mindfulness med henblik på at udvikle større kropsbevidsthed hos klienterne. Denne udvikling skulle ske gennem yogaøvelser. Derudover ville man styrke indlæringen af mindfulness-færdigheder gennem meditation. Ved projektets start havde man en antagelse om, at meditativ mindfulness-træning kunne afhjælpe nogle af de psykiske problemstillinger, såsom ruminerende tanker og angst, der gør sig gældende for mennesker med spiseforstyrrelser. Ydermere antog man, at yogaøvelser ville hjælpe klienterne til at få en mere positiv oplevelse af kroppen. Klienterne modtog en times ugentlig meditativ mindfulness-træning, som bestod af enkelte stræk og kortvarige øvelser i siddende meditation samt yoga-øvelser. Deltagelse var obligatorisk.

Det viste sig, at meditativ mindfulness-træning ikke var hensigtsmæssig for målgruppen, da klienterne blev dysregulerede, udvandrede tidligt og havde ustabil fremmøde. Formen på mindfulness træningen blev ændret til kun at inkludere yoga-øvelser samt afsluttende afspænding, og deltagelse var nu frivillig. Ændringen resulterede i en positiv effekt, da foreløbige resultater viste stabiliseret fremmøde og positiv effekt på krop og sind.

Nanja H. Hansen, cand.psych.aut., er uddannet ved University of Illinois Urbana-Champaign og Arizona State University og har arbejdet som psykolog på DAT-projektet i Askovhus.

Esther Sorgenfrei, cand.psych., er uddannet ved Københavns Universitet, var projektleder og psykolog på DAT-projektet i Askovhus 2008-2010 og er nu fastansat samme sted.

Introduktion

Askovhus, et privat behandlingstilbud på Nørrebro under Settlementet Askovgaarden, modtog i 2008 midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til et 2-årigt projekt med behandling af spiseforstyrrelser efter metoden dialektisk adfærdsterapi (DAT). Bevillingen tilfaldt Askovhus' afdeling for ambulans behandling af spiseforstyrrelser.

Projektets målgruppe var kvinder med spiseforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse, primært af typen emotionelt ustabil personlighedsstruktur, som DAT er udviklet til (Linehan, 1993).

Klienter, som er diagnosticerede med Anorexia Nervosa (AN), er karakteriserede ved 1) at være under 85 % af deres normale kropsvægt, 2) at have en intens frygt for at tage på i vægt eller for at blive tykke, selvom de er undervægtige, 3) at have en urealistisk opfattelse af deres egen kropsvægt og kroppens udseende og 4) ikke at have haft tre sammenhængende menstruationer (gælder for de piger/kvinder der har fået menstruation). Inden for denne gruppe er der to forskellige typer: 1) de, der er restriktive i deres indtag af føde og 2) de, som overspiser og kaster op (DSM-IV-TR, 2000). Klienter diagnosticerede med Bulimia Nervosa (BN) har gentagne episoder, hvor de overspiser og kaster op, en følelse af at de ikke kan kontrollere deres spisning, når de har en episode, gentagen, upassende kompensatorisk adfærd for at undgå vægtøgning såsom misbrug af laksativer, vanddrivende midler, lavement, faste eller overdreven motion. Derudover har de en urealistisk opfattelse af deres kropsvægt og kroppens udseende. Man skelner mellem dem, der 1) kaster op eller misbruger laksativer, lavementer eller vanddrivende midler og dem, der 2) enten faster eller overmotionerer, men ikke misbruger laksativer, vanddrivende midler eller lavementer (DSM-IV-TR, 2000).

Fælles for personer diagnosticerede med AN, BN og ENDNOS er, at de har lavt selvværd, depressiv sindsstemning, social tilbagetrækning, irritabilitet, søvnløshed og reduceret interesse i sex. Derudover har de typisk fysiske gener som forstoppelse, mavesmerter, intolerance over for kulde og sløvhed. Endvidere har en stor del af de diagnosticerede en personlighedsforstyrrelse og/eller depressive og affektive symptomer. Ca. 30 % misbruger alkohol eller narkotika, og en relativt stor procentdel har personlighedstræk, som passer på kriterierne for en personlighedsforstyrrelse, primært borderline-per-

sonlighedsforstyrrelse (emotional ustabil personlighedsforstyrrelse (EUP)) (DSM-IV-TR, 2000).¹

1. Tidligere erfaringer med dialektisk adfærdsterapi

I Askovhus har man arbejdet med dialektisk adfærdsterapi siden 2005 i forhold til klienter med spiseforstyrrelser. Dialektisk adfærdsterapi er en behandlingsmetode udviklet til at arbejde med personer diagnosticerede med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og spiseforstyrrelser (Linehan, 1993; Safer et al., 2009). Styrken ved DAT som behandlingsmetode for denne målgruppe er, at den er rettet imod at: 1) reducere klientens selvskadende adfærd, 2) reducere klientens følelsesmæssige ustabilitet, 3) reducere klientens problemer med interpersonelle forhold og 4) reducere klientens impulsivitet til at handle i affekt. Da klienterne alle var diagnosticerede med både en spiseforstyrrelse og en personlighedsforstyrrelse og udviste adskillige af de typiske ovenfor beskrevne symptomer, var DAT en yderst velegnet/oplagt behandlingsmetode for denne målgruppe. Den standardiserede DAT-behandling består af ugentlig individuel psykoterapi, telefonisk støtte til brug af færdigheder uden for terapisesessionerne, ugentlig færdighedstræning, herunder både træning af opmærksomhedsfærdigheder, relations-, følelsesregulerings- og hold ud-færdigheder i gruppe. Derudover består DAT af mere specifikke færdighedsmoduler, særligt udviklet til forskellige psykiatriske problemstillinger. I forhold til problemstillinger i forbindelse med spiseforstyrrelser har Askovhus i de tidligere forløb med DAT tilføjet et spiselighedsmodul, som indeholder psykoedukation omkring de biopsyko-sociale aspekter af spiseforstyrrelsen og øvelser til at øge klientens opmærksomhedsfærdigheder i forhold til håndtering af mad, vægt og figur. Endelig indeholder DAT-interventionen et ugentligt konsultationsteam møde for alle DAT-behandlere samt strukturering af klientens miljø med henblik på at skabe mest mulig støtte omkring klientens behandling.

1 Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er karakteriseret ved et gennemtrængende mønster af ustabile interpersonelle forhold, selvbillende og følelser, og høj impulsivitet. Ud over dette skal personen have fem ud af følgende ni symptomer: 1) forsøger febrilsk at undgå at blive forladt (enten rigtigt eller imaginært), 2) et mønster af ustabile og intense interpersonelle forhold karakteriseret ved at den individuelle svinger mellem at idealisere og devaluere den anden person, 3) identitetsforstyrrelse; et markant og vedvarende ustabil selvbillende og en følelse af selvet, 4) impulsivitet (fx stofmisbrug, overspisning, sex med mange forskellige partnere), 5) tilbagevendende suicidale trusler eller adfærd eller selvskadende adfærd, 6) følelsesmæssig ustabilitet (fx intense perioder med høj angst eller irritabilitet), 7) kronisk følelse af tomhed, 8) upassende og intens vrede og problemer med at kontrollere vrede og 9) stressrelaterede paranoide tanker eller dissociative symptomer (DSM-IV-TR, 2000).

I Askovhus har behandlingsmetoden været yderst relevant og effektiv for målgruppen. Den har vist sig velegnet til at reducere selvskadende adfærd, til at give klienterne hensigtsmæssige redskaber til at regulere deres følelser, til at indgå i mere hensigtsmæssige interpersonelle relationer og til at udholde høj affekt gennem mindfulness. På trods heraf har man også oplevet, at behandlingen var mangelfuld:

Klienterne havde utrolig svært ved at koncentrere sig om færdighedsundervisningens indhold, de var ofte enten meget optagede af de andre gruppemedlemmers udsagn eller adfærd, eller de havde en manglende koncentration grundet sult eller træthed. Det betød, at klienterne ofte blev dysregulerede, hvilket kom til udtryk ved vredesudbrud, gråd, udvandring fra gruppe, stilhed, dissociativ eller selvskadende adfærd.

Samtidig oplevede behandlerne, at klienterne havde svært ved at anvende de trænedte opmærksomhedsfærdigheder, når de skulle vejes, når de skulle øve at spise, når de skulle lade være med at veje sig selv flere gange om dagen, når de skulle øve sig i ikke at overspise og efterfølgende kaste op, når de skulle spise efter en kostplan eller på restaurant, eller når de skulle undgå at overmotionere. De trænedte færdigheder var altså ikke tilstrækkelige, og klienterne havde svært ved at anvende dem, hvilket betød at den u hensigtsmæssige adfærd ikke ændrede sig.

Observationer viste endvidere, at klienterne havde manglende kropsbevidsthed, og at de oplevede kroppen som ”knappet af fra hovedet”. Dette kom oftest til udtryk, når psykologerne øvede opmærksomhedsfærdigheder med klienten. Fx kunne psykologen bede klienten om at tage fem dybe indåndinger for derefter at beskrive, hvad de mærkede i kroppen. Øvelsen resulterede ofte i svaret ”jeg mærker ingenting” eller i dysreguleret adfærd såsom dissociation, gråd, vredesudbrud eller udvandring fra sessionen.

På den baggrund gjorde behandlerne i Askovhus sig tanker om, hvordan de kunne udvikle en metode, der kunne give kvinden en oplevelse af kroppen, som ville være mere nænsom og til at holde ud for den, som i mange år har været afskåret fra kroppen, og som i høj grad forbinder oplevelser af kroppen med ubehag. Da ubehag ved egen krop er karakteristisk hos mange med spiseforstyrrelser, var det derfor oplagt at føje en kropslig, oplevelsesbaseret dimension til behandlingen, som i højere grad var tilpasset denne målgruppe.

2. Meditation, yoga og mindfulness

Evidensbaserede behandlingsformer med mindfulness som omdrejningspunkt har vist positive resultater i forhold til forebyggelse af tilbagefald af depression (Teasdale & Segal, 2001), håndtering af stress, kroniske smerter og terminal sygdom (Kabat-Zinn, 1991). I et randomiseret kontrolleret studie af Jain et al. (2007) fandt man, at studerende, som havde undergået

fire ugers mindfulness-meditationstræning i modsætning til somatisk afslapningstræning eller en non-interventions-gruppe, havde reduceret følelsesmæssig dysregulering pga. reduceret rumination. Ydermere er Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), udviklet af Kabat-Zinn (1991), beskrevet som en relevant og effektiv behandlingsmetode af fx depressive og affektive lidelser (Goldin & Gross, 2010). MBSR har forskellige former for mindfulness-træning inklusive formel og uformel meditationstræning og hatha yoga. Træningen består blandt andet af fokuserede åndedrætsøvelser, fokus på scanning af kroppen og fokus på flygtigheden af den sanselige oplevelse (Goldin & Gross, 2010).

I litteraturen er der videre evidens for, at yoga kan være et element i behandlingen, idet yoga aktivt inddrager kroppen og kan øge kropsbevidsthed hos kvinder med spiseforstyrrelser, hvorved de i bedste fald får oplevelsen af en mere positiv måde at være i kontakt med kroppen på. Et tolv-ugers yoga-behandlingstilbud for kvinder, der havde problemer med overspisning, viste, at kvinderne gik fra at føle sig uopmærksomme og ikke rigtig fysisk til stede til at føle sig fokuserede og fysisk til stede (McIver et al., 2009). Et andet studie undersøgte, hvorvidt yoga havde en positiv effekt på kvinders opmærksomhed på egen krop samt objektivering af egen krop. Resultater viste, at kvinder, som modtog yogaundervisning, havde bedre kontakt til egen krop samt objectificerede egen krop mindre. Derudover var de mere tilfredse med egen krop og havde et mindre rodet spisemønster (Daubenmier, 2005). Endvidere har forskning vist, at lavintensitetstræning reducerer angst og øger subjektivt velbefindende, og således kan denne form for træning producere positive affektive og humørmæssige forandringer (Berger & Owen, 1988; Szabo et al., 1998).

Mindfulnessstræning er en øvelse i at være fuldkomment til stede i krop og i sind, og iagttagelse af åndedrættet er helt centralt i at bringe én til at være til stede i nuet med fuldkommen opmærksomhed (McGornical, 2010). Dette er i overensstemmelse med følgende definition af mindfulness, som ligger til grund for forståelsen af mindfulness i Askovhus: at mindfulness er et niveau af bevidsthed karakteriseret ved at være i kontakt med nuet og bevidst om mentale og kropslige sensationer, en livagtighed af nutidige oplevelser og en følelse af vitalitet (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2005). Endvidere har mindfulnessstræning som formål, at ”pay[ing] attention in a particular way: on purpose, in the present moment and nonjudgementally” (at være opmærksom på en særlig måde: med formål, i nuet og ikke-dømmende), (Kabat-Zinn, 1994, p. 4).

Mindfulness er i dag et centralt begreb inden for en række psykoterapeutiske behandlingsformer rettet mod diverse psykiatiske problematik-

ker. Mindfulness inden for de forskellige psykoterapeutiske interventioner begrebsliggøres som en enkel og pragmatisk tilgang til at iagttage sindets bevægelser, tanker og følelser (Kabat-Zinn, 1994; Williams et al., 2007). Det er en træning i at se tanker og følelser på afstand og herved anerkende dem som blot tanker og følelser og ikke en afspejling af, hvordan virkeligheden er. Således er det forståeligt, at man har fået ideen at gøre forsøget at lære disse gamle, og af buddhister gennem årtusinder velafprøvede, teknikker til psykiatriske patienter, der i så udtalt grad martres af netop tanke- og følelsesmylder. Det er i den forbindelse, at Linehan (1993a) integrerede den zenbuddhistiske tradition med den kognitive adfærdsterapi og udviklede DAT. Det dialektiske i metoden består først og fremmest i, at accept og forandring balanceres i behandlingen til forskel fra mere rendyrkede kognitive terapier. Ydermere kendetegnes DAT ved, at tanker og følelser tildeles lige meget opmærksomhed i behandlingen. Rationalet for dette finder man i den biosociale teori, som danner det teoretiske fundament for DAT.

Inden for den biosociale teori² begrebsliggør man tilblivelsen af den emotionelt ustabile personlighedsstruktur som en transaktion mellem biologisk sensitivitet og et invaliderende miljø. Tanken er, at nogle mennesker fødes med en sensitivitet, der gør det vanskeligere at regulere følelser, og udviklingen af følelsesregulering afhænger hos disse mennesker endnu mere af omgivelsernes evne til at støtte den udvikling gennem adækvat respons på deres følelsesmæssige tilkendegivelser. Med adækvat respons menes, at omsorgspersonen reagerer med indlevelse og forståelse på barnets følelsesmæssige kommunikation og bekræfter det rimelige og forståelige i denne kommunikation (validerer barnets oplevelse). Hvis omsorgspersonen derimod reagerer med manglende forståelse og giver udtryk for, at barnet er for sensitivt, eller at dets oplevelse ikke stemmer overens med virkeligheden, invalideres dets oplevelse, og det kan blive svært at stole på egne sansninger, oplevelser og forståelse. Det klassiske eksempel er forælderen, der mener, at vandet i badekarret skal have en bestemt temperatur og afviser barnets ytring om, at vandet er for varmt.

Konsekvensen af et invaliderende miljø kan ifølge DAT blive, og bliver det for mennesket med den emotionelt ustabile personlighedsstruktur, at denne vokser op med en mangelfuld evne til at følelsesregulere og er følelsesmæssigt dysreguleret en stor del af tiden. Det menneske, der nemt bliver dysreguleret, kendetegnes ved at være mere følsomt end de fleste over for følelsesudløsende stimuli, eskalere hurtigt højt op i følelse og være lang tid om at vende tilbage til baseline. Den følelsesmæssige dysregulering forstås inden for DAT som udtryk for mangel på færdigheder til regulering af følelser, og således er indlæring af færdigheder det helt centrale (Linehan, 1993).

2 Biosociale teori betyder, at forståelsen af etiologien af den psykiske problemstilling både har en biologisk og en social komponent. I dette tilfælde betyder det, at klienten er født med en sårbar personlighed og vokset op i et invaliderende miljø.

Det var på baggrund af tidligere undersøgelser evidensbaserede resultater, at Askovhus ønskede at tilbyde en behandling til kvinder diagnosticerede med en spiseforstyrrelse samt personlighedsforstyrrelse, som også fokuserede på det kropslige aspekt af sygdommen. Derfor blev midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse søgt til et 2-årigt projekt, hvor behandlingsmetoden bestod af dialektisk adfærdsterapi samt mindfulness gennem meditation og yogaøvelser. Bevillingen blev givet med det specifikke formål gennem metodeudvikling at udvide mindfulness-træningen således, at den særligt adresserede de kropslige problemstillinger, der gør sig gældende for kvinder med spiseforstyrrelse. Derfor var målet for projektet at undersøge, hvorvidt tilføjelsen af meditativ mindfulness-træning samt yogaøvelser ville have en positiv effekt på kvinder med spiseforstyrrelse og emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Hypoteserne for projektet var 1) at denne målgruppe ville profitere af øgede opmærksomhedsfærdigheder (mindfulness-træning gennem meditation), idet disse ville medføre en reduktion af ruminerende tanker og følelser omkring vægt og figur, og 2) at målgruppen ved hjælp af yoga øvelser ville få et mere positivt forhold til deres krop. Projektet blev tilrettelagt omkring disse hypoteser for at undersøge, hvorvidt det forholdt sig sådan.

3. Design

Projektet blev påbegyndt i november 2008 og afsluttet i november 2010. Patientindtag foregik løbende, og i alt 12 kvinder deltog i behandlingen. Inklusionskriterier var en spiseforstyrrelsesdiagnose (anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), eating disorder not otherwise specified (EDNOS) komorbidity med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (EUP). Klienternes alder var mellem 18-40, og BMI på >18 ved behandlingsstart. Eksklusionskriterier: aktivt misbrug, psykose. Klienterne blev henvist fra Rigshospitalets Anoreksiklinik, bl.a. i samarbejde med fælles visitation af klienter med spiseforstyrrelser, af projektets behandlingsansvarlige overlæge.

To psykologer samt to færdighedstrænere blev ansat til at varetage behandlingen som bestod af en times individuel behandling ugentligt, 24 timers telefonisk støtte, to timers færdighedstræning og en times meditativ mindfulness-træning samt yogaøvelser. Psykologer og færdighedstrænere blev uddannet i DAT og fik konsultation efter behov på sessionerne ved de ugentlige konsultationsteam møder samt den månedlige eksterne supervision. Al behandling blev optaget på video, som projektets psykologer gennemsnå med henblik på at udvælge dele af sessionen, hvor behandleren havde brug for støtte, var i tvivl, eller ville sikre sig, at DAT-principperne blev overholdt.

3.1. Udredningsinstrumenter

Klienterne blev udredt med Eating Disorder Examination (EDE) version 14.4, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) og Bechs Depression Inventory (BDI) ved behandlingens start og ligeledes ved behandlingens slutning. Disse instrumenter bliver i vidt omfang anvendt på undersøgelser af psykoterapeutiske interventioner på målgruppen og blev inden for projektets rammer valgt med henblik på at afdække den enkelte klients særlige sammensætning af symptomer inden for spiseforstyrrelsen (EDE) samt etablere omfanget og karakteren af de psykologiske symptomer (BDI, SCL-90-R) for derved bedre at 1) kunne tilrettelægge behandlingsmålene samt 2) evaluere interventionen. SCL-90-R bliver ofte anvendt som et redskab til at monitorere klienters fremgang i behandling (<http://www.statisticssolutions.com/resources/directory-of-survey-instruments/symptom-checklist-90-revised-scl-90-r>). Data viser, hvor mange standardafvigelse klienterne afviger fra normalen i de forskellige kategorier som fx angst, depression, vrede, psykotisme osv. Data er på nuværende tidspunkt indsamlet, men ikke bearbejdet. Projektet evalueres ydermere gennem kvalitative spørgeskemaer, som igen blev administreret ved behandlingens start og ved behandlingens slut, og behandlingen blev evalueret gennem interview med deltagerne ved slutningen af behandlingen. De kvalitative spørgeskemaer samt interview er rettet specifikt mod deltagerens oplevelse af behandlingen, metodeudviklingen af mindfulness og dennes effekt på den samlede DAT-behandling og er udviklet af Center for Metode, Udvikling og Kvalitet (CMUK). Resultaterne fra EDE, SCL-90-R, BDI, kvalitative spørgeskemaer samt interview er endnu ikke opgjort, men kommer til at indgå i den samlede evaluering og slutrapport, der foreligger ultimo marts 2011.

4. Metodeudvikling af mindfulnessstræning gennem yoga

4.1. Udvikling af mindfulnessstræning gennem yoga

Ved projektets begyndelse blev kvinderne undervist af en ekstern mindfulness-træner uden psykologisk/psykiatrisk erfaring. Man havde i Askovhus i projektansøgningsperioden ikke kendskab til en mindfulness-træner med psykologisk/psykiatrisk baggrund, hvorfor man valgte pågældende. Ved besættelse af stillinger til projektet blev ansat en psykolog, som desuden har en mangeårig baggrund i yoga og mindfulness, og denne blev ansat som projektleder.

Indledningsvis arbejdede mindfulness-træneren primært med enkelte kortvarige øvelser i siddende meditation med og uden instruktioner fra underviseren. Denne type mindfulnessmeditation bestod i at fokusere opmærksomheden på en genstand, fx åndedræt eller på lyde uden for en selv, og andre gange vende blikket indad for at iagttage sindets bevægelser, dvs.

tanker og følelser. Projektlederen varetog yogaundervisningen. Deltagelse var på dette tidspunkt obligatorisk.

Det viste sig hurtigt, at den meditative mindfulness-træning ikke var ideel for målgruppen. Kvinderne udvandrede tidligt og havde stort fravær fra mindfulness-træningen. Erfaringen blev, at meditative øvelser ikke var befordrende for denne målgruppe, da det at sidde stille til guidede meditationer på åndedræt og krop var for angstprovokerende for de fleste af kvinderne. De blev hurtigt følelsesmæssigt dysregulerede og måtte forlade undervisningen. Dog var erfaringen, at kvinderne havde gavn af yogaøvelserne og formåede at deltage i denne del af undervisningen. Denne problemstilling blev diskuteret i konsultationsteamet, og man nåede til enighed om, at vanskelighederne dels skyldtes kvindernes psykopatologi, dels at kvinderne endnu ikke havde tilstrækkelige DAT-færdigheder til at udholde impulser til at forlade rummet samt håndtere de tanker og følelser, der er karakteristiske for en spiseforstyrrelse, forstærket af det medfølgende ubehag over at skulle vende opmærksomhed indad og mod kroppen gennem meditation.

Kvinderne havde som sagt udvist glæde ved yogaøvelserne i mindfulness-træningen, og på denne baggrund blev følgende hypotese formet: en mere struktureret mindfulness-træning, primært gennem kropslig bevægelse og med fokus på øget kropsbevidsthed, styret udefra, ville være mere velegnet til målgruppen. På denne baggrund blev formen på mindfulness-træningen ændret til udelukkende at bestå af Iyengar yoga-inspirerede øvelser (Iyengar, 1996; Iyengar, 1991) samt afsluttende afspænding. Dette var med overvejelser om, at man inden for denne yoga-retning fokuserer meget på at tilpasse yogastillingerne samt sekvenseringen i undervisningen til elevernes særlige behov. Der er et særligt fokus på regenererende stillinger frem for fysisk krævende stillinger. Hertil kommer, at undervisningen er meget struktureret, og deltagernes opmærksomhed trænes gennem kontinuerlige instruktioner fra underviseren rettet mod forskellige dele af kroppen i udførelsen af øvelserne. Tankerne omkring den afsluttende afspænding eller støttede yoga-stillinger var, at den inden for Iyengar-yoga (Iyengar, 1996; Iyengar, 1991) anvendes med særlig henblik på at anbringe kroppen i en yogastilling, som er behagelig nok til, at man kan blive i den længe nok til, at den har en mærkbar effekt på nervesystemet. Man antager inden for yoga, at der finder et skift sted fra det sympatiske til det parasympatiske nervesystem, når man bliver i de såkaldte støttede (også kaldet restorative) yogastillinger i tre minutter eller mere. Valget af støttet afspænding skyldtes også, at når brystkassen, overkroppen og bagsiden af hovedet støttes af foldede tæpper, så skabes der mere plads i brystkassen til åndedrættet, samt forsiden af kroppen åbnes og afspændes. Endelig blev det besluttet, at deltagelse skulle være 1) frivillig og/eller 2) aftales med ens individuelle psykolog, når denne vurderede, at klienten besad de nødvendige færdigheder til at begynde træningen. Undervisningen blev herefter varetaget udelukkende af den yogaudannede projektleder.

5. Resultater

De nedenfor beskrevne resultater kommer fra evalueringssamtaler mellem projektets psykologer og klienterne i projektet samt psykologernes observationer af klienterne. Data samlet gennem udredningsinstrumenter samt kvalitative spørgeskemaer og interview er i skrivende stund i færd med at blive bearbejdet. De kvantitativt opgjorte data vil, som tidligere nævnt, foreligge ultimo marts 2011 i form af en slutrapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Overgangen fra meditativ mindfulness-træning til mindfulness-træning gennem yoga medførte et betydelig højere antal deltagere samt et mere stabilt fremmøde. Ni ud af projektets tolv klienter deltog på et tidspunkt i deres behandlingsforløb i mindfulness-træning gennem yoga. Det fremgik af evalueringssamtalerne, at de fleste af klienterne havde været utrolig glade for mindfulness-træning gennem yoga og havde oplevet en ro i sindet samt en kropslig ro. Den kropslige ro blev beskrevet af klienterne som en krop, der ikke var fyldt/spændt op med angst og derved mere afslappet og rolig. En kvinde kommenterede, at det var, som om hun kunne mærke hele nervesystemet skifte og kom langt hurtigere ned i følelse, end hun havde oplevet længe. Hun sagde endvidere, at det var en følelse af at glemme sig selv og sine tanker og følelser for en stund. En gennemgående kommentar fra kvinderne var, at de var kede af, at de ikke havde benyttet tilbuddet tidligere, da de var overraskede over, hvor meget de fik ud af det. Nogle kommenterede, at de efterfølgende havde ønsket, der havde været tvunget fremmøde, da de derved ville have fået mere yogaundervisning.

Yogaunderviseren observerede, at klienterne havde stor gavn af undervisningen og beskrev, at de meget hurtigt faldt ned i arousal og bedre kunne være til stede med fuld opmærksomhed. De rolige og enkle bevægelser, gentagelserne og den kontinuerlige instruktion fra underviseren gjorde det muligt for klienterne at holde fokus uden for sig selv og derved nemmere udholde at mærke kroppen. Kvinderne profiterede endvidere af den afsluttende afspænding, i en af tæpper støttet liggende afspænding. Tæpperne gav en fornemmelse af at være 'pakket lidt ind' og gjorde det mere trygt at ligge på ryggen i et rum med andre. Hertil kommer, at det var nemmere at holde varmen i 10 minutter, da kropstemperaturen faldt, specielt for de lavvægtige kvinder med spiseforstyrrelse. Endelig meddelte flere af klienterne, at det havde stor betydning, at underviseren var kendt fra færdighedsgruppen eller den individuelle terapi. Årsagen hertil blev angivet som, at hun havde kendskab til de psykiske problemstillinger, som de havde med sig. Dette indikerer, at kontekst og relationer er af betydning for målgruppens oplevelse, udbytte og motivation.

De umiddelbare resultater indikerer, at klienterne profiterede af mindfulness-træning gennem yoga som supplement til standard DAT-behandlingen. Dette blev afspejlet i mindre udvandring fra sessionerne og reduktion i

fravær, og klienterne beskrev, hvordan de oplevede en kropslig ro og en reduktion af kropslig uro/angst. Ydermere blev det af underviseren observeret, at klienterne i stigende grad kunne fastholde et fokus uden for sig selv. Dette gjorde det nemmere for dem at opleve kroppen med mindfulness, idet de så småt fik færdigheder til at bevæge sig frem og tilbage fra ydre fokus (opmærksomhed på underviser og fokuspunkter i yogastillingerne) til indre fokus (opmærksomhed på tanker og følelser og en spirende oplevelse af, at de kommer og går), hvilket gjorde det nemmere for dem at udholde at mærke kroppen. Disse foreløbige resultater er i overensstemmelse med projektets hypoteser.

6. Diskussion

Askovhus har gennem en to-årig projektperiode arbejdet med metodeudvikling af mindfulness-træning gennem yoga til kvinder diagnosticerede med en spiseforstyrrelse samt personlighedsforstyrrelse, primært emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (EUP). Behandlingsmetoden bestod af standard DAT samt en times ugentlig mindfulness-træning gennem meditation samt yogaøvelser. Tanken var som sagt at supplere DAT med en kropslig træning i mindfulness for derved at udvikle større kropsbevidsthed hos kvinderne samt styrke indlæringen af mindfulness-færdigheder. Mindfulness-træningen gennem yoga skulle adressere de kropslige problemstillinger, der gør sig gældende for mennesker med spiseforstyrrelser, herunder accept af at være i kontakt med krop og åndedræt under rolige bevægelser. Valget af en lavintensitets-bevægelsesform var bevidst som modsætning til målgruppens foretrukne bevægelsesformer, som oftest er højintensitets-bevægelsesformer, ofte afspejlet i den spiseforstyrredes overmotioneringsproblemadfærd. Formålet var at introducere kvinderne til andre måder at bevæge sig på. Dette ønskedes gjort ved at ændre fokus fra bevægelse for at tabe sig til bevægelse med fuldkommen opmærksomhed for at få mere plads mellem tanker og følelser for herved praktisk og fysisk at erfare, hvad mindfulness-træning er og kan gøre for en. Endvidere skulle den siddende meditative mindfulness-træning bestå i at fokusere opmærksomheden på en genstand, fx åndedræt eller på lyde uden for en selv, og andre gange vende blikket indad for at iagttage sindets bevægelser, dvs. tanker og følelser.

Den første hypotese for projektet var, at kvinder diagnosticerede med en spiseforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse (EUP) ville profitere af øget mindfulness-træning gennem meditation, idet disse ville medføre en reduktion af rumination af tanker og følelser omkring vægt og figur. Erfaringerne fra projektperioden viste, at denne målgruppe ikke profiterede af mediativ mindfulness-træning. Grundene til dette kan være flere. For det første havde mindfulness-træneren ingen psykiatrisk eller psykologisk erfaring og havde derfor svært ved at arbejde med målgruppen, når denne blev dysreguleret.

Endvidere var mindfulness-træneren ikke uddannet i DAT-metoden og havde derfor ikke de fornødne redskaber til at hjælpe klienterne ned i arousal, når dette blev nødvendigt. For det tredje kan det være, at kvinderne havde for meget tanke- og følelsesmylder til at kunne holde fokus på nuet, og for det fjerde kan meditativ mindfulness-træning være svært for mennesker uden en psykiatrisk diagnose, så det kan tænkes at denne form for mindfulness-træning er for svær for klienter med psykiatriske problemstillinger som dem i projektet.

Den anden hypotese for projektet var, at målgruppen ved hjælp af yoga-øvelser ville få et mere positivt forhold til deres krop. Erfaringer fra projektperioden viste, at klienterne øgede deres evne til at fastholde et fokus uden for sig selv. Dette gjorde det nemmere for dem at opleve kroppen med mindfulness, idet de fik færdigheder til at bevæge sig frem og tilbage fra et ydre fokus på yogastillingerne og yogainstruktøren til indre fokus, dvs. opmærksomhed på tanker og følelser. Denne evne gjorde det nemmere for dem at udholde at mærke kroppen. Erfaringerne viste også, at der kan være fordele forbundet med at undervise i mindfulness gennem yoga uden eksplicit at fokusere på, at undervisningen er træning i mindfulness. Dette kan have flere grunde. Det kan tænkes, at yogaundervisningen på denne måde bliver et frirum, der ikke bare er endnu en behandlingskontekst, som klienten indgår i. Endvidere kunne det tænkes, at han/hun får mulighed for at være sammen med andre i en helt almindelig og meget udbredt populær aktivitet. Dette kan betyde, at kvinderne ikke kommer til undervisningen med forventning om behandling, men i stedet byder yogatimen på et rum, hvor de kan lære at være sammen med sig selv, tanker, følelser og krop på en ny måde.

Ydermere viste det sig, at relationen til yogaunderviseren havde en effekt på deltagelse, motivation samt udbytte af mindfulness-træning gennem yoga. Som beskrevet startede mindfulnessstræningen med en mindfulness-træner udefra. Undervejs i projektets forløb blev det vurderet, at kendskabet til målgruppens psykiatri samt undervisning udelukkende i yoga var afgørende for interventionens succes. At denne metodeudvikling var adækvat set med kvindernes øjne, blev dokumenteret ved evalueringsinterview og -spørgeskema ved behandlingens afslutning. Adskillige klienter nævnte, at det havde været en fordel, at de kendte yogaunderviseren. Det, at yogaunderviseren havde kendskab til de psykiske problemstillinger, som de havde med sig, virkede som en beroligende faktor og dermed fremmende for indlæringen af mindfulness. Dette er interessant, da det strider imod den traditionelle tankegang om, at psykologen ikke skal indgå i forskellige roller i relationen med klienten (APA, 2010). Tanken er, at de forskellige roller skaber forvirring for klienten i relationen til psykologen. I dette projekt viste de forskellige roller, som psykologen havde, sig at have en positiv effekt for adskillige klienter. Det kunne tænkes, at det følte trygt for klienterne at blive undervist i yoga af én, som havde kendskab til dem og deres problem-

stillinger, da de derved ikke behøvede at bruge energi på at nedregulere det ofte følelsesmæssige kaos, som de havde med sig til mindfulness-træningen gennem yoga. I forlængelse deraf kunne det også tænkes, at det var utrolig sårbart for målgruppen at skulle "vise" deres krop frem, og at det for mange ville virke som en uoverskuelig opgave at skulle gøre dette, hvis de ikke kendte yogaunderviseren. Disse foreløbige kvalitative og deskriptive data indikerer, at mindfulness-træning gennem yoga er et relevant supplement til DAT-baseret intervention i forhold til målgruppen personer diagnosticerede med en spiseforstyrrelse og emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse.

Konklusion

Der er stadig ingen, som med sikkerhed ved, hvilken behandling der er bedst, når det kommer til behandling af personer diagnosticerede med en spiseforstyrrelse. Endvidere er fokus på behandling af personer diagnosticerede med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse et nyere fænomen. Det er derfor vigtigt at undersøge nye former for interventioner til denne målgruppe. Projektet belyste, at mindfulness-træning gennem yoga i stedet for meditativ mindfulness-træning førte til en positiv effekt hos kvinder diagnosticerede med en spiseforstyrrelse samt emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (EUP). Kvinderne beskrev en oplevelse af kropslig ro samt en positiv oplevelse af at være i kontakt med kroppen. Baseret på observationer fra behandlerne samt evalueringer af behandlingsforløbene forekommer det, at målgruppen fandt en måde, hvorpå de i korte intervaller kunne mærke deres krop uden at dømme den eller mærke angst. Med udgangspunkt i viden og erfaring indhentet fra projektet vil mindfulness-træning gennem yoga fortsætte med at være en del af Askovhus' behandlingstilbud som supplement til den ambulante standard DAT-behandling.

LITTERATUR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder*, (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Standard 3: Human relations. Hentet februar 16, 2011. <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>.
- Berger, B. G. & Owen, D. R. (1988). Stress reduction and mood enhancement in four exercise modes: Swimming, body conditioning, Hatha Yoga and fencing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59 (1), 48-159.
- BROWN, K. & RYAN, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 822-48.
- DAUBENMIER, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 207-219.

- GOLDIN, P. R. & GROSS, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10 (1), 83-91.
- IYENGAR, B. K. S. (1996). *Light on yoga*. New York: Pantheon books, Random House, Inc.
- IYENGAR, G. S. (1991). *Yoga: A gem for women*. USA: Timeless Books.
- KABAT-ZINN, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- KABAT-ZINN, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- KABAT-ZINN, J. (1991). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Dell, Random House.
- LINEHAN, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- JAIN, S., SHAPIRO, S. L., GROSS, J. J., MILLS, P. M., BELL, I. & SCHWARTZ, G. E. R. (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, 11-21.
- MCGORNICAL, K. (2010, June). Your brain on meditation. *Yoga Journal*.
- MCIVER, S., MCGARTLAND, M. & O'HALLORAN, P. (2009). "Overeating is not about food": Women describe their experience of a yoga treatment program for binge eating. *Qualitative Health Research*, 19 (9), 134-145.
- SAFER, D. L., TELCH, C. F. & CHEN, E.Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Symptom Checklist-90-Revised (n.d., 2011). Hentet d. 15. februar, 2011. <http://www.statisticssolutions.com/resources/directory-of-survey-instruments/symptom-checklist-90-revised-scl-90-r>
- SZABO, A., MESKO, A., CAPUTO, A. & GILL, E. T. (1998). Examination of exercise-induced feeling states in four modes of exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 29, 376-390.
- TEASDALE, J. D & SEGAL, Z. V. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. London: Guilford Press.
- WILLIAMS, M., TEASDALE, J. D., SEGAL, Z. & KABAT-ZINN, J. (2007): *The Mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.