

Användandet av meditation (t ex mindfulness och transcendental meditation) för att motverka stress, stressrelaterade problem och öka välbefinnandet, har uppmärksamats de senaste åren. Metoderna används både av friska personer och av personer med någon form av ohälsa. Även sjukvården har börjat använda sig av meditation vid behandlingar, främst mot symtom på stress.

Syftet med meditation och på vilket sätt resultatet nås beror på vilken tradition man utgår ifrån. Generellt använder man sig av olika fokuserings- och koncentrationstekniker.

SBU sammanfattar här en systematisk kunskapsöversikt från Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA, där effekten av olika meditationsprogram vad gäller affekt (kan vara negativ som t ex ångest, eller positiv som t ex välbefinnande), uppmärksamhet, hälsorelaterade beteenden som påverkas av stress (t ex substansmissbruk), smärta och vikt hos personer med någon fysisk eller psykisk ohälsa, har undersökts.

Kommenterad rapport

Meditation programs for psychological stress and well-being. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ [1].

Publicerad: Januari 2014 • Senaste sökning: November 2012

SBU:s sammanfattning

I den systematiska översikten sammanfattas resultaten från 41 studier där olika typer av strukturerade meditationsprogram jämförts med någon typ av aktiv behandling. Sammanfattningsvis visar översikten att mindfulness-meditationsprogram vid jämförelse med icke specifik behandling (t ex livsstilsrådgivning) gav en liten förbättring vad gäller ångest, depression och smärta.

Det finns hittills inga vetenskapliga belägg för att mindfulness-meditationsprogram är bättre än andra strukturerade behandlingsformer eller terapier (t ex kognitiv beteendeterapi, KBT, eller träning). Den gav inte heller något stöd för andra typer av meditationsformer, så som mantrameditation, men dessa typer av metoder är inte tillräckligt väl studerade för att man ska kunna dra tydliga slutsatser.

SBU:s kommentarer

- ▶ Ofta syftar meditationsprogram till att öka positiva aspekter av psykiskt fungerande och välbefinnande, men få studier inkluderade mått på detta och i dessa fall har inga effekter rapporterats.
- ▶ Det finns få studier där negativa effekter av meditationsprogram har undersökts, i de fall där detta gjorts har inga negativa effekter observerats.
- ▶ Studierna i översikten har alla olika grad av metodologiska brister, så som kort uppföljningstid, varierande innehåll i programmen (t ex olika tekniker, antal träningstillfällen och längd på övningstillfällen) och stor variation i typ av kontrollgrupp som använts. Eftersom studiedeltagarna alltid vet vilken behandling de utsätts för och resultaten mäts med subjektiva mått finns generellt en stor risk för att uppmätta effekter helt eller delvis betingas av så kallad placeboeffekt.
- ▶ Fler studier behövs om man vill kunna klargöra hur mycket meditationsträning som krävs för att uppnå positiva resultat, vikten av meditationsinstruktörernas kunskaper och erfarenheter, samt för vilka subgrupper som meditationsprogram är mest effektivt.
- ▶ I Sverige genomförs för närvarande vetenskapliga studier av effekter av meditationsträning (MBSR), bland annat för patienter som be-

handlats för cancer, patienter med beroendeproblematik och gravida.

- ▶ I en artikel i JAMA år 2014 [2] sammanfattade författarna översikten. Till denna sammanfattning gjordes en uppdaterad sökning av litteraturen (sökdatum juni 2013) som medförde att sex nya artiklar inkluderades. De nya artiklarna förändrar dock inte evidensläget och endast små förändringar av de olika effektstorlekarna kunde noteras.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporterna

I rapporten ingår 41 randomiserade kontrollerade studier (RCT) med totalt 2 993 vuxna individer. Författarna har i studierna undersökt mindfulness (31 studier, varav 16 studier var inriktade på mindfulness-based stress reduction (MBSR)), i 4 studier undersöktes mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) och i 11 studier undersöktes någon annan variant av mindfulnessbaserad terapi eller mantra-baserade meditationsprogram (10 studier; 7 av dessa var inriktade på transcendental meditation (TM) och i tre undersöktes annan mantrameditation) hos vuxna med någon form av fysisk eller psykisk ohälsa.

- Majoriteten av studierna (20 stycken) riktade sig mot personer med psykiatriska tillstånd eller substansmissbruk. I övriga studier undersöktes personer med kardiovaskulär sjukdom (n=4), kronisk smärta (n=5), HIV (n=2), lungsjukdomar (n=3), diabetes och metabola sjukdomar (n=3), bröstcancer (n=2), tinnitus (n=1), samt organtransplanterade (n=1).
- Meditationsprogrammen i de inkluderade studierna skulle ha minst fyra timmars instruktorsledd träning samt ge vägledning i hur deltagarna utförde övningarna hemma.
- I studierna skulle forskarna även ha jämfört meditationsprogrammet med någon form av aktiv behandling, denna behandling skulle matcha interventionen i tid och uppmärksamhet.
- I översikten delades studierna upp i två grupper där interventionen jämfördes med icke specifik aktiv kontroll eller specifik aktiv kontroll. I den icke specifika aktiva kontrollen behövde inte kontrollgruppens deltagare få behandling med en etablerad terapiform utan det räckte med att behandlingen var likvärdig interventionen

i tid och uppmärksamhet (behandling som inte förväntas förändra det kliniska tillståndet, kan därmed liknas vid placebo). Vid den specifika aktiva kontrollen krävdes att kontrollgruppen fick behandling med en strukturerad behandlingsform eller etablerad terapi (behandling som förväntas ge en effekt på det kliniska tillståndet).

- Studier av terapiformer där meditation är en mindre del av terapin, till exempel dialektisk beteendeterapi (DBT) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT) exkluderades.
- I översikten inkluderades inte heller studier där författarna undersökte rörelsebaserade interventioner där meditation finns med, till exempel yoga och tai chi.
- Majoriteten av studierna var från USA (n=28), därefter Kanada (n=3), EU-länder (n=6), Sydkorea (n=1), Iran (n=1) och Hong Kong (n=1) och utfördes mellan år 1976 och 2012. Tidsmässigt varade studierna mellan fyra veckor och nio år, de flesta studier var dock relativt korta (mindfulness oftast åtta veckor, mantra något längre).
- Av de inkluderade studierna bedömdes 10 studier ha en låg risk för bias, 20 stycken medelhög risk för bias och 11 studier hög risk för bias.

Syftet med rapporten var att besvara fyra huvudfrågor:

1. Vilka effekter/risker har meditation vid negativ affekt (stress, ångest, etc) och positiv affekt (t ex välbefinnande) hos personer med ett kliniskt tillstånd (medicinsk eller psykiatrisk ohälsa)?
 2. Vilka effekter/risker har meditation på uppmärksamhet hos personer med ett kliniskt tillstånd (medicinsk eller psykiatrisk ohälsa)?
 3. Vilka effekter/risker har meditation på hälsorelaterade beteenden, då speciellt substansmissbruk, sömn och ätande, hos personer med ett kliniskt tillstånd (medicinsk eller psykiatrisk ohälsa)?
 4. Vilka effekter/risker har meditation på smärta och vikt hos personer med ett kliniskt tillstånd (medicinsk eller psykiatrisk ohälsa)?
- Av de 41 studierna tog 32 stycken upp den första frågeställningen. En av studierna ansågs relevant för den andra frågeställningen, 13 studier för den tredje frågeställningen och 14 studier för den fjärde frågeställningen.

Resultat

Mindfulness jämfört med icke specifik aktiv kontroll

- Mindfulness ger jämfört med icke specifik aktiv kontroll en liten förbättring av ångestsymtom, depression och smärta (måttlig evidensstyrka) samt trend till förbättring på psykisk/mental livskvalitet (effektstorleken är inte statistiskt signifikant) och stress¹ (låg evidensstyrka).
- I översikten kunde effekten på positiva känslor inte uttalas, de kunde inte heller uttala sig om effekter på uppmärksamhet, hälsorelaterade beteenden som substansmissbruk, sömn, ätande och vikt, då det vetenskapliga underlaget var otillräckligt.

Mindfulness jämfört med specifik aktiv kontroll

- Mindfulness ger jämfört med specifik aktiv kontroll ingen förbättring på smärta hos personer med kronisk muskelsmärta eller emotionella problem.
- I översikten kunde forskarna inte uttala sig om effekten av andra utfallsmått då det vetenskapliga underlaget var otillräckligt.

Mantraterapi

- I översikten kunde inte någon effekt av mantra-terapi ses. Författarna påpekar dock att evidens-

¹ Författarna ansåg att det fanns risk för en missvisande effektstorlek, pga en stor studie av låg kvalitet, därför redovisades inte värdet för detta utfallsmått. Författarna bedömer istället evidensläget på faktum att de flesta studier visar en statistisk signifikant effekt.

styrkan för mantraterapi var låg och kunskapsunderlaget i många fall otillräckligt.

Originalrapportens slutsatser

Författarna menar att mindfulness har en liten effekt på smärtintensitet. De säger också att översikten visar att mindfulness kan leda till en förbättring av negativa känslor såsom stress, ångest och depression. Författarna påtalar dock att det inte går att se hur effektivt mindfulness är jämfört med andra terapiformer då kunskapsunderlaget är otillräckligt.

Författarna kunde inte se några förbättringar på stress och välbefinnande av mantrameditation. Författarna påpekar dock att kunskapsunderlaget var otillräckligt för många av utfallsmåtten.

Överförbarhet enligt originalrapporten

Författarna påtalar att även om översikten har en stor bredd gällande olika medicinska diagnoser saknas studier för vissa tillstånd. Även om många studier har studerat personer med någon form av psykiska besvär, har de flesta av studierna exkluderat personer med svåra psykiska sjukdomar/problem eller demens. Det är därför oklart om mindfulness passar personer med dessa problem.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Författarna framhåller att det behövs mer forskning av högre kvalitet på området. Då meditationsprogram är en intervention som är omöjlig att blinda för deltagare/terapeut är det viktigt att bedömaren av studieresultatet är blindad, något som saknas i

Tabell 1 Mindfulness jämfört med icke specifik aktiv kontroll, metaanalys.

Utfall	Studier	Deltagare	Effektstorlek vid uppföljning ≤12 veckor och eller 3–6 månader (Standard mean difference, SMD 95% CI)	Evidensstyrka
Ångest	7	558	≤12 veckor 0,4 (0,08; 0,71) 3–6 månader 0,22 (0,02; 0,43)	Måttlig
Depression	9	768	≤12 veckor 0,32 (–0,01; 0,66) 3–6 månader 0,23 (0,05; 0,42)	Måttlig
Smärta	4	341	0,33 (0,03; 0,62)	Måttlig
Stress	8	697	Förbättring *	Låg
Negativa känslor	13	1 102	0,34 (0,14; 0,53)	Låg
Mental livskvalitet	4	346	0,28 (–0,06; 0,62)	Låg

* Författarna ansåg att det fanns risk för en missvisande effektstorlek, pga en stor studie av låg kvalitet, därför redovisades inte värdet för detta utfallsmått. Författarna bedömer istället evidensläget på faktum att de flesta studier visar en statistisk signifikant effekt.

många av studierna. Författarna påpekar även att många av studierna är små, att de har högt bortfall och att de saknar intention to treat-analys. Allt detta bidrar till att studiekvaliteten bedöms som låg och att tillförlitligheten till studiernas resultat minskar. För översikten har detta inneburit att de inte kunnat uttala sig om behandlingens effekter för många av utfallsmåtten.

Författarna menar att meditation förmodligen är en förmåga som kräver träning och där en högre effekt skulle kunna observeras om studierna varit längre och deltagarna fått öva mer. De efterlyser därför studier som pågår under längre tid och där deltagarna fått mer tid att träna med instruktör. Författarna anser också att det saknas studier som undersöker positiva effekter av meditation, till exempel vitalitet och positiva känslor.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [3]. Granskningen visade att den systematiska översikten uppfyllde de definierade kvalitetskraven. I Tabell 7, som visar risk för bias av inkluderade studier, saknas två studier (Malarkey 2012 samt Miller 2012). Deras sammanlagda risk för bias redovisas dock i texten. Det är inte tydligt redovisat om jämförhållandena för de inkluderade studierna har granskats.

Faktaruta 1 Meditationsformer.

Meditation: Meditation omfattar en rad olika tekniker för medvetandeträning utformade för att utveckla medvetandets möjlighet att påverka kroppsliga funktioner och symtom.

Historiskt har meditation varit ett viktigt inslag i många olika religioner.

Mindfulness: Mindfulness är en meditationsteknik som bygger på träning i att vara uppmärksam på det som händer i stunden, ögonblick för ögonblick, utan att döma och med en nyfiken accepterade inställning. Det omfattar ett icke dömande förhållningssätt till inre upplevelser och processer. Mindfulnessträning omfattar både formella meditationsövningar, ofta med uppmärksamheten riktat mot andningen, och informell träning i att vara medvetet uppmärksam i vardagen.

Faktarutan fortsätter i nästa kolumn

Faktaruta 1 fortsättning

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) är det mest spridda mindfulnessprogrammet och det har en tydlig grund i österländsk filosofi. Programmet utvecklades under 1970-talet av Jon Kabat-Zinn och hans kollegor vid University of Massachusetts Medical Center, USA. Programmet utvecklades ursprungligen för patienter med kronisk smärta, men har kommit att användas för att minska stress och depressionssymtom hos patienter med en mängd olika fysiska sjukdomar. Det är en åtta veckors gruppbehandling (cirka 2,5 timme/vecka) med både teoretisk information och praktiska övningar samt träningsuppgifter som genomförs på egen hand sex dagar i veckan mellan grupptillfällena.

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) utvecklades av Zindel Segal, Mark Williams och John Teasdale vid University of Oxford, Storbritannien. Programmet bygger mycket på MBSR och är även det ett åtta veckors gruppträningsprogram. Den är manualbaserad och kombinerar mindfulness-tekniker med inslag av kognitiv beteendeterapi. Programmet utvecklades ursprungligen för att förhindra återfall i depression, men har kommit att användas för en lång rad olika psykiska problem och stress kopplat till fysisk sjukdom. Precis som i kognitiv beteendeterapi ligger fokus på att få deltagaren att se tankar som mentala händelser snarare än som fakta, och på att identifiera dysfunktionella automatiska tankar och grundantaganden som vidmakthåller depressionssymtomen. Skillnaden mellan traditionell kognitiv beteendeterapi och MBCT är att i MBCT läggs tonvikten på att förändra deltagarens förhållande till sina tankar och känslor snarare än att förändra eller ersätta dysfunktionella tankar.

Mantrameditation: Det finns olika typer av mantrameditation. Gemensamt för dessa tekniker är träning i att rikta uppmärksamheten på ett ljud, ord eller ordkombination (ett mantra). Den mest spridda formen av mantrameditation är Transcendental Meditation (TM). Det är en strukturerad form av meditationsträning som genomförs två gånger om dagen under cirka 15–20 minuter med en målsättning att uppnå avslappning, minskad stress och självutveckling. En skillnad från mindfulness är att betoningen i TM ligger på den mycket regelbundna formella meditationsträningen, medan mindfulnesssträning syftar till en förmåga att vara medvetet närvarande i vardagen.

Faktaruta 2 Ordförklaringar.

Bias: En bedömning av studiernas kvalitet. En studie med hög bias har flera olika brister vilket medför att trovärdigheten till studiens resultat blir lågt.

Blindad studie: I kliniska studier är det bäst om deltagare, forskare samt bedömare av studie-resultatet inte vet vilken behandling som de olika deltagarna fått. Detta för att personernas förväntningar på behandlingen kan ge felaktiga resultat om de vet vilken behandling de får. Detta är särskilt viktigt när försökspersonen kan påverka resultatet, exempelvis ska ange hur hon mår, medan problemet är mindre vid så kallade hårda utfall, till exempel död.

Metaanalys: En statistisk metod som utnyttjar resultaten från flera studier för att ge ett sammanvägt resultat.

Randomiserad kontrollerad studie, RCT: Ett vetenskapligt experiment (studie) där deltagarna slumpmässigt (randomiserat) blivit tilldelade en av flera behandlingsformer.

Standard mean difference (SMD): Används vid metaanalyser när studierna använt sig av olika skalor, till exempel för att mäta ångestnivåer. Här räknas en effektstorlek på 0,2–0,5 som liten effekt, 0,5–0,8 som en måttlig effekt och >0,8 som en stor effekt.

Systematiska kunskapsöversikter: Rapporter där man systematiskt sökt vetenskaplig litteratur från hela världen, kvalitetsgranskat denna och vägt samman forskningsresultaten.

Evidensstyrka: En bedömning av hur starkt det samlade vetenskapliga kunskapsunderlaget är. I denna översikt används fyra kategorier; hög, måttlig, låg och otillräcklig. Hög innebär att tillförlitligheten i effekten är stor och att det är osannolikt att framtida forskning kommer att förändra effekten. Måttlig innebär att framtida forskning kan förändra effekten och låg innebär att framtida forskning förmodligen kommer ändra effekten. Bedömningen otillräcklig innebär att det antingen finns för lite forskning, forskningen är dåligt utförd eller att den forskning som finns inte är samstämmig nog för att man ska kunna uttala sig om effekten av interventionen.

Lästips

- Chiesa A, Malinowski P. Mindfulness-based approaches: are they all the same? J Clin Psychol 2011;67:404-24. doi: 10.1002/jclp.20776. Epub 2011 Jan 19.

Referenser

- Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. In: Meditation Programs for Psychological Stress and Well-Being. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. Jan. Report No.: 13(14)-EHC116-EF.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2014;174:357-68. Doi:10.1001/jamainternmed.201313018
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10.

Projektgrupp

Sakkunnig

Richard Bränström, leg psykolog, docent i folkhälsovetenskap, Institutionen för klinisk neurovetenskap (CNS), K8, Institutionen för folkhälsovetenskap (PHS), K9, Karolinska Institutet

SBU

Marie Österberg, projektledare
Madelene Lusth Sjöberg, projektadministratör

Granskare

Thomas Parling, leg psykolog, lektor i psykologi, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar nr 2014_11

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Olivia Wigzell, generaldirektör SBU
Programchef: Jan Liliemark, SBU
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
08-412 32 00 • registrator@sbu.se • www.sbu.se