DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

Mindfulnessbasert stressreduksjons psykoterapeutiske etos:

En teoretisk analyse

Katia Iren Chaton Østlie

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Høst 2019

Hovedveileder: Henrik Berg
Biveileder: Per-Einar Binder

Ingen fagperson er uten verdier i sine handlinger. Bare det å velge et menneskesyn via en teori fører til at terapeuten forstår psykiske lidelser på en spesiell måte. Dermed har fagpersonen tatt standpunkt til forholdet mellom individ og samfunn.

(Hammerlin & Larsen, 1997, s. 141-142)

Sammendrag

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) utgjør de viktigste styringsprinsippene for å regulere psykoterapeutisk behandling og forskning i Norge i dag. Teksten redegjør for utviklingen av EBPP-rammeverket og hvordan dette regulerer klinisk psykologi. Tekstens hovedpåstand er at EBPP i liten grad inkorporerer verdiene som finnes i psykoterapi praksis. Ulike psykoterapeutiske tilnærminger inneholder en rekke normative grunnforutsetninger, her betegnet som *psykoterapeutisk etos*. Etoset omhandler forhold som tilnærmingens menneskesyn, konseptualiseringen av lidelse, rollefordeling i terapisituasjonen og forholdet mellom kropp og sinn. Oppgaven inneholder en analyse av det psykoterapeutiske etoset til Mindfulnessbasert Stressreduksjon (MBSR). MBSR har vært toneangivende for utviklingen av mindfulnessbaserte tilnærminger i psykologien. Avslutningsvis drøftes kliniske implikasjoner etoset har med et særfokus på brukermedvirkning.

Abstract

Evidence-based psychological practice (EBPP) are currently the most important guiding principles for regulating psychotherapeutic treatment and research in Norway. This paper describes the development of EBBP and shows how this framework regulates psychotherapy. Its main assertion is that EBPP does not embody the existing values in psychotherapy practice. Different psychotherapy schools contain a nexus of normative assumptions, here called psychotherapeutical ethos. These ethoses contain answers to questions like what is a human being, what is suffering, what are the roles of the patient and therapist and what is the relationship between mind and body. The paper contains an analysis of the psychotherapeutical ethos of the Mindfulnessbased Stressreduction Program (MBSR), which arguably has been the most influential mindfulness based approach. Finally, the paper discusses clinical implications of psychotherapeutical ethos with a particular focus on user involvement.

Innholdsfortegnelse

FORSIDE, VEILEDERE, SITAT 1-3
SAMMENDRAG, ABSTRACT 4-5
INNHOLDSFORTEGNELSE 6
FORORD 7
PSYKOTERAPEUTISK ETOS TIL MBSR, EN TEORETISK ANALYSE 8-9
DEL 1: EVIDENSBASERT PRAKSIS I PSYKOLOGI 10-17
Utviklingen av Forskningsbasert Psykologisk Praksis 11-12
Evidensbasert Praksis i Psykologi: en tredelt Modell 12-15
EBBPs definisjon av Psykoterapi og Normative teorier 15-17
Problemstilling og metodikk 17
DEL 2: ANALYSE AV DET PSYKOTERAPEUTISKE ETOSET TIL MBSR 18-36
Mindfulness og Psykoterapeutisk Etos 18
Hva er Mindfulness? 18-19
Hva er MBSR? 19-20
Seleksjon av Litteratur innen MBSR 20-22
Hva vil det si å være Menneske? 22-28
Om naturen til Lidelse 28-33
Forholdet mellom Kropp og Sinn 33-35
Terapeutens og Pasientens rolle 35-36
DEL 3: PSYKOTERAPEUTISK ETOS OG BRUKERMEDVIRKNING 37-43
Brukermedvirkning som Juridisk Rettighet og Fagpolitisk Ideal 37-38
Sentrale Elementer i Brukermedvirkning 38-39
Brukermedvirkning i Praksis 39-40
Etoset sine Konsekvenser for Brukermedvirkning 40-43
KONKLUSJON/AVSLUTNING 44-45
Analysens begrensninger og nytterverdi 44-45
REFERANSER 46-49
FIGURER, TILLEGG 49-54

Forord

Å studere psykoterapi innebærer å få et innblikk i det mangfoldet av terapeutiske tradisjoner og måter å gjøre terapi på. Terapeutisk pluralisme gir rom for mange ulike mennesker i ulike livssituasjoner. Samtidig opplever jeg i møtet mellom teori og praksis i dette feltet mye forvirring og frustrasjon. Hvordan navigere i dette rike landskapet, stilt ovenfor en så viktig og ansvarsfylt oppgave som psykoterapi? Her er det både nyttig og nødvendig å kunne støtte seg til hva som tidligere har vist seg å være virksomt. Dette vekker imidlertid en annen nysgjerrighet, nemlig *hva vil det si at en terapitilnærming er forskningsbasert?*

Denne oppgaven er resultatet av en anledning til fordypning og utforskning av disse spørsmålene. Dette hadde ikke vært mulig uten tiltrettelegging, hjelp og støtte fra andre. Takk til veileder Henrik, som i tillegg til å være en stor inspirasjonskilde, tålmodig og grundig har lest og kommentert utallige rotete utkast. Takk også til biveilder Per-Einar Binder for ypperlig veiledning innenfor mindfulnessbasert terapi.

I tillegg vil jeg takke de flotte menneskene som på ulike måter er tilstede i denne oppgaven. Dette gjelder særlig familien hest og den poststrukturalistiske mocktailgruppa. Marianne for ypperlig korrekturlesing. Jean og Annie for uforstyrret lesero. Milena for selskap og støtte i skriveprosessen. Takk til Tuva og Felipe som utvidet min horisont.

Takk også til Det psykologiske fakultetet ved UiB og alle de i referanselisten som har tatt seg tid til å skrive ned kunnskapen sin til opplysning og refleksjon for andre.

Mindfulnessbasert stressreduksjons psykoterapeutiske etos: En teoretisk analyse

Psykoterapi er en uunngåelig verdiladd aktivitet. Psykoterapeutisk praksis har som hensikt å endre menneskers liv til det bedre. Dette forutsetter et utgangspunkt hvor noen måter å leve på regnes som bedre enn andre. Selv om det også eksisterer betydelig overlapp, innehar ulike psykoterapeutiske skoler relativt distinkte *etos*, normative antagelser som sier noe om deres menneskesyn (Berg & Slaattelid, 2017). Disse psykoterapeutiske etosene er ikke nødvendigvis eksplisitte innenfor de ulike psykoterapeutiske teoriene. For å avdekke terapitilnærmingers normative utgangspunkt kreves det derfor at man leser teori eller observerer klinisk praksis med et bestemt «analytisk blikk». Dette blikket ser blant annet etter hvordan terapitilnærmingen konseptualiserer lidelse og psykisk helse, hvilke holdninger og verdier som gjenspeiler seg i pasient- og terapeutrollen og hvordan menneskets tilværelse blir beskrevet. Andre viktige moment er forholdet mellom kropp og sinn og terapitradisjonens syn på forholdet mellom individ og samfunn (se for eksempel Hammerlin & Larsen, 1997).

På tross av at terapiens på mange måter åpenbare verdigrunnlag eksisterer det parallelt forestillinger om terapi som en verdinøytral praksis (Miller, Gold, & Anchin, 2005). Dette synet har dype røtter i psykologiens vitenskapelige ambisjoner, basert på modernitetens idealer (Wieringa, Engebretsen, Heggen, & Greenhalgh, 2017). Oppgavens første del beskriver hvordan disse ambisjonene og idealene i dag gjenspeiles i prinsippene til evidensbasert praksis i psykologi (EBPP). EBPP utgjør de viktigste styringsprinsippene for reguleringen og legitimering av psykoterapi i dag. EBPP defineres som integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål (NPF, 2007).

I prinsipperklæringen for EBPP står det at prinsippene er hentet fra evidensbasert medisin (EBM). EBM som begrep dukket opp på starten av 90-tallet som et forsøk på erstatte ekspertbasert behandling med veldokumenterte behandlingsformer (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). EBM etablerte en standard for hvilken type forskning som egner seg til å måle behandlingseffekt. Disse metodiske kravene har til en viss grad blitt nedarvet i EBPP, selv om EBPP har mindre stringente krav til hva som konstituerer forskningsevidens (Levant, 2005). Oppgaven forsøker å belyse hvordan denne oversettelsen av EBM til EBPP har vært medvirkende for at verdier har en lite betydningsfull plass i klinisk psykologi i dag.

Oppgavens andre del retter blikket mot mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR), et 8-ukers behandlingsopplegg utviklet på 1970-tallet av Jon Kabat-Zinn. Dette kurset er den første systematiske og empirisk støttede bruken av mindulness i helsesektoren (Fulton, Germer, & Siegel, 2005). Denne delen ønsker svare på følgende spørsmål: Hva kjennetegner det psykoterapeutiske etoset til MBSR? For å gjøre dettte benyttes en teoretisk analyse av MBSR-litteraturen, avgrenset til tekstene av Jon Kabat-Zinn. Analysemetoden er eksplorativ og benytter det analytiske begrepet psykoterapeutisk etos for å belyse de mest sentrale aspektene ved MBSR, analysens objekt. Etter en kort redegjørelse av mindfulness deles analysen opp i følgende overskrifter: (1) Hva vil det si å være et menneske? (2) Hva regnes som lidelse? (3) Hvordan er forholdet mellom kropp og sinn? (4) Hva kjennetegner terapeutens og pasientens roller?

Den tredje og siste delen diskuterer hvilke implikasjoner psykoterapeutisk etos har for psykoterapipraksis og brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og en mye omtalt målsetting på nasjonalt nivå (Sosial- og helsedepartementet, 1996-97; Helsedirektoratet, 2017). Det er også et fagetisk ideal som handler om anerkjennelse og respekt for brukerne. Denne delen diskuterer hvilken rolle etoset til MBSR har for brukermedvirkning, ved hjelp av eksempler fra analysen i oppgavens andre del.

Del 1: Evidensbasert praksis i psykologi og psykoterapi som normativ praksis

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) utgjør de viktigste styringsprinsippene for å regulere psykoterapeutisk behandling og forskning i dag (Berg, 2019; Norcross, Beutler, & Levant, 2006). I Norge er EBPP toneangivende for flere aspekt ved psykisk helsevern. Store deler av det offentlige helsevesenet, utdannelsesinstitusjoner, fagorganisasjoner, forskning og klinisk praksis følger prinsippene i EBPP. Dette er også trender man finner igjen internasjonalt (Levant, 2005; Odland, 2013; Rønnestad, 2008).

EBPP er utformet etter evidensbasert medisin (EBM) (Rønnestad, 2008). Utviklingen av EBPP bør derfor sees i sammenheng med utviklingen av evidensbegrepet innen medisin. På begynnelsen av 70-tallet var det flere som kritiserte datidens tilnærming til medisinsk praksis. En pinoeer blant disse var Archie Cochrane. Cochrane (1972) viste at medisinsk praksis typisk var basert på ekspertmeninger og kliniske observasjoner og sjelden direkte på kontrollerte studier. Han ønsket å redusere bruken av skadelige og ineffektive behandlinger og fremmet randomiserte kontrollerte forsøk (se under) som en metode som kunne tilveiebringe slik informasjon (Cochrane, 1972).

Cochrane's ideer stimulerte den påfølgende utviklingen av EBM. EBM ble lansert på 90-tallet som et nytt paradigme med hensikt å kvalitetssikre at medisinsk praksis var forankret i systematisk empirisk dokumentasjon. Tilgangen til systematisk empirisk dokumentasjon hadde som formål å gjøre den enkelte kliniker i stand til å skille virksomme fra uvirksomme behandlingsmetoder (Guyatt et al., 1992). Etter lanseringen har EBM blitt revidert flere ganger, men enkelte komponenter har forblitt uforandret gjennom de ulike revisjonene.

Et av kjerneelementene i EBM er evidenshierarkiet. Dette rangerer randomiserte kontrollerte studier og sammenstillinger av disse som beste evidens, etterfulgt av kvasi-eksperimentelle design og observasjonsstudier. Nederst i evidenshierarkiet finnes ekspertuttalelse (Straus, 2011). Randomiserte kontrollerte studier er et eksperimentelt forskningsdesign utviklet for å evaluere effekten av en bestemt intervensjon. Den gjennomføres ofte på to grupper, der deltakerne fordeles tilfeldig til enten behandlings- og kontrollgruppen. Denne tilfeldige inndelingen betegnes som randomisering. Randomiseringen utjevner gruppeforskjellene og gjør gruppene sammenlignbare. Sammen med den eksperimentelle kontrollen gir randomiseringen mulighet til å kontrollere for tredjevariabler som svekker evnen

til å rekke årsaksslutninger. Effekten av behandlingen vises ved å sammenligne de to gruppene etter gjennomføring av intervensjonen (Timmermans & Berg, 2003).

Begrepet EBM har utviklet seg fra et nokså ensidig fokus på forskningsevidens til å inkludere flere elementer. Dette gjenspeiles i rammeverkets ulike definisjoner. Til å begynne med var EBM definert som «...den pliktoppfyllende, eksplisitt og skjønnsom bruken av dagens beste evidens i beslutningstaking for den enkelte pasients helse"[1] (Sackett et al., 1996, s. 71, min oversettelse). I en senere revisjon blir imidlertid EBM definert som «...integreringen av den beste forskningsevidensen med klinisk ekspertise og pasientverdier» (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000, s. 1, min oversettelse). Denne ekspansjonen representerer et skifte fra å la forskning diktere klinisk praksis til mer individuelt tilpassede behandlingsopplegg. Etter den siste revisjonen kan klinikeren i større grad tilpasse behandlingen til den enkelte pasients verdier og preferanser.

Utviklingen av Forskningsbasert Psykologisk Praksis

Utviklingen av en forskningsbasert tilnærming til psykologi har flere likehtstrekk med utviklingen til EBM. Helt siden etableringen av det første laboratoriet for psykologisk forskning i 1879 har den vitenskapelige legitimiteten preget psykologi som fagfelt. (Robinson, 1987). Bruken av randomiserte kontrollerte studier i psykologien var ikke vanlig før på 70-tallet da de første meta-analysene viste at psykoterapien er en virksom behandlingsform (Smith & Glass, 1977). På 90-tallet var det en voksende bekymring blant psykologer at mange retningslinjer anbefalte farmasøytisk behandling over samtaleterapi. Dette økte behovet for forskning på effekten av psykoterapi som kunne sammenlignes med forskningen på psykofarmaka (Levant, 2005).

På tross av mer tilgjengelig forskning som viste at ulike psykoterapeutiske behandlingsformer er effektive, ble det observert at bare et fåtall av klinikere anvendte dette i praksis (Herbert, 2003). Blant annet for å redusere gapet mellom forskning og praksis introduserte den amerikanske psykologforeningen (APA) begrepet empirisk validert behandling (EVB) i 1995 (Chambless et al., 1996). EVB ble senere revidert til empirisk støttede

---

[1] The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients

behandlinger (ESB) og deretter til forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer (FPB). EVB/ESB/FPB inneholder en liste med ulike psykoterapiskoler (f.eks. kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi) som har vist seg virksomme for spesifikke psykiske lidelser (f.eks. depresjon eller fobisk angst). Kriteriene for at en behandling kommer på denne listen er at dens virksomhet er dokumentert gjennom flere RCT-studier eller single-subject design (Se *Figur 1* for kriteriene til den tidligste utgaven av EVB) (D. Chambless & Ollendick, 2001; D. L. Chambless et al., 1998; Levant, 2005). Single-subject design, også kalt N=1 RCT, er et eksperimentelt forskningdesign der samme person måles både før og etter en intervensjon. Dataene som innhentes før intervensjonen fungerer tilsvarende som kontrollgruppen i en randomisert kontrollert studie (Cozby & Bates, 2015).

EVB/ESB/FPB og scientisme. I likhet med de tidligste utgavene av EBM ble tilnærmingen til EVB/ESB/FPB kritisert for en scientistisk tilnærmning. Scientisme betegner en vitenskapsforståelse hvor vitenskap ansees som den eneste legitime kunnskapskilden for å informere praksis (Odland, 2013). Peterson (2004) skiller mellom tre ulike måter å klassifisere i hvilken grad eksperimentell og kvantitativ vitenskap bør danne grunnlag for psykologisk praksis. Det ene ytterpunktet er et konstruktivistisk perspektiv der kvantitative vitenskapelige metoder regnes som lite velegnet for å informere klinisk psykologi. Det andre ytterpunktet er scientistisk og betrakter den vitenskapelige metoden som overlegen alle andre kunnskapskilder, inkludert klinisk ekspertise og kvalitative og/eller hermeneutiske analyser. Det tredje perspektivet faller midt imellom disse to ytterpunktene og anser vitenskapen som en viktig, men utilstrekkelig informasjonskilde (Peterson, 2004).

Basert på denne klassifikasjonen representerte EVB/ESB/FPB et scientistisk perspektiv ettersom kun kvantitative forskningsmetoder er ansett som velegnet for å informere praktisk terapi. Denne tilnærmingen ble sterkt kritisert av proponenter fra en gruppe som mente at det er nødvendig å benytte andre kunnskapskilder enn eksperimentelle studier for å informere klinisk praksis (Bohart, O'Hara, & Leitner, 1998; Gupta, 2014). Dette skapte press på fagfeltet til å utarbeide prinsipper med en mer inklusiv tilnærming til hva som skal styre klinisk praksis. På denne måten kan EVB/ESB/FPB sees på som forløpere til EBPP (Levant, 2005; Odland, 2013).

Evidensbasert Praksis i Psykologi: en Tredelt Modell

I 2005 dannet APA en komité med hensikt å uforme prinsipper for hvordan evidens skal forstås og brukes i klinisk psykologi. Dette resulterte i rapporten «Report of the 2005 Presidental

Task Force on Evidence-based Practice» (Levant, 2005). Norsk psykologforening sluttet seg til denne rapporten, og i 2007 oversatte og vedtok de APAs Prinsipperklæringen i sin helhet (Odland, 2013; Rønnestad, 2008). EBPP defineres her som «Integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (NPF, 2007, s. 1). Denne definisjonen vektlegger altså klinisk ekspertise og pasientkarakteristikker som essensielle faktorer for effektiv psykologisk behandling, i tillegg til vitenskapelige studier (APA, 2006; NPF, 2007). Den er nesten identisk med den nevnte tredelte definisjonen av EBM, og indikerer EBPPs nære slektskap med EBM (APA, 2006; Sackett et al., 2000). Ifølge prinsipperklæringen er hensikten med EBPP «(...) å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper» (APA, 2006, s.1). For å få et innblikk i hvordan EBPP kan se ut i praksis skal oppgaven nå gå nærmere inn på hva de tre pillarene i EBPP inneholder.

Beste forskningsevidens. Beste forskningsevidens henviser ifølge prinsipperklæringen til vitenskapelige resultater fra psykologi og beslektede fagfelt på ulike relevante aspekter (for eksempel intervensjoner, utredning, pasientpopulasjoner). Intervensjoner som ennå ikke er undersøkt gjennom forskning anses ikke som uten virkning, men disse bør evalueres (NPF, 2007). I boken «Clinician's Guide to Evidence-Based Practices: Mental Health and the Addictions» hevder Norcross et al. (2008) at beste forskningsevidens er det viktigste av de tre leddene. Dette er fordi klinikeren først tar utgangspunkt i relevant forskning for så å integrere denne med de to andre elementene (Norcross, Hogan, & Koocher, 2008). I tillegg gir navnet evidensbasert praksis i psykologi en indikasjon på at forskningsevidens har en særegen posisjon i prinsipperklæringen. Beste forskningsevidens indikerer hvilken type behandling som bør brukes på hvilken type diagnose, hvilke pasientegenskaper behandlingen skal ta hensyn til og rammene for pasientens brukermedvirkning.

Klinisk ekspertise. Klinisk ekspertise beskrives som «...omfattende kunnskap og ferdigheter som fremmer positive terapeutiske resultater» (NPF, 2007, s. 2). Den inkluderer ferdigheter som gjennomføring av utredninger, diagnostiske vurderinger, systematiske kasusformuleringer, utviklingen av terapeutiske allianser, selvrefleksjon, forståelse for pasientens situasjon og bruk av tilgjengelige ressurser. Den utvikles gjennom klinisk og vitenskapelig opplæring, teoretisk forståelse, erfaring, egenrefleksjon og videreutdanning. (NPF,

2007). Klinisk ekspertise er viktig for å integrere forskningsbasert kunnskap med kliniske data, og er også et uttrykk for klinikerens faglige autonomi.

Pasientens egenskaper, verdier og kontekst. Dette elementet handler om å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient sine «...konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser» (NPF, 2007, s. 3). I prinsipperklæringen understrekes det at dette er sentralt for å maksimere terapiens virksomhet, da mange pasientfaktorer har vist seg å ha innvirkning på resultatene av behandlingen. (Se for eksempel Norcross, 2002; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2011). I tillegg står det at et sentralt mål med EBPP er å gi pasienten mulighet til å velge mellom så mange effektive intervensjoner som mulig (NPF, 2007).

Sammenligning av EBPP og EVB/ESB/FPB. EBPP skiller seg fra EVB/ESB/FPB på flere punkter. Ifølge APA er en av hovedforskjellene at EBPP begynner med pasienten og hvilke forskningsresultater som kan hjelpe psykologen i å oppnå beste mulige behandlingsresultater. EVB/ESB/FPB på den annen sid, tar utgangspunkt i en spesifikk lidelse og hvilken behandlingsmetode som egner seg for å behandle denne lidelsen (Levant, 2005). Hensikten med denne endringen er å i større grad ta hensyn til den individuelle pasients situasjon, ønsker og behov (NPF, 2007; Odland, 2013). En annen forskjell er at EBPP har et mer inklusiv tilnærming til hvilken type forskning som regnes som evidens enn EVB/ESB/FPB (Levant, 2005). EVB/ESB/FPB baserer seg som nevnt kun på forskningsresultater fra eksperimentelle forskningsmetodologier. EBPP anerkjenner at ulike evidens kan baseres på en rekke typer forskningsdesign og metodologier (NPF, 2007). Dette inkluderer metastudier, RCT-studier, naturalistiske intervensjonsstudier, folkehelse og etnografiske studier, systematiske kasusstudier, kvalitative forskningsdesign og kliniske observasjoner (Levant, 2005). Det vektlegges også at andre evidenstyper påvirker helsepolitikk og praksis, eksempelvis forskning på folkehelse, epidemiologi, menneskers utvikling, sosiale relasjoner og nevrovitenskap (NPF, 2007).

På tross av dette inneholder prinsipperklæringen til EBPP en form for evidenshierarki. I prinsipperklæringen står det at «Gyldigheten av konklusjoner fra intervensjonsforskning er basert på en generell progresjon fra klinisk observasjon til systematisk oppsummering av randomiserte kliniske forsøk». (NPF, 2007, s. 2). Systematiske oppsummeringer av RCT-studier regnes altså som den sikreste kilden til evidens på behandlingseffekt. Selv om dette ikke gjøres eksplisitt i prinsipperklæringen, kan evidenshierarkiet i EBPP sees på som en videreføring av et av EBMs

viktigste prinsipper. Dette gjør også at EBPP kan plasseres på det midterste nivået til Petersons oversikt (Peterson, 2004). Grunnen til dette er at EBPP hevder at kvantitativ vitenskap er en nyttig kunnskapskilde for store deler av psykologien, samtidig som de anerkjenner kvalitative metoder, terapeutens ekspertise og pasientens preferanser som verdifulle informasjonskilder til klinisk praksis.

EBBPs definisjon av Psykoterapi og Normative teorier

Forskningsmetodene som fremheves av EBPP rubriseres gjerne som positivistiske eller post-positivistiske. Disse antar at påstandskunnskap eller empiriske fakta sier noe om verden slik den *er*. De baseres på observasjon/erfaring og da gjerne gjennom en eksperimentell logikk. Hensikten er å komme frem til den mest nøyaktige beskrivelsen av virkeligheten for å kunne predikere fremtidige hendelser. I dette grunnperspektivet ansees subjektive verdier gjerne som konfunderende variabler som reduserer forskningens gyldighet. Derfor er det en målsetning i empiriske studier å forsøke å skille subjektive verdier fra den «objektive virkeligheten» (Ekeland, 2004; Goldenberg, 2005; Gupta, 2009).

Verdier sier noe om hvordan verden *bør* være. Teorier om verdier («Value Theory») har lange røtter innen moralfilosofien og etikken. Her omtales temaer som for eksempel hva som er av verdi og hva som konstituerer «det gode» (Schroeder, 2016). To sentrale tradisjoner er deskriptiv etikk og normativ etikk. Deskriptiv etikk beskriver folks faktiske moralske system (e.g. mennesker i Norge mener det er galt å lyve). Normativ etikk beskriver ulike teorier om hva som konstituerer det gode (e.g. det gode er handlinger som fører til mest mulig lykke for flest mulig) (Schroeder, 2016).

Det er i dag bred enighet om at psykoterapi både er en verdiladd og en empirisk basert praksis (Hamilton, 2013; Miller et al., 2005; Tjeltveit & Gold, 2004; Woolfolk, 2015). Det finnes med andre ord ikke lenger noen bred aksept for modernitetens syn på vitenskapen som en verdinøytral, apolitisk praksis som stadig kommer nærmere objektive sannheter om verden (Miller et al., 2005; Teo & Rieber, 2005). Verdier styrer hva man forsker på. For eksempel foreligger det mer forskning på selvmord blant unge mennesker enn blant eldre, selv om dette forekommer hyppigere blant den eldre populasjonen (O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004). Innenfor psykoterapiforskning evalueres virksomheten til terapeutiske retninger hvis teori baseres på ulike verdisett.

Psykoterapiretningers ulike verdisett kan knyttes til en gjentagende kritikk av EBPP: EBPP gir forrang til noen psykoterapiretninger fremfor andre (Gupta, 2014). Bohart et al. (1998) har skrevet en artikkel om humanistiske terapiretningers inkompatibilitet med EBPP. De hevder blant annet at ulike tilnærminger til psykoterapi er analoge til vitenskapelige paradigmer, da de inneholder internt sammenhengende «påstandspakker» om menneskets natur. Disse følger, i følge foratterne, sine egne logikker som behøver ulike metodologier for å undersøke behandlingens effekt. Langvarig psykodynamisk terapi trekkes også ofte frem som en terapitradisjon som vanskelig lar seg vurdere ved hjelp av randomiserte kontrollerte studier (Gupta, 2009; Ikonen, 2015).

Disse påstandspakkene kan sammenlignes med terapiretningenes verdisett. Humanistiske terapiretninger har en annen forståelse av hva som regnes som det gode liv, psykisk lidelse og helse, enn for eksempel kognitive retninger. Det finnes studier som undersøker hvordan terapeutens og pasientens personlige verdier endres gjennom et terapiforløp og påvirker utfallet av terapi (Kelly & Strupp, 1992). Det er derimot få diskusjoner om ulike terapiskolers normative innhold, og hvilke konsekvenser dette har for pasienter, brukermedvirkning og på samfunnsnivå (Berg & Slaattelid, 2017).

Psykoterapeutisk etos. EBBP legitimerer og promoterer bruk av psykoterapeutiske behandlingsformer hvis effekt kan demonstreres gjennom empiriske forskningsfunn (APA, 2006). Som vi har sett regnes ikke forskningsbaserte behandlingsformer som tilstrekkelig for evidensbasert psykologisk praksis, da denne må tilpasses til den enkelte pasient ved bruk av klinisk ekspertise. Vi har også sett at kriteriene for at en behandling regnes som evidensbasert er at dette demonstreres gjennom vitenskapelige studier. Systematiske gjennomganger av RCT-studier gir de mest gyldige konklusjonene.

I artikkelen «Facts and values in psychotherapy—A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice» utfordrer Berg og Slaattelid (2017) at kritertene for forskningsbasert behandling er tilstrekkelig for å evaluere en psykoterapi-retning. De hevder at EBPPs kriterier for forskningsevidens innebærer en implisitt definisjon av psykoterapi som reduserer denne til empiriske påstander. Eksempelvis egner forskningsevidens seg til å svare på spørsmål som: «I hvilken grad førte behandlingen til symptomsreduksjon?», «Hvor mange opplevde bedring?» og «Hvor lenge vedvarte denne bedringen?».

I tillegg til disse empiriske merittene finnes det andre aspekter ved psykoterapi som kan være av betydning for evalueringen av psykoterapi, ifølge Berg og Slaattelid (2017). De trekker frem et slik element: psykoterapeutisk etos. Psykoterapeutisk etos omfatter de normative grunnforutsetningene som er innebygde i teoriene til de ulike terapiskolene. Etoset gir svar på en rekke normative spørsmål. Disse inkluderer, men er ikke begrenset til, spørsmål som «Hva er det å være menneske?», «Hva er det gode liv», «Hva er lidelse?» og «Hva er relasjonen mellom kropp og sinn. Disse spørsmålene kan ikke besvares ved hjelp av eksperimentelles forskningsmetoder. Videre skriver de at «(...) enhver tilstrekkelig og reell sammenligning mellom de ulike psykoterapeutskolene bør inkludere disse viktige normative målene». (Berg & Slaattelid, 2017 s. 1076, min oversettelse).

Problemstilling

Del 2 tar utgangspunkt i følgende problemstilling: Hva kjennetegner det psykoterapeutiske etoset til MBSR, slik kurset fremstilles av Jon Kabat-Zinn? For å svare på dette benyttes en teoretisk analyse. Denne innebærer en gjennomgang av de mest sentrale tekstene innenfor MBSR med hensikt å trekke ut normative verdier som beskriver menneskesynet og verdigrunnlaget MBSR er basert på. Dette fremlegges som et supplement til den empiriske evalueringen av psykoterapi som promoteres av EBPP.

Følgende aspekter trekkes frem som de mest sentrale elementene til en terapiskoles psykoterapeutiske etos (Listen er basert på artikkelen til Berg og Slaattelid (2017)):

- Hva vil det si å være et menneske?
- Hva kjennetegner «det gode liv»?
- Hva er lidelse?
- Hvordan er synet på forholdet mellom kropp og sinn?
- Hva er forholdet mellom et individ og andre mennesker? Hvordan påvirker dette forholdet mellom terapeuten og pasienten?

Del 2: Analyse av det Psykoterapeutisk Etoset til MBSR

Mindfulness og Psykoterapeutisk Etos

Buddhistisk tankesett og meditasjon har inspirert en rekke terapeuter helt siden 1930-tallet. Psykodynamiske teoretikere som Carl Jung, Erich Fromm og Karen Horney hadde alle en interesse for østlig psykologi. Det var heller ikke uvanlig at praktiserende terapeuter også benyttet meditasjon i forkant av og i løpet av sine profesjonelle karrierer. I 1977 etterspurte APA vitenskapelige undersøkelser av den kliniske effektiviteten til meditasjon (Fulton et al., 2005).

Mindfulnessbaserte terapi har i de siste årene etablert seg som en utbredt behandlingsform innen psykoterapi. Antall publiserte forskningsartikler med ordet «mindfulness» har økt eksponentielt siden 2000-tallet (se *Figur 1* for graf) (Nagy & Baer, 2017; Van Dam et al., 2018). Det finnes i dag også en rekke ulike terapiskoler som benytter seg av teknikker hentet fra mindfulness. Eksempler på dette er mindfulnessbasert kognitiv terapi for depresjon (MBCT), aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), dialektisk atferdsterapi (DBT) og medfølelsesfokusert terapi (CFT). Mindfulnessbaserte-intervensjoner kan også være en del av praksisen til psykoterapeuter som jobber integrativt (Lippe & Rønnestad, 2009). MBCT er i dag anbefalt i nasjonale retningslinjer i en rekke land som effektiv behandling ved forebygging av tilbakevendende depresjon (Helsedirektoratet, 2009).

Utbredelsen til mindfulness i psykologien kan sees i sammenheng med utviklingen av MBSR og opprettelsen av Center for Mindfulness i 1979. Mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR) er den første mindfulnessbaserte tilnærmingen med en bred, internasjonal innflytelse (Fulton et al., 2005). MBSR ble utviklet av Jon Kabat-Zinn og regnes som en forløper til andre MBT-retninger (Fulton et al., 2005). Dette gjør det sannsynlig at det psykoterapeutiske etoset til MBSR også gjenfinnes i nyere mindfulnessbaserte terapiretninger. Før vi begir oss inn på analysen av det terapeutiske etoset til MBSR følger en kort introduksjon til begrepet mindfulness og MBSR.

Hva er Mindfulness?

Mindfulness er en spesifikk måte å være oppmerksom på (Nagy & Baer, 2017). Ordet mindfulness er oversatt fra «sati» på språket Pali og ordet har flere betydninger som bevissthet («awareness»), oppmerksomhet («attention») og hukommelse («memory») (Fulton et al., 2005). Mindfulness har vært definert på ulike måter. De fleste definisjonene vektlegger at mindfulness innebærer ikke-dømmende, aksepterende oppmerksomhet rettet mot ulike aspekter av nåværende

øyeblikk (R. A. Baer, 2003; Fulton et al., 2005). Videre beskrives mindfulness som både en ferdighet og en måte å relatere seg til egen erfaring. Mindfulness kan beskrives som det motsatte av å «gå på autopilot», altså, å være preget av automatiserte handlinger (Nagy & Baer, 2017).

Mindfulness kan også betegnes som en form for innsiktsmeditasjon. Det vil si at den har til hensikt å øke forståelsen for menneskesinnet. Innsiktsmeditasjon skilles gjerne fra konsentrasjons- eller avslapningsmeditasjoner, hvis hovedhensikt er å skape en følelse av ro eller øke konsentrasjonen.I tillegg er det vanlig å skille mellom formell og ikke-formell meditasjonspraksis. I formell meditasjonspraksis bedriver man ulike former for meditasjon som hovedaktivitet over et visst tidsrom mens i ikke-formell praksis inkorporerer man prinsipper fra mindfulness i dagligdagse aktiviteter. (Fulton et al., 2005).

Hva er MBSR?

Mindfulness-basert stressreduksjon er et strukturert behandlingsprogram utviklet på 1970-tallet av Jon Kabat-Zinn ved University of Massachusetts Medical Center. Kurset består av ulike mindfulnessmeditasjoner, kroppsbevissthet-øvelser og Hatha yoga. Det foregår vanligvis over 8-10 ukentlige gruppemøter. Kursdeltagerne forventes i tillegg å bruke 45 minutter, 6 dager i uka på formell meditasjon i tillegg til ulike øvelser i uformell meditasjon. De ulike formene for formell meditasjon i MBSR er liggende meditasjon/kroppsskanning, sittende meditasjon, gående meditasjon og yoga-meditasjon. Ved slutten av programmet arrangeres et dagskurs med 6 timer stille meditasjon i ulike former. Med kursene følger opptak av guidede meditasjoner som deltakerne kan velge å bruke (Kabat-Zinn, 2013).

I den opprinnelige modellen får deltagerne tilbud om et nytt oppfølgingskurs («graduate course») 6 måneder etter fullført kurs. Disse er mindre strukturerte enn hovedkurset og kan variere i innhold og lengde og har som hensikt at deltagerene fordyper seg ytterligere i meditasjonspraksisen (Kabat-Zinn, 2013).

Hensikten til MBSR er å skape økt velvære og bedre helse i samfunnet ved å lære bort det Kabat Zinn anså som «universelle sannheter» nedfelt i buddhismen, også kalt dharma essensen. (2011). Dharma refererer ifølge Kabat-Zinn både til Buddhas lære og “lovmessigheten til aspekter som omhandler lidelse og menneskesinnets natur» (2011, s 283, min oversettelse).

MBSR-litteraturen er skrevet for å gjøre meditasjon så tilgjengelig for allmenheten at alle kan forstå og dra nytte av det. Kabat-Zinn etterstrebet å lære bort mindfulness i et format hvor mindfulness ikke ble avskrevet som «new age» eller «alternativt». Han skriver også at han

ønsket å unngå at MBSR ble sett på som Buddhisme eller østlig mystisisme, da han så dette som et hinder for å bli akseptert som en legitim og evidensbasert behandlingsform i helsevesenet. Derfor neddempes de tradisjonelle, religiøse/spirituelle aspektene ved mindfulness i disse tekstene (Kabat-Zinn, 2011).

MBSR er inspirert av et bredt spekter av buddhistiske tilnærminger. Kabat-Zinn brukte elementer fra Theravada buddhisme, Mahayana Buddhisme og Soto Zen buddhisme, samt yoga-tradisjoner beskrevet av J. Krishnamurti (Kabat-Zinn, 1982). Disse buddhistiske retningene har en lange og komplekse historiske røtter hvis innhold er utenfor rekkevidden til denne teksten. Kort sagt regnes Theravada og mahayana som de største forgreningene av buddhistiske retninger, mens Zen regnes som en kinesisk og japansk videreføring av mahayana-buddhismen (Jacobsen, 2012). Se Tillegg for noen hovedlinjer i buddhistiske prinsipp som MBSR baseres på.

MBSR befinner seg videre i et skjæringspunkt mellom medisin og psykologi, da den ble opprinnelig var utviklet for medisinske pasienter med kroniske smerter, mal-adaptiv helseatferd eller stress-relaterte tilstander (Kabat-Zinn, 2013). Senere har det blitt utvidet til å behandle en rekke ulike tilstander, inkludert depresjon og angst, uavhengig av om disse symptomene kommer fra en kronisk tilstand (Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink, & Walach, 2011).

Seleksjon av Litteratur innen MBSR

Litteraturen til MBSR har blitt gjennomgått med tanke på å finne de mest sentrale informasjonskildene. Seleksjonen har hatt følgende kriterier:

1. Tekster forfattet av Job Kabat-Zinn, grunnleggeren og den mest sentrale teoretikeren i MBSR.
2. Tekster som gir en grundig innføring i MBSR, da disse antas å inneholde mest informasjon om MBSRs etos.
3. Tekster som har blitt lest av et stort antall personer som gjør dem innflytelsesrike på ulike måter.

Seleksjon av bøker. Boken «Full Catastrophe Living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation» er Kabat-Zinns første bok og er ment for å fange essensen til MBSR slik den fremstår for deltakerne på kurset. Den gir en detaljert oversikt over MBSR-kurset slik at leseren kan følge innholdet på egenhånd (Kabat-Zinn, 2013). Boken er myntet på «...den gjennomsnittlige amerikaner som står ovenfor stress, smerte eller sykdom» (Kabat-Zinn, 2011, s. 282, min oversettelse). Den ble skrevet 9 år etter at Kabat-Zinn opprettet

stressreduksjonsklinikken og regnes i dag som hovedverket innenfor MBSR. Oppgaven baserer seg på (den siste) utgaven fra 2013.

Boken «Wherever you go there you are» fra 1994 er en bok i selvhjelpsformat skrevet for å gi en kortfattet og enkel tilgang til essensen av mindfulness og dets applikasjoner. Den er tiltenkt lesere som ikke ønsker et strukturert program, men som er nysgjerrig på mindfulness. (Kabat-Zinn, 1994). Boka har blitt rangert som den 5. beste mindfulnessboken noensinne (Huffington, Morris, Goldsmith, & Rose, 2019) Den har også blitt beskrevet som boken som introduserte mindfulness til USA, med over 1 million solgte eksemplarer (D. Baer, 2017).

Seleksjon av fagartikler. Litteratursøk i biblioteksdatabasen Oria ble gjennomført 26/03/19 med søkeordene «jon kabat-zinn» med hensikt å identifisere fagartikler skrevet av Kabat-Zinn som inneholder informasjon om etoset til MBSR. Søket ble begrenset til Kabat-Zinn som forfatter eller medforfatter, og resulterte i 96 treff i tidsperioden 1982-2019. Majoriteten av disse var utdrag fra boken «Coming to our senses» fra 2006. Disse ble ekskludert pga. seleksjonen av bøker beskrevet ovenfor. Totalt 7 artikler ble selektert på bakgrunn av relevans. En av disse er et intervju med Kabat-Zinn, og 2 artikler er medforfattet med andre (Gazella, 2005; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Williams & Kabat-Zinn, 2011). Resten er skrevet utelukkende av Kabat-Zinn.

Det finnes ikke et forhåndsdefinert kriterium for hvor mye litteratur som er tilstrekkelig for å kunne gi en fullverdig beskrivelse av det terapeutiske etoset til en psykoterapitradisjon. Det var uoverkommelig å gjennomføre en gjennomlesning av alle tilgjengelige kilder som potensielt inneholder informasjon om etoset til MBSR. Derfor brukes et såkalt metningspunkt-prinsipp for å avgjøre seleksjonen av litteratur. Metningspunktet er det tidspunktet hvor gjennomgang av nye kilder ikke tilfører betydelig ny kunnskap som kan belyse problemstillingen (Kvale, 1996; Malterud, 2017). Mengden litteratur som er nødvendig ble i tillegg vurdert opp mot litteraturens informasjonskraft. Informasjonskraft indikerer hvor mye relevant informasjon litteraturutvalget inneholder. Jo større informasjonskraft jo færre antall kilder er nødvendig (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016).

I denne oppgaven ble metningspunktet vurdert nådd ved følgende litteratur:

- Litteratur med høy informasjonskraft:
    - «Full Cathastrophe Living» (bok) (Kabat-Zinn, 2013).

  - «Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future» (artikkel) (Kabat-Zinn, 2003).
  - «Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps» (artikkel) (Kabat-Zinn, 2011).
- Litteratur med lav til moderat informasjonkraft:
  - «Wherever you og there you are» (bok) (Kabat-Zinn, 1994).
  - The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain (artikkel) (Kabat-Zinn et al., 1985).
  - Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma (artikkel) (Williams & Kabat-Zinn, 2011).
  - Jon Kabat-Zinn, PhD: bringing mindfulness to medicine (intervju) (Gazella, 2005).
  - Too Early to Tell: The Potential Impact and Challenges--Ethical and Otherwise--Inherent in the Mainstreaming of Dharma in an Increasingly Dystopian World (Artikkel) (Kabat-Zinn, 2017).
  - An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results (artikkel) (Kabat-Zinn, 1982).

Analyse av det Psykoterapeutiske Etoset til Mindfulnessbasert Stressreduksjon

Hva vil det si å være Menneske?

Gjøremodus («doing-mode») og væremodus («non-doing»). Et grunnpremiss i MBSR er at vi har en daglig bevissthetsforståelse som er sub-optimal (Kabat-Zinn et al., 1985). Vi er vanligvis ikke tilstrekkelig bevisste på hvordan livene våre utfolder seg. Vår forståelse av kropp, tanker og følelser preges av feiloppfatninger om oss selv og verden (Kabat-Zinn, 2011). Tankene våre er rettet mot hendelser i fortiden eller fremtiden store deler av tiden, noe som medfører at vi går glipp av livene våre slik de utspiller seg her og nå (Kabat-Zinn, 2013). Vi har en tendens til å være travelt opptatte og gå fra en aktivitet til en annen. I MBSR litteraturen kalles dette for gjøremodus, mindlessness eller uoppmerksomhet. (Kabat-Zinn, 2011). Vi tenderer mot å handle på autopilot - nesten robotaktig - noe som kan farge eller oppta hele vår tilværelse og våre relasjoner til andre og til verden (Kabat-Zinn, 2011). Sinnet kategoriserer alle sanseinntrykk

hurtig som gjør at vi slutter å legge merke til unike sanseinntrykk og helheten de inngår i. Dersom denne deloppmerksomheten vedvarer kan det medføre at vi går glipp av mye av det som kan være kilde til mening og glede i livene våre (Kabat-Zinn, 2013).

Det finnes ifølge MBSR en indre, medfødt og universell kapasitet og et potensial i oss alle som gjør at vi kan unnslippe denne automatiserte tilstanden av «mindlessness» (Kabat-Zinn, 2011, 2017). Denne kapasiteten betegnes som oppmerksomt nærvær eller mindfulness. Å være mindful er en aktiv og intensjonell prosess. Denne måten og være på kalles også for være-modus («non-doing») (Kabat-Zinn, 2013).

Gjennom meditasjon kultiverer man en gradvis tilstedeværelse i alle opplevelser i nåtiden, det være seg sanseinntrykk utenfra, kroppslige fornemmelser, tanker eller følelser. I følge MBSR er nåtiden «...den eneste tiden vi har for å vite noe. Det er den eneste tiden for å sanse, lære, handle, endre oss, helbrede og elske» (Kabat-Zinn, 2013, s.16). Mindfulness er en tilstand hvor man aksepter alle opplevelser og hvor man forsøker å ikke reagere eller kategorisere opplevelsene. Dette innebærer en bevisst intensjon om å bringe oppmerksomheten tilbake til nåtiden hver gang tankene vandrer (Kabat-Zinn, 2013). Målet er ikke å oppnå en spesiell tilstand, men å være med seg selv der man er akkurat nå, med en ikke-dømmende, aksepterende holdning (Kabat-Zinn, 2013). Meditasjonspraksisen gjennomføres med en holdning om at «...det er ingen steder man trenger å gå, ingenting man trenger å gjøre og ingenting å oppnå» (Kabat-Zinn, 2011, s. 54).

Gjennom intensiv mental trening er det ifølge MBSR-litteraturen altså mulig å oppnå bevissthetstilstander og psykologisk velvære som har en annen kvalitet enn det som vanligvis beskrives i vestlig psykologi (Kabat-Zinn et al., 1985). I «Full Cathastrophe Living» betegnes dette som et nytt paradigme da det innebærer et kvalitativt skifte på hva som regnes som psykisk helse (Kabat-Zinn, 2013). Dette beskrives også som å oppnå en dypere innsikt om naturen til våre mentale prosesser og til realiteten og avdekke den originale og rene naturen til sinnet (Kabat-Zinn et al., 1985; Williams & Kabat-Zinn, 2011). Eksempler på slike innsikter inkluderer vår sammenvevdhet («interconnectedness»), ikke-separasjon («non-separatedness»), alle tings forgjengelighet («impermanence») og selvets «bedragerske natur» (Kabat-Zinn, 2011). Oppgaven vil nå gå nærmere inn på disse begrepene.

Helhet, sammenveving og forgjengelighet. «Helhet og sammenvevdhet er det mest fundamentale i vår natur som levende vesener» (Kabat-Zinn, 2004, s. 161, min oversettelse).

Verdenssynet til MBSR er basert på prinsippene helhet og sammenvevdhet. Disse beskrives som fundamentale og alltid tilstedeværende aspekter ved verden. Motsetningene til disse er separasjon og fragmentering. Alle levende organismer har ifølge MBSR en egen helhet, og de er samtidig en del av en større helhet. Eksempelvis er kroppene våre en helhet som består av utallige komplekse prosesser hvor celler jobber sammen i holistiske system. Alle slike systemer er også i konstant endring og interaksjon med omgivelsene (Kabat-Zinn, 2013).

MBSR hevder at vi alle er sammenkoblede og at en tydelig avgrensning mellom «meg» og «de andre» ikke eksisterer. «Det uendelige antallet vesener og en selv er ikke separate, og har aldri vært det». (Kabat-Zinn, 2011, s. 295, min oversettelse).

Å erfare denne helheten beskrives som frigjørende og sentralt for både fysisk og psykisk helse. Som støtte for denne påstanden trekker Kabat-Zinn frem at ordene «helse», «helhet», og «hellig» har felles etymologiske røtter (Kabat-Zinn, 1994)[2]. I dagliglivet hindrer våre emosjonelle og kognitive «forvrengte bevissthetstilstand» oss i å oppfatte denne iboende helheten. Dette beskrives imidlertid som en like naturlig del av det å være menneske på som det å ha en kropp eller føle smerte. Mindfulness har potensial til å kultivere opplevelsen av helhet og sammenheng, noe som kan være grunnleggende helbredende. Meditasjonspraksisen utvider måten vi ser verden på, slik at man kan oppfatte separasjon og alle tings sammenveving på én gang. (Kabat-Zinn, 2013).

Relatert til prinsippet om sammenveving er behovet for å høre til og føle oss som en del av noe som er større enn oss selv. Å være i relasjon til andre på meningsfulle og støttende måter sees på som allmennmenneskelige behov i et MBSR-perspektiv. Som støtte for dette trekkes det frem forskning om hvordan giftemål, kjæledyr og ensomhet har vist seg å påvirke helse og forventet levealder (Kabat-Zinn, 2013) Følelsen av relasjonalitet sees altså på som en nøkkelfaktor for helse. Denne relasjonaliteten er ikke begrenset til andre eller omverdenen, men innebærer også å være i kontakt med seg selv. Hvis man ikke er i kontakt med seg selv er det, ifølge MBSR, lite sannsynlig at dine forbindelser med andre vil være tilfredsstillende i det lange løp. Dette gjør at meditasjonspraksisen blir et essensielt verktøy for å kunne være i relasjon til

[2] Helse kommer fra ordet «Hailaz» fra proto-germanisk som betyr «sunn», eller «hel» (NAOB, 2019).

andre og verden, selv om denne innebærer å bringe oppmerksomhet til seg selv over lengre tid (Kabat-Zinn, 2013).

Selvforståelse, eller ikke? Et annet sentralt aspekt ved menneskenaturen er synet på selvforståelsen. Ifølge MBSR vil man på et tidspunkt i praksisen komme til forståelsen av at man ikke *er* tankene eller følelsene sine (Kabat-Zinn, 2013). Denne sterke identifikasjonen til egne tanker og følelser regnes som en av de vanligste kildene til lidelse. Tanker om «jeg, meg eller mitt», noe som betegnes som «selfing» sees på som konstruerte tankemåter, basert hovedsakelig på fantasi eller forsvar. Selfing er til stede i så å si all vår tenkning og begrenser vår måte å se verden på. Det finnes ifølge MBSR ikke et isolert og uavhengig kjerne-selv. Det vi kaller «jeg» er alltid i forandring og må defineres utfra kontekstuelle forhold. Dette gjenspeiles i våre manglende evner til å fullt og helt sette ord på hvem vi er. Mer spesifikt finnes det ingen varige svar på spørsmålet «hvem er jeg?» (Kabat-Zinn, 2013). Vi er ikke våre kropper da kroppens celler dør og byttes ut med jevne mellomrom. Vi er ikke våre tanker eller emosjoner, da disse kommer og går.Varige kategorier som yrke eller familiemedlem er heller ikke tilstrekkelige for å definere oss. Med andre ord er selvbegrepet vårt i kontinuerlige oppløsning og rekonstruksjon (Kabat-Zinn, 1994).

Ved langvarig meditasjonspraksis kan man ifølge MBSR komme i en tilstand der alle begrep man har om seg selv transformeres til ren oppmerksomhet («awareness»). Man får en dypinnsikt i det flytende selvet, og en frigjørende erfaring av å ikke være begrenset til sitt eget konstruerte narrativ og selvkonsept. Dette kalles for ikke-selv («no-self») (Kabat-Zinn, 1994, 2013).

Å gi slipp på ens rigide selvforståelse sees på som en helsebringende prosess. For å opprettholde et positivt selvkonstrukt er vi avhengig av kontinuerlig bekreftelse fra omgivelsene. Dette gjør oss sårbare for en ustabil selvfølelse og tendenser til å føle oss usikre og verdiløse. Vi bruker mange krefter for å monitorere at hvordan andre oppfatter oss er i tråd med hvem vi ønsker å være. Ifølge MBSR finnes ikke dette separate «selvet» i utgangspunktet. Vi er alltid oss selv i relasjon til andre krefter i verden. For eksempel vil en «høy» eller «lav» person kun være dette relativt til andre mennesker. Ved å innse dette vil man kunne slippe taket og redusere presset for å være på bestemte måter eller inneha bestemte kvaliteter. (Kabat-Zinn, 2003).

Følgende sitat hentet fra boka «Wherever you go, there you are» illustrerer konseptet ikke-selv, impermanans og helhet og sammenveving:

"Meditasjon handler ikke om å miste sin identitet eller bli en zombie ute av stand til å leve i den ekte verdenen og håndtere ekte problemer. Det handler om å se tingene slik de er, uten forvrengningene i våre egne tankeprosesser. Et aspekt ved dette er å oppfatte at alt henger sammen og at vår konvensjonelle følelse av å ha et selv ikke er solid eller permanent." (Kabat-Zinn, 1994, s. 245, min oversettelse).

Det gode liv: etikk og dyd i MBSR.. En dyd er en handlemåte eller egenskap som sees på som verdifull (NAOB, 2019). MBSRs etos fremhever dyder som sier noe om hvilke menneskelige egenskaper som regnes som gode.

I MBSR deles handlinger og væremåter opp i kategoriene «helsebringende» og «ikke-helsebringende» («wholesome og non-wholesome»). Blant dyder som regnes som helsebringende eller sunne er medfølelse, selvmedfølelse, generøsitet, bevisst levemåte, kroppsliggjort bevissthet, tålmodighet, kreativitet, sinnslikevekt (equanimity), selv-forståelse og selvransakelse (Kabat-Zinn, 2011, 2017; Kabat-Zinn et al., 1985; Williams & Kabat-Zinn, 2011). Uvitenhet, frykt, grådighet, egoisme, begjær, og eiesyke sees på som usunne kvaliteter. Vi har alle har en innebygd og medfødt kapasitet for å utvikle disse dydene gjennom praktiseringen av mindfulness, ifølge MBSR.

Et av de mest verdsatte etiske prinsipp i MBSR er den hippokratiske ed. Denne innebærer å ikke gjøre skade på andre (Gazella, 2005; Kabat-Zinn, 2011, 2017). En skal videre prioritere andres lidelse før sin egen. Likevel skader vi ofte andre uten at vi er klar over det (Kabat-Zinn, 2011). Utviklingen av visdom, en inngående kunnskap om sinnets egentlige natur regnes som nødvendig for å kunne etterleve idealet om å ikke påføre andre skade. (Gazella, 2005; Kabat-Zinn, 2011). En viktig kilde til meningsfullhet i livet er å ha en høy grad av bevissthet rundt hvordan man lever og hvordan dette påvirker andre. Dette gjelder alt fra hvordan man spiser, drikker, leser aviser, ser på tv til hvordan man er i relasjon til andre, til naturen og til egen kropp (Gazella, 2005).

Grunnleggende holdninger i meditasjonspraksisen. Ved kursets begynnelse blir deltakerne introdusert til et sett med holdninger som er viktige å ivareta under (formell) meditasjon. Disse tenkes å styrke meditasjonspraksisen. Holdningene sier videre noe om hvilke kvaliteter og personlighetstrekk som verdsettes (Kabat-Zinn, 2013).

Ikke-dømming: når man begynner meditasjonspraksisen er det vanlig å oppdage at man konstant genererer verdiladde bedømminger til ens egen opplevelse. Uansett hva som oppstår har

vi lett for å kategorisere det som enten positivt, negativ eller nøytralt. Denne dømmingen låser oss til automatiske reaksjoner og dominerer sinnet vårt på en slik måte at det er vanskelig å finne ro og velvære. Praksisen involverer å bli bevisst dette mønsteret, for å kultivere ikke-dømming.

Tålmodighet*:* Tålmodighet regnes som en form for visdom. Dette handler om å la ting være som de er og gi rom for vanskelige opplevelser uten å prøve å endre dem. Et annet aspekt ved tålmodighet handler om å kultivere være-modus: det ikke er nødvendig å fylle alle øyeblikk med aktiviteter.

Begynnersinn: Å ha et begynnersinn vil si å ikke ta for gitt at vi vet alt det er å vite. Et begynnersinn er villig til å se alt som om det var første gangen. Under meditasjonen skal man etterstrebe å være åpen for nye erfaringer og opplevelser. Et begynnersinn hindrer oss i å låses fast i egne forventninger og opplevede ekspertise.

Tillit**:** Det er ifølge MBSR viktig å stole på seg selv, sin egen intuisjon, tanker og følelser. Man skal ikke blindt rette seg etter autoritetspersoner. Alle har en unik plass i verden og ved hjelp av tillit til seg selv vil man kultivere forståelsen av hva det vil si å være «meg». Jo mer tillit man har til seg selv, jo lettere er det å stole på andre.

Holdningen om tillit til seg selv fremstår uforenelig med andre deler av menneskesynet til MBSR. På en side skal man ha tillit til seg selv, sine tanker, følelser og sin egen opplevelse. På en annen side innebærer mindfulness en innsikt om ens at tanker og følelser ofte er feilaktige, og at prinsippet om selvets forgjengelige natur.

Ikke-streben: meditasjon skiller seg fra alle andre aktiviteter fordi man ikke har en hensikt om å oppnå noe spesielt. Mer spesifikt handler meditasjon om å innta en væremodus hvor man ikke har noe spesielt mål utover å erfare seg selv i øyeblikket. I starten av MBSR-kurset blir deltakerne oppmuntret til å ikke jobbe mot spesifikke mål som å oppnå mer velvære eller bli kvitt smerter. Dette innebærer en paradoksal dobbelthet hvor man må gi slipp på streben mot å få det bedre for å faktisk få det bedre. Oppgaven vil gå nærmere inn på dette under overskriften «Det instrumentelle paradoks».

Aksept**:** I MBSR betyr aksept å se ting slik de er her og nå. Under meditasjonen etterstreber man å akseptere ens smerter, ens kropp, tanker og følelser slik de fremstår i dette øyeblikket. Ved å benekte tingenes tilstand kaster man bort mye energi på å forsøke å tvinge situasjoner til å være slik man ønsker. Aksept er ikke passiv resignasjon, det sees tvert imot på som en forutsetning for endring.

***Gi slipp**:* Dette kalles også for ikke-tilknytning («non-attachement») og handler om å sette til side tendensen til å prøve å holde fast med noen deler av opplevelsen og avvise andre. I stedet skal man la opplevelsen være som den er og kun observere den fra øyeblikk til øyeblikk. Å klenge seg fast er det motsatte av å gi slipp (Kabat-Zinn, 2013).

Oppsummering. Den første delen av analysen til etoset til MBSR har gått nærmere inn på menneskesynet i MBSR. Den beskriver hvordan MBSR kurset ønsker å bevege deltakerene fra et gjøremodus til væremodus. Videre beskrives sentrale innsikter om verden og hva det vil si å være menneske: Helhet, sammenveving og forgjengelighet. Det vektlegges at denne kunnskapen skal erfares gjennom meditasjonspraksisen. Til slutt går analysen nærmere inn på hva som regnes som «det gode mennesket» i MBSR ved å beskrive sentrale holdninger i meditasjon og hva som regnes som dyder.

Om naturen til lidelse

Hva er lidelse? Lidelse sees på som en uunngåelig del av det å være i live (Kabat-Zinn, 2013). Lidelse karakteriseres av de tre «giftstoffene» grådighet («greed»), hat/aversjon («hatred, aversion»), og uvitenhet/vrangforestillinger («ignorance, delusion, unawareness») (Kabat-Zinn, 2003, 2017). Vi har spesifikke vanemessige måter å bearbeide sensorisk informasjon på som er opphavet til lidelse (Williams & Kabat-Zinn, 2011). For eksempel har vi en tendens til å reagere på kroppslig ubehag med aversjon og på kroppslig velbehag med avhengighet (Kabat-Zinn, 1982). Ønsket om å unngå smerte og oppnå nytelse/begjær, gjør at vi utvikler en dømmende og ikke-aksepterende kognitive og emosjonelle reaksjoner til vår tilværelse, eller unngår å forholde oss til den (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985). Et utrent sinn forsterker egen og andres lidelse (Kabat-Zinn, 2003).

Mindfulness er en helbredende prosess. Helse er ifølge MBSR-perspektivet en dynamisk prosess, i motsetning til en fiksert tilstand som man kan oppnå og holde fast i (Kabat-Zinn, 2013). Helbredelse involverer alltid en holdnings- og emosjonell transformasjon. Denne transformasjonen er ulik fra individ til individ. Helse betyr helhet, noe som impliserer integrasjon og sammenveving av alle deler av en organisme (Kabat-Zinn, 2013).

I MBSR brukes betegnelsen «helbrede» (healing) heller enn «kurere» (curing), da dette innebærer at man kan lære å leve med lidelse. Mindfulness er ikke en løsning på alle livets problemer, det er en måte å kunne se disse problemene mer klart gjennom linsen til et klart sinn. Helse og sykdom kan sees på som motsatte poler av et kontinuerlig endrende og dynamisk

kontinuum heller enn å kategorisere «frisk» og «syk». Det vil alltid eksistere et virvar av forskjellige krefter i livene våres som styrer oss mot disse polene. Noen av disse kan vi kontrollere hvis vi bruker våre indre og ytre ressurser, mens andre ligger utenfor vår kontroll (Kabat-Zinn, 2013).

Personer som praktiserer MBSR gjennomgår en grunnleggende perspektivendring som kalles en «bevissthetsrotasjon». Denne transformasjonen sees på som et resultat av ens møte med egen helhet og sammenvevdhet som tidligere beskrevet. Ifølge Kabat-Zinn innebærer en bevissthetsrotasjon en perseptuell endring fra fragmentering og isolasjon til helhet og sammenkobling. En konsekvens av dette er at vi begynner å se både oss selv og våre problemer annerledes, noe som åpner opp nye muligheter for å forholde oss til lidelse. Dette kan innebære å føle seg hjemme og tilfreds med seg selv, samt en følelse av å være mer enn bare ens sykdom eller problemer (Kabat-Zinn, 2013). Andre konsekvenser er en dramatisk bedring i symptomer, og en revitalisert evne til velvære og tilfredshet (Kabat-Zinn, 2013).

Sinnet er i følge MBSR konstruert på en måte som gjør det vanskelig for oss å se årsakene til egen lidelse (Williams & Kabat-Zinn, 2011). Etterhvert som man praktiserer mindfulness vil man ifølge MBSR oppdage at man har en rekke rutinerte måter å tenke og føle på som fremmedgjør en fra direkte sensorisk erfaring. Dette inkluderer et kompulsivt forhold til tanker. For eksempel ønsker mange at ting var annerledes, noe som bidrar til å gjøre oss misfornøyde og utilfredsstilte store deler av tiden (Kabat-Zinn, 2013). Denne mentale og emosjonelle aktiviteten tapper oss for energi og hindrer oss fra å oppleve tilfredsstillelse og ro.

Gjennom praksisen lærer vi å se det som faktisk er her og nå, i stedet for det vi tror eller ønsker er her (Kabat-Zinn, 2003, 2011). Lidelse reduseres ved å kontinuerlig gi slipp på aversjon, motstand eller hat mot de tingene vi skulle ønske var annerledes og begjær etter noe vi ikke har. Et kjerneelement i helbredelse er å kultivere en ny form for intimitet med oss selv. Dette vil gjøre oss i stand til å se tankene og narrativene våre i et nytt perspektiv hvor disse bare er fortolkninger og antagelser, ikke absolutte sannheter (Gazella, 2005). Konsekvensene av dette er at man kan lære å akseptere stress og smerter som fører til lidelse, heller enn å reagere på den. I tillegg kan man trene på å erfare glede, velvære og lykke. (Kabat-Zinn, 2013).

Det instrumentelle paradoks. «Vi mediterer ikke for å få noe til å gå bort, og heller ikke for å oppnå en spesiell følelsestilstand» (Kabat-Zinn, 2013, s. 200, min oversettelse).

Den helbredende prosessen i MBSR-programmet er paradoksal, fordi den både innebærer intensjonalitet og ikke-instrumentalisme (Kabat-Zinn, 2013). Mer spesifikt begynner man gjerne å meditere for å oppnå visse ting. For eksempel endre opplevelsen av lidelse eller øke konsentrasjonsevne (Kabat-Zinn, 2003). Men meditasjonspraksisen krever «non-attachment» eller «non-striving», at man gir slipp på disse målene. Meditasjonen sees på som mindre effektiv hvis man bruker den instrumentelt, altså for å oppnå noe (Kabat-Zinn, 2013). Enhver orientering mot mål kan altså redusere kvaliteten på praksisen. Ved å tillate seg selv å være der man allerede er, trener man gradvis på å hvile i erfaringen av smerte og emosjonell (Kabat-Zinn, 2011).

Likevel involverer praksisen å bevege seg mot et mål. Enkelte meditasjonsteknikker inkluderer visualiseringer med bestemte mål, slik som å se for seg at man puster inn i anspente muskler og puster ut avfallsstoffer (Kabat-Zinn, 2013). Et annet eksempel er medfølelsesmeditasjon («lovingkindness»), som praktiseres under heldagskurset. Her forestiller man seg selv og andre etter tur mens man fremkaller følelser av medfølelse, empati og kjærlighet (Kabat-Zinn, 2013).

Stress..Slik som navnet tilsier, er et av hovedmålene i MBSR å redusere deltakernes stress i hverdagen. En god del av MBSR-kurset og litteraturen er viet til stress og stressmestring. Kabat-Zinn tar utgangspunkt i teorien til Hans Selye og Lazarus for å beskrive stress. Selye definerer begrepet som «...en ikke-spesifikk respons en organisme har til ethvert press eller krav» (Selye, 1936 i Kabat-Zinn, 2004, s. 236, min oversettelse). Stress er ifølge denne teorien den totale responsen til organismens opplevelse av en stressor. Stressorer er enhver variabel som skaper homeostatisk ubalanse, og kan være en tanke eller følelse så vel som en ytre hendelse. Stress er i likhet med lidelse en unngåelig og naturlig del av livet. Forlenget mislykket eller maladaptiv tilpasning til stress fører til lidelse og sykdom, og i siste innstans sammenbrudd (eller Selyes begrep «disease of adaptation») (Selye, 1936).

Mens Selye var mest opptatt av rent fysiologiske prosesser har MBSR et system-perspektiv på stress der stress også opererer på psykologiske og sosiale nivå. Nærmere bestemt oppstår stress ikke bare av fysisk ubehag men også i møte med våre omgivelser og sosiale relasjoner. Våre tanker kan være en stressor i seg selv, eller fungere som beskyttelse mot andre stressorer (Kabat-Zinn, 2013). Denne konseptualiseringen av stress ligger tett opp mot det buddhistiske konseptet dukkha. Dukkha i buddhisme brukes i en bred og eksistensiell betydning

og refererer både til uunngåeligheten av sykdom, aldring og død, og en mer subtil psykologisk smerte som kommer fra begjærets konstante mangel på tilfredsstillelse (Fulton et al., 2005).

Innen MBSR sees mindfulness-meditasjon på som et verktøy for å øke velvære gjennom å redusere stress (Kabat-Zinn, 1994). Som oppgaven nå skal gå nærmere inn på, postulerer mBSR at man ved hjelp av mindfulness-meditasjon kan utøve betydelig kontroll over stress.

Fra stressreaksjon til en mindful stressrespons. Å respondere heller enn reagere i stressende situasjoner er en sentral ferdighet som deltagerne øver på i kurset. MBSR fokuserer på å regulere stress på generelt nivå, i stedet for å håndtere de spesifikke situasjonene (stressorer) som fører til stress. Kabat-Zinn refererer til forskning fra Seligman for å argumentere for at det er ikke stressoren i seg selv, men hvordan du *oppfatter* og håndterer den som avgjør om du blir stresset og hvor mye stress du erfarer. Vi har ifølge MBSR altså mye mer påvirkning på faktorer som kan lede til stress enn vier klar over. Det er også mange stressorer som ikke kan kontrolleres, men også her har vi valgfrihet med tanke på hvordan vi velger å oppfatte disse.

Ifølge MBSR finnes det en rekke maladaptive stressresponser som forsterker heller enn å redusere lidelse. Disse har lett for å operere i gjentagende atferdsmønstre. Eksempler som blir brukt på slike maladaptive responser er fornekting («denial»), undertrykkelse («surpression») eller unngåelse («avoidance») av problemer. I denne kategorien nevnes arbeidsnarkomani, travelhet, rusmidler (nikotin, alkohol, koffein, ulovlige rusmidler), trøstespising og depressiv grubling. Disse blir maladaptive når de fungerer som unngåelse og forhindrer en fra å forstå og løse årsakene til skadelig stress. I tillegg fører de ofte med seg en falsk følelse av velvære. Dette velværet betegnes som perseptuelle vrangforestillinger som gjør det vanskeligere for oss å finne sunne måter å leve på. Opphopning av maladaptive forsøk vil før eller senere føre til et sammenbrudd (Kabat-Zinn, 2013).

Ifølge MBSR finnes det en sunn vei ut av dette destruktive mønsteret. Denne innebærer at man responderer på stress i stedet for å reagere. De skiller mellom den automatiserte stressreaksjonen beskrevet over og en mindfulness-mediert stressrespons. Unngåelse eller undertrykkelse fører til uoppmerksomhet. Mindfulness derimot gir muligheten til å være oppmerksom på hva som skjer i bevisstheten før vi handler, noe som øker handlingsrommene våre. Ved å være bevisst det stressende ved situasjonen og dine impulser til å reagere trenger man ikke å undertrykke tanker og følelser, og heller ikke reagere blindt (Kabat-Zinn, 2013).

Det er utfordrende å skifte fra en automatisert reaksjon til en mindful respons. Denne responsen er som en muskel som krever trening for å mestres. Resultatet vil være at man etterhvert vil merke at ting som pleide å være stressende ikke lenger er det. Man blir mer avslappet og stoler på seg selv. En ro gjør at man finnes nye løsninger på gjentagende problem og takler uventede hendelser bedre. Ved å se feiltrinn som kilder til læring inntar man en medfølende holdning til egen læringsprosess. Dette betyr ikke at du aldri vil reagere eller føle deg overveldet av emosjoner. Målet er ikke å undertrykke emosjoner, men å lære hvordan jobbe med alle våre reaksjoner slik at vi kan være mindre kontrollerte av dem og se tydeligere hva vi bør gjøre og hvordan vi kan respondere mer effektivt. Dette gir komfort selv i vanskelige livshendelser (Kabat-Zinn, 2013).

I tillegg kan vi bygge opp ressurser for å tåle stress. Eksempler på dette kan være trening, soving, meditasjon, og følelser av interpersonlig intimitet og vennskap, familierelasjoner, religiøs tilhørighet og deltagelse i grupper. Følelsen av kontroll regnes som en nøkkelfaktor for beskyttelse mot stress-induserte lidelser (Kabat-Zinn, 2013).

Smerter.I MBSR hevdes det at vi som samfunn har aversjon mot smerte. Smerte sees på som en uungåelig del av livet. Både fysisk og psykisk smerte kan føre til lidelse. Det inkluderer våre tanker og emosjoner og hvordan de gir mening til våre erfaringer. Det er altså ikke smerten i seg selv, men heller hvordan vi ser den og reagerer på den som avgjør lidelsen.

I MBSR-litteraturen deles smerteopplevelse opp i sensoriske, emosjonelle og kognitive aspekter. Ved å gjenkjenne og skille disse distinkte komponentene kan man redusere opplevelsen av lidelse. Tanker og følelser om smerte («jeg klarer ikke mer», «hvor lenge skal dette fortsette?») er ikke den fysiske smerten i seg selv. De er forbipasserende hendelser i sinnet og heller ikke nødvendig å identifisere seg med. Slike reaksjoner vil ofte øke lidelsen som forbindes med en sensorisk smerteopplevelse. Ved å akseptere og la de fysiske opplevelsene av smerte være som de er, samt observere hvordan man habituelt reagerer på dem, kan man sakte men sikkert trene opp nye måter å reagere på (Kabat-Zinn, 2013).

Ofte er det forventningene til smerte og ikke selve smerten i seg selv som produserer lidelse. For å unngå dette kan man trene på å ikke kategorisere fysiske smerter som «behagelig» eller «ubehagelig». Man kan heller spørre seg selv om det er greit å leve med disse akkurat nå. Mer spesifikt kan man i den formelle meditasjonen trene på å kjenne på opplevelser av fysisk smerte, observere de kognitive reaksjonene og jobbe med å endre disse til en mer aksepterende

holdning. Evnen til å modulere og erfare smerte vil ifølge MBSR bygges opp ved å praktisere både formell og uformell meditasjon.

Oppsummering. Denne delen av analyser ser på begrepet lidelse og helse innenfor MBSR. Disse sees på som et kontinuum i stadig endring. MBSR peker på hat, grådighet og begjær som kildene til lidelse. Lidelse oppstår også gjennom en reaksjon og et ønske om å unngå noe som oppleves ubehagelig. Dette er forenelig med det buddhistiske prinsippet «dukkha». Videre er begrepet stress sentralt innenfor MBSR. Stress brukes ofte synonymt med lidelse i MBSR-litteraturen. Analysen redegjør for synet på stress og hvordan man gjennom kurset lærer seg å respondere i stedet for å reagere på stress. Kroppslige smerter og hvordan håndtere disse er også vektlagt i MBSR. Dette fører videre til neste tema, relasjonen mellom kropp og sinn.

Forholdet mellom kropp og sinn

En ikke-dualistisk tilnærming til fysisk og mental helse. «Siden sinnet og kroppen ikke er to separate entiteter, vil en persons fysiske helse alltid i en viss grad være påvirket av psykologiske faktorer» (Kabat-Zinn, 2013), s 256, min oversettelse).

MBSR tilhører en gren av medisinen som heter kropp-sinn-medisin. Denne har en bio-psyko-sosial tilnærming som innebærer at mentale, emosjonelle og atferdsmessige faktorer kan ha en signifikant effekt på vår fysiske helse. Dette inkluderer en persons antagelser og holdninger, opplevd støtte fra venner og familie, psykologiske og miljømessige stressorer og helseatferd (Kabat-Zinn, 2013). I MBSR betraktes ikke kropp og sinn som to separate domener. Disse regnes som uløselig og intimt forbundet og integrert. Dette åpner opp muligheten for at sinnet kan påvirke fysiske sykdommer, og vice versa. Kabat-Zinn betegner dette som ikke-dualisme. Dette er heller forenelig med et intersesjonelt perspektiv, ettersom MBSR gjennomgående skiller mellom for eksempel fysisk eller psykisk smerte.

I «Full Cathastrophe living» trekkes det frem en rekke forskningsbaserte teorier som støtte for at sosiale og psykologiske forhold kan redusere eller øke en persons mottakelighet for sykdom. Dette inkluderer psyko-nevroimmunologi, nevroplastisitet, epigentikk, placebo-effekten, bio-feedback og selvreguleringsforskning, forskning på telomer, personlighetstrekk og emosjoner som øker sjansen for hjertesykdom og kreft. Videre beskrives ulike faktorer som regnes som beskyttende mot sykdom: attribusjonsstil (Seligman), mestringstro (Bandura), hardiness (Kobasa) og koherens (Antonovsky).

MBSR og kropp. Kroppen sees på som en ekstraordinær organisme bestående av utallige intrikate, samarbeidende prosesser. Ved begynnelsen av kurset blir deltakerne gjort bevisste på dette, og oppfordret til å innta en holdning om at «Det er mer riktig med deg enn galt med deg» (Kabat-Zinn, 1994, 2013).

Opplevelsen av kroppslige fornemmelser er en sentral del av meditasjonspraksisen i MBSR. Kroppsskanning og yoga-øvelser er to av de tre hovedformene for formell meditasjon, og i begge disse er oppmerksomhet på kroppslige opplevelser sentralt. MBSR vektlegger viktigheten av å ha en kroppsliggjort («embodied») selvopplevelse. Kroppens signaler regnes som en viktig informasjonskilde, da stress har et fysiologisk fundament (Kabat-Zinn, 2013). Mindfulness brukes således som en øvelse i å trene opp oppmerksomhet på kroppslige sensasjoner slike at man lettere oppdager anspentheter som lokaliserer seg i kroppens muskelgrupper, f.eks. kjeve, panne, skuldre. Tanken er at for å kunne slappe av i disse anspenthetene, må man først vite at de er der, for så å trene på å slappe av (Kabat-Zinn, 2013). Fokus på kroppslig sansning sees også som en kilde til å kultivere «være-moduset».

Neste punkt i oppgaven er et eksempel på hvordan MBSR vektlegger sinnets påvirkning på fysiske smerter. Dette fokuset henger sannsynligvis også sammen med at behandlingen opprinnelig ble utviklet som et behandlingstilbud for pasienter med langvarige (fysiske) plager og sykdommer som vedvarte på tross av medisinsk behandling (Kabat-Zinn, 2013). MBSR er likevel en av mindfulness-tilnærmingene som også vier tid til å bevege og styrke kroppen, ettersom yoga er en obligatorisk del av programmet.

Interaksjonisme og (kroniske) smerter. I likhet med annen smerte tar MBSR utgangspunkt i at kronisk smerte har en psykologisk dimensjon (Kabat-Zinn et al., 1985). Psykologiske og atferdsmessige strategier for personer med kroniske smerter regnes som mer fordelaktig enn medisiner eller operasjon (Kabat-Zinn, 1982).
Ved å observere hvordan smerte oppstår og forandrer seg i meditasjonen, uten å reagere, vil man kunne utvikle en ny strategi for å håndtere kronisk smerte (Kabat-Zinn, 1982).

Med gjentatt praksis kan man observere med non-attachment både de fysiske sensasjonene og den kognitive fortolkningen av denne smerten. Over tid vil sterke fortolkninger miste sin makt og viktighet. Tanker som «smerten er uutholdelig, den går aldri vekk, jeg har feil holdning, etc». vil miste sin kraft. Dette skaper en spontan avkobling av sensorisk komponent fra kognitiv fortolkning av smerte-persepsjonen. Ved avkoblet observasjon skiller man den

sensoriske dimensjonen av smerte-persepsjon fra den affektive og evaluerende alarm-reaksjonen. (Kabat-Zinn, 1982). Gjennom meditasjon får man direkte erfaring med at «smerten er ikke meg», dermed at man ikke trenger å identifisere seg med sensasjonene eller emosjoner eller tanker som oppstår som konsekvens av kroppslige sensasjoner (Kabat-Zinn, 2011).

Oppsummering. Denne delen av analysen har fokuser på synet mellom kropp og sinn i MBSR. Skillet mellom psyke og soma har lange historiske røtter og kjennetegner store deler av vestlig tenkning, inkluder psykologi (Brown & Granberg, 2004). I MBSR-litteraturen fremstilles menneskesynet som ikke-dualistisk. Likevel skilles det mellom kroppslige, fyiske sensasjoner og mentale tanker og følelser. Samtidig vektlegger MBSR at disse påvirker hverandre i stor grad. Derfor hevdes det at MBSR har et interaksjonistisk ståsted til relajsonen mellom kropp og sinn. Til slutt trekkes det frem hvilken betydning dette har for forståelsen av kroniske smerter.

Terapeutens og pasientens rolle

Instruktøren som både ekspert og ikke-ekspert. MBSR bruker begrepet instruktør eller enn terapeut for den/de personene som leder kurset. Kvaliteten på MBSR er ifølge Kabat-Zinn avhengig av at instruktøren har betydelig kjennskap til og trening med mindfulness. Mer spesifikt er kroppslig tilstedeværelse, forståelse og levd erfaring med egen meditasjonspraksis, kjennskap og forståelse til dharma og egen motivasjon nødvendige kvaliteter (Kabat-Zinn, 2017).

Instruktørens mål er å ta vare på og være deltagende i den direkte opplevelsen til deltakerne. Et styrende prinsipp er at man ikke forlanger mer av pasientene enn det man selv praktiserer når det kommer til lengde og hyppighet på meditasjon. Det vektlegges videre at instruktøren har øyeblikk til øyeblikk-tilstedeværelse med fokus på å møte deltakerne der de er. Instruktøren inntar en åpen innstilling om at det ikke er nødvendig å kategorisere og vite alt deltagerne opplever (Kabat-Zinn, 2011).

I et optimalt møte mellom pasient og behandler, har begge ulike ekspertiseområder, og begge har viktige roller i bedringsprosessen (Kabat-Zinn, 2013). I MBSR har instruktøren en funksjon som både ekspert og ikke-ekspert. Ekspert i den forstand at han/hun har lang erfaring med meditasjon, setter rammene for kurset, introduserer meditasjonene og kjenner til de vanligste utfordringene som oppstår underveis. Samtidig inntar instruktøren en deltagende, åpen holdning til ulike opplevelser og erfaringer deltakerne måtte ha av meditasjonspraksisen (Kabat-Zinn, 1994).

I tillegg til å følge deltakernes opplevelser gjennom kurset skal instruktøren samtidig være bevisst de formelle aspektene ved dharma, og formidlingen av dharmalæren. Likevel unngår instruktøren i stor grad å bruke vokabular fra buddhismen som kan være ukjent for deltakeren. (Kabat-Zinn, 2013). Bak denne innstillingen ligger troen på at meditasjonen i seg selv vil gjøre at deltakerne får kjennskap til dharmalæren gjennom erfaring. Derfor er det ikke behov for å gi noen grundig innføring i hva denne innebærer, og det blir viktigere å følge deltakerne i deres opplevelser her-og-nå.

Aktiv deltakelse og ansvar. I et MBSR-perspektiv har vi alle en unik vei («path») i livet vårt som bare vi er i stand til å finne gjennom vår individuelle kreativitet (Kabat-Zinn, 1994, 2013). I forlengelse av dette understreker instruktøren til deltakerene at de er ansvarlig for egen bedringsprosess. Både positive og negative effekter av kurset har derfor en tendens til å tilskrives egeninnsats. MBSR-kurset sees på som en drivkraft for aktiv læring hvor man kan bygge egne styrker og gjøre noe for seg selv for å forbedre livet sitt (Kabat-Zinn, 2013). Det er ikke et sted hvor man er en passiv mottaker av terapeutiske råd og «svar» på livets problemer.

Et viktig prinsipp er at deltakeren ikke sk al bli avhengig av instruktøren men lære ferdighetene til å inkorporere en mest mulig selvstendig meditasjonspraksis i hverdagen. Mindfulness-praksisen er noe man gjør for seg selv, som ingen andre kan gjøre for deg. Dette reflekteres også ved at deltakerne får økende grad av valgfrihet når det kommer til hvilken meditasjon (kroppsskanning, yoga, sittende) de ønsker å bruke. Dette krever intensjonalitet, disiplin og innsats av deltakerne. (Kabat-Zinn, 2013).

Oppsummering. Det siste elementet i analysen av det psykoterapeutiske etoset til MBSR har gått nærmere inn på relasjonen mellom pasient og terapeut, eller deltaker og instruktør, som det kalles i MBSR. Delen har beskrevet hvordan instruktøren inntar en rolle både som ekspert og ikke-ekspert ovenfor deltakeren. I tillegg har den gårr nærmere inn på hvordan MBSR i stor grad ansvarliggjør deltakeren for egeninnsats, motivasjon og velvære.

Del 3: Psykoterapeutisk Etos og Brukermedvirkning – Kliniske Implikasjoner

Denne delen av oppgaven skal drøfte hvilke implikasjoner etoset til MBSR har for klinisk psykologi. Hensikten til analysen av etoset til MBSR er å belyse de normative grunnlaget som denne teoretiske retningen bygger på. Hvilken nytteverdi har dette? Nærmere bestemt, hva kan etoset tilføre vurderingen av ulike psykoterapetiske tilnærminger, utover EBPP?

Psykoterapeutisk etos er relevant for en rekke ulike aspekter ved klinisk praksis. Eksempler slike områder er klinikerens valg av metode opp mot eget verdisyn, integrasjonen av ulike tilnærminger og hvordan tilnærme seg inkongruens mellom pasienten og terapimetodens verdigrunnlag. For å gjøre drøftingen mer spisset er det valgt å fokusere på ett slikt område: implikasjoner for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning har de siste tiårene vært et mye omtalt nasjonalt mål og ideal i psykologisk behandling. (Sosial- og helsedepartementet, 1996-97; Kruse, 2009). Det er også, som vi skal se, vektlagt i rammeverket til EBPP. Det finnes imidlertid få diskusjoner om hva psykoterapiskolers ulike normative innhold har å si for brukerens medbestemmelse. Oppgaven vil nå gi en kort redegjørelse av brukermedvirkning for så å drøfte hvilke implikasjoner psykoterapeutisk etos har for brukermedvirkning.

Drøftingen tar utgangspunkt i frivillig psykisk helsehjelp, ettersom tvungen psykisk helsevern er underlagt juridiske bestemmelser som medfører andre rettigheter og fagetiske dilemma knyttet til brukermedvirkning. Videre kan brukermedvirkning betraktes på ulike nivå: individ, system og politisk nivå (Helsedirektoratet, 2017). Oppgaven begrenser seg til å drøfte brukermedvirkning på individnivå, ettersom det er på dette området at psykoterapeutisk etos har størst påvirkning. Individnivå vil si pasientens rett til å medvirke gjennomføringen av egen behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Oppgaven vil nå gi en kort redegjørelse av brukermedvirkningsperpektivet. Deretter drøftes hvilken rolle etoset til MBSR spiller for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning som Juridisk Rettighet og Fagpolitisk Ideal

Brukermedvirkning er et flerdimensjonalt begrep som er orientert mot pasientens rettigheter og mulighet til å påvirke og delta i beslutninger om egen behandling (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009). Denne flerdimensjonaliteten gjenspeiles ved at det i litteraturen finnes en rekke beslektede begrep med overlappende betydning, for eksempel medbestemmelse, myndiggjøring og egenkraftpotensial.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og en mye omtalt målsetting på nasjonalt nivå. Den første stortingsmeldingen om psykisk helse i Norge «Åpenhet og helhet» fremhevde brukeren som en aktiv deltager i behandlingen (Sosial- og helsedepartementet, 1996-97). Denne ble etterfulgt av «Opptrappingsplanen for psykisk helse» som blant annet hadde til hensikt å styrke brukerrettede tiltak og informasjon om psykiske lidelser (St.prp. nr. 63, 1997-98). Disse politiske føringene kan sees i sammenheng med en økt skepsis til en praksis som tidligere har vært dominert av fagekspertise. Pasient- og brukerrettighetsloven tredde i kraft i 2001 og ble skrevet for å fremhjelpe en holdningsendring mot sterkere brukermedvirkning i helsevesenet (Karlsen, 2012). Den gir pasienten blant annet rett til informasjon, samtykke og medvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I tillegg til å være en lovfestet rett er brukermedvirkning et fagpolitisk ideal representert i profesjonsetiske rammeverk. I dette inngår det en anerkjennelse og respekt for brukerne, og et helsevesen med demokratiske verdier, rettferdighet og frihet (Storm et al., 2009).

Selv om brukermedvirkning ikke refereres direkte til i prinsipperklæringen for EBPP inneholder EBPP noen elementer som er beslektetet med brukermedvirking slik det ble definert ovenfor. Dette synliggjøres blant annet ved at EBPP vektlegger aktiv deltagelse fra velinformerte pasienter. Videre forutsetter EBPP har pasientens egenskaper og målsettinger integreres som en del av behandlingen (NPF, 2007). At behandlingen skal utformes på bakgrunn av pasientens preferanser kan knyttes til selvmedbestemmelse. Valgfrihet er også innlemmet i EBPP, i form av at pasienten i så stor grad som mulig skal kunne velge mellom effektive behandlinger (NPF, 2007).

Sentrale elementer i Brukermedvirkning

Etiske prinsipper for nordiske psykologer vektlegger to sentrale aspekt ved brukermedvikrning: valgfrihet og selvbestemmelse (NPF, 1998). *Selvbestemmelse* eller *autonomi* innebærer at psykologer kontinuerlig informerer og drøfter behandlingen og dens sannsynlige konsekvenser. Dette gjør pasienten i stand å velge om han/hun ønsker å delta eller ikke, også underveis i behandlingen. *Valgfrihet* vil si retten til å gå inn i og til å avslutte den profesjonelle relasjonen. Denne rettigheten kan fravikes i enkelte tilfeller, for eksempel ved lovhjemlet tvang, i akutte situasjoner eller dersom brukeren ikke er myndig (NPF, 1998).

Informert samtykke. Begrepet informert samtykke trekkes frem i Pasient- og brukerrettighetsloven som en forutsetning for brukermedvirkning (Kruse, 2009; NPF, 1998).

Loven fastslår at brukeren har rett til informert samtykke og til aktiv innflytelse på utformingen av behandlingen som en likeverdig partner. Helsehjelp kan bare gis med samtykke, og gyldig samtykke forutsetter at pasienter har fått «nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, § 4-1). Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte hvor man forsikrer seg om at mottakeren har forstått innholdet. Den skal inkludere mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, §3-2 og §3-5).

I tillegg til å ha rett på informasjon har pasienten også rett til å reservere seg mot informasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven fremhever at «informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, § 3-2). Pasientens preferanser, som vektlegges i EBPP, er dermed en viktig faktor som regulerer hvor mye og hvilken informasjon som er nødvendig for informert samtykke. Dette kan sees i sammenheng med det tidligere nevnte etiske idealet om å betrakte pasienten som autonom og medvirkende i beslutninger om sin egen helse (NPF, 1998, 2007).

Likeverdighet. Brukermedvirkning innebærer også at brukere tar del i diskusjoner og beslutninger om behandlingen som en likeverdig partner (Helsedirektoratet, 2017). Pasienten skal ikke bare bli informert om behandlingstiltak, men skal være en samarbeidspartner med reell innflytelse. Dette forutsetter en omfordeling av makt fra behandler, der maktbalansen utjevnes og begge parter vil kunne være nødt til å inngå kompromiss for behandlingen (Storm et al., 2009).

Brukermedvirkning i Praksis

På tross av overnevnte lovbestemmelser finnes det indikasjoner på at mange pasienter ønsker mer informasjon om behandlingen enn det som blir praktisert i dag. En nylig rapport fra Folkehelseinstituttet undersøker pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern (Kjøllesdal, Iversen, Danielsen, Haugum, & Holmboe, 2017). Denne viste at 71 prosent av pasientene svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» at institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes. I tillegg svarte 65 prosent av pasientene «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» at institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om pasientens psykiske plager eller diagnose (Kjøllesdal et al., 2017).

Studien trekker frem i hvilken grad pasientene er informert, som i tillegg til valgfrihet og selvbestemmelse er blant det viktigste komponentene for brukermedvirkning (St.prp. nr. 63,

1997-98; Helse Nord, 2006; NPF, 2007; Sosial- og omsorgsdepartementet, 1999). Det er usikkert hvorvidt undersøkelsen er representativt for andre behandlingssettinger, for eksempel i poliklinisk behandling. Likevel er dette en indikasjon på at mange pasienter ønsker mer informasjon enn det som blir gitt i praksis i dag. Dermed kan det være nærliggende å stille spørsmål ved om prinsippene for brukermedvirkning blir opprettholdt i særlig tilfredsstillende grad, på tross av tydelige føringer fra lovverk, fagetiske prinsipper og EBPP. Hva er grunnene til dette?

En nærliggende årsak kan være at det innen psykisk helse finnes få retningslinjer for hvordan kravene til brukermedvirkning skal tilfredsstilles. Det er eksempelvis en utfordring for klinikeren å vurdere hva som regnes som tilstrekkelig informasjon. Loven åpner opp for klinisk skjønn og fortolkning for hva som regnes som tilstrekkelig informasjon og i hvilke sammenhenger. Behandleren står med andre ord ovenfor en rekke dilemmaer knyttet til *hvilken* og *hvor mye* informasjon som må gis for at pasienten er i stand til å gi et informert samtykke. Videre kan man stille spørsmålstegn ved om pasient og behandler noensinne vil kunne betraktes som likeverdige partnere ettersom de har helt ulike forutsetninger for å forstå hva behandlingen innebærer. Oppgavens skal gå nærmere inn på noen av disse dilemmaene i diskusjonen om brukermedvirkning og psykoterapeutisk etos.

Konsekvenser av etoset til MBSR for brukermedvirkning

Innsikt og makt. I analysen av etoset til MBSR fremkommer det at teorigrunnlaget baseres på en konseptualisering av helse som er forankret buddhistiske prinsipper (se også tillegg).. «Realiteten» i MBSR tar utgangspunkt i at individet er bevisst sin sensoriske persepsjon, emosjoner og kognisjoner slik den fremstår fra øyeblikk til øyeblikk. I tillegg vil man gjennom meditasjon få innsikt i prinsipper som helhet, forgjengelighet og ale tings sammenvevdhet. Atferd[3] som fører oss bort fra å akseptere denne realiteten sees på som «usunn» og en kilde til lidelse. Ifølge MBSR er slik atferd svært vanlig, slik at de fleste, om ikke alle, vil kunne ha nytte av mindfulness. Etoset til MBSR innebærer altså et tydelig skille mellom bevisstheten til de som praktiserer mindfulness og de som ikke gjør det. Videre har de som ikke

[3] Atferd i denne sammenhengen inkluderer også handling i form av kognisjoner og emosjoner som ikke nødvendigvis er observerbare av andre.

har erfaring med mindfulness en suboptimal fungering som kjennetegnes av vrangforestillinger og mangel på visdom.

Denne delen av etoset til MBSR kan føre til utfordringer med tanke på pasienten som en likeveerdig og medvirkende samarbeidspartner i behandlingen. En person som enda ikke har fått erfare det perspektivskiftet MBSR innebærer, vil ifølge etoset ikke kunne se med klarhet hva som vil være best med tanke på behandling. Ettersom lidelse betraktes som en konsekvens av pasientens tanke-og reaksjonsmønstre vil eventuelle motforestillinger pasienten har lett kunne bli sett på som en del av e t slikt mønster. Ifølge etoset til MBSR vil pasienten forstå dette ved å delta på kurset. Her vektlegges spesielt at denne innsikten må erfares. Det vil si at selv om pasienten blir fortalt om hvordan lidelse oppstår og opprettholdes, vil ikke dette være tilstrekkelig for å forstå disse sannhetene.

Dette kan i ytterste konsekvens føre til at det ikke er noe reelt rom for pasientens preferanser, tanker og ønsker for behandlingen. Det kan også sette behandleren i en sterkere maktposisjon ettersom etoset legger opp til at erfarne instruktører i større grad ser verden slik den virkelig er. Det kan videre tenkes at det vil være krevende for en behandler å kombinere en slik maktposisjon med de de grunnleggende elementene i brukermedvirkning.

Som beskrevet ovenfor er instruktørrollen i MBSR preget av at man både er ekspert og ikke-ekspert på samme tid. Ekspert fordi han/hun har lang erfaring med mindfulness og god kjennskap til etoset til MBSR og buddhistiske prinsipp som kurset bygger på. I tillegg skal instruktøren etterstrebe åpenhet for de erfaringer deltakeren måtte ha underveis i kurset. Denne delen av etoset fremstår noe uforenelig med menneskesynet diskutert ovenfor. Hvordan opprettholde en åpenhet for deltakerenes opplevelser og samtidig betrakte store deler av disse som et resultat av en sub-optimal bevisshetstilstand? Det kan tenkes at det er en krevende oppgave for instruktører og balansere disse verdisynene opp mot hverandre i praksis.

Tillit, aksept og ansvar. Etoset til MBSR vektlegger holdningene tillit og akseptet til egne erfaringer. Det understrekes også at vi alle må finne «vår egen vei» i livet og at ingen andre kan finne den for oss. I tillegg består en stor del av meditasjonene i MBSR av at man skal lytte til seg selv – til kroppslige sensasjoner, tanker og følelser som oppstår. Bak dette ligger det en antagelse om at hvis man blir mer selvbevisst vil man være i stand til å forstå egne behov og ønsker og dermed ta bedre avgjørelser.

Dette er aspekter ved etoset som kan være med på å ansvarliggjøre og myndiggjøre deltakerene. MBSR inviterer deltakerene til å bli bedre kjent med seg selv. Det å kjenne egne ønsker og behov er kanskje en viktig forutsetning for å delta i utformingen av behandlingen som en likeverdig partner. For å illustrere dette kan vi tenke oss en pasient som mottar god informasjon om hva en behandling vil innebære, men som ikke vet hva han/hun vil. Dette vil gjøre det vanskelig å medvirke og å ta aktive valg i behandlingen. Mest sannsynlig vil denne pasienten i stor grad være enig med behandleren. Disse holdningene i etoset til MBSR kan derfor bidra til å styrke deltagerens evner til brukermedvirkning.

Informasjon. Som vi har sett er retten på informasjon en viktig forutsetning for brukermedvirkning. Det er derimot ingen spesifikke retningslinjer for hvor mye og hvilken informasjon som regnes som «nødvendig» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

MBSR-instruktøren unngår å bruke vokabular fra buddhismen som kan være ukjent for deltakeren. Dette var et bevisst valg av Kabat-Zinn for å gjøre kurset mer tilgjengelig for en amerikansk/vestlig pasientpopulasjon (Kabat-Zinn, 2003). På den ene siden vil dette gjøre at informasjonen som blir gitt til deltakerne er forståelig og tilpasset. Hvis deltakerne mottar informasjon de ikke forstår vil ikke det styrke deres mulighet til medvirkning. På en annen side vil denne forenklingen av informasjon kunne gjøre at viktige aspekter ved kurset blir underkommunisert.

For eksempel nedtones de buddhistiske røttene til MBSR, ved at instruktøren velger å ikke bruke buddhistisk vokabular. Ved å sammenligne etoset til MBSR med sentrale buddhistiske prinsipp (tillegg) fremkommer det mange fellestrekk. Verdigrunnlaget og mye av meditasjonspraksisen til MBSR er altså en direkte overføring av buddhistiske normer. Disse kan naturligvis være mer eller mindre forenelige med deltagernes trossyn. Ved å ikke informere deltakerne om de religiøse aspektene ved etoset til MBSR vil det potensielt være vanskelig eller forvirrende å delta på kurset hvis det er stor grad av inkongruens med eget verdisyn. Dette er med på å styrke argumentet om at informasjon om terapitilnærmingers etos er en forutsetning for brukermedvirkning.

Roller og ansvar. Rollefordelingen mellom terapeut og pasient er sentral for fasiliteringen av brukermedvirkning. Som vi har sett ønsker brukermedvirkningsperspektivet å nedtone behandleres ekspertrolle for å invitere pasienten med som en likeverdig partner. Det har

osgå blitt argumentert at MBSR sitt syn på instruktøren som mer innsiktsfull enn pasienten kan være et hinder for brukermedvirkning.

På en annen side inneholder rollefordelingen i MBSR en høy grad av ansvarliggjøring av deltakeren. Det forventes stor grad av egeninnsats i kurset. Deltakeren er selv ansvarlig for å opprettholde meditasjonspraksisen daglig, og har en del valgfrihet knyttet til hvilken meditasjon han/hun vil bruke. Både bedring og mangel på bedring har en tendens til å tilskrives deltakeren. Det kan hevdes at kurset gir deltakeren både en aktiv rolle og noe grad av valgfrihet, noe som er sentralt for å fasilitere brukermedvirkning.

Avslutning

Analysens Begrensninger og Nytterverdi

Analysemetoden brukt for å beskrive etoset til MBSR har flere begrensninger. Psykoterapeutisk etos defineres i denne oppgaven som det normative verdigrunnlaget som konstituerer en psykoterapiskole. Dette er et begrepet omslutter mye og kan innebære ulike elementer og analyser. For andre innfallsvinkler til moral og menneskesyn i psykoterapi, se for eksempel Hammerlin and Larsen (1997); Ikonen (2015); Rieff and Sontag (1965); Schafer (1970).

For å gjøre en vitenskapelig analyse av et komplekst begrep kreves det avgrensning og kategorisering. Dette medfører både forlemper og ulemper. I analysen har det blitt trukket frem et fåtall av elementer som ansees som sentrale aspekter ved en terapiskoles psykoterapeutiske etos. Transparens for disse elementene gjør leseren i stand til å vurdere hvorvidt analysen baserer seg på sentrale moment i MBSR. Det er sannsynlig at andre ville trukket frem og vektlagt ulike svare på de overnevnte spørsmålene, ettersom en teoretisk analyse er påvirket av verdisynet og «blikket» jeg som leser innehar.

Det finnes også andre elementet som kunne vært inkludert. For eksempel kunne analysen også inneholdt synet på individets samfunnsansvar eller vektleggingen av individualitet kontra sosial tilhørighet.

Det Psykoterapeutiske etoset til psykoterapitilnærminger er som vi har sett lite vektlagt i et fagfelt hvor evidensbasert praksis regnes som tilstrekkelig for evalueringen har psykoterapi. Det finnes mange andre aspekter innenfor dette temaet som har potensiale til å tilføre noe til psykoterapeutisk praksis. Det vil kunne være nyttig å sammenligne etoset til ulike retninger for å få en bedre oversikt over verdigrunnlaget til den terapeutiske praksisen som brukes i dag. Klinikere som har en integrativ tilnærming til terapi konstituerer en stor gruppe av psykologer i Norge i dag (Lippe & Rønnestad, 2009). Med større kunnskap om menneskesynet i ulike terapitilnærminger vil klinikeren i større grad være i stand til å evaluere hvilke intervensjoner og tilnærminger som er komplementære.

Del 3 drøfter noen kliniske implikasjoner for brukermedvirkning. Menneskesynet, holdninger som tillit og aksept, synet på lidelse og rollefordelingen i terapien har særlig blitt vektlagt som relevante for brukermedvirkning. Noen av disse elemetene argumenteres det for at er kongruente med et syn på pasienten som en aktiv, informert og likeverdig part i behandlingen.

Disse inkluderer pasienten som aktiv deltaker, promoteringen av selv-aksept og tillit, og tilretteleggelse av informasjon. Andre aspekter vil derimot kunne ha en negativ innvirkning på brukermedvirkning. Disse inkluderer intruktørens ekspertrolle og manglende informasjon om buddhistiske prinsipp. Når brukermedvirkning skal implementeres som en juridisk rett og fagpolitisk ideal er det relevant å undersøke i hvilken grad innholdet i dagens psykoterapipraksis er i tråd med verdiene til brukermedvikning som prinsipp.

En annen nytteverdi av analyser av etoset til ulike teraptilnærminger for brukermedvirkning er å kunne gjøre denne informasjonen mer tilgjengelig for pasienter og befolkningen generelt. Informerte pasienter er avhengige av at fagfolk kommuniserer egenarten til psykoterapi. Denne består ikke utelukkende av beste forskningsevidens, men av et sett med verdier som i sin definisjon av psykisk helse tar utgangspunkt i at noen måter å leve på er bedre enn andre.

Referanser

63, S. p. n. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo

APA. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology: APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. In (pp. 271-285). [Washington, D.C.] :.

Baer, D. (2017) *The Father Of Mindfulness on What Mindfulness Has Become*. Medium, Thrive Global, medium.com.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143. doi:10.1093/clipsy.bpg015

Berg, H. (2019). *Beyond evidence-based practice in psychology : science, ethics and practice.* (doktorgradavhandling), Universitetet i Bergen, Bergen.

Berg, H., & Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy—A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23*(5), 1075-1080. doi:10.1111/jep.12739

Bohart, A., O'Hara, M., & Leitner, L. (1998). Empirically Violated Treatments: Disenfranchisement of Humanistic and Other Psychotherapies. *Psychotherapy Research, 8*(2), 141-157. doi:10.1080/10503309812331332277

Brown, E., & Granberg, A. (2004). *Hva er et menneske? : en innføring i filosofiske spørsmål om menneskets natur*. Bergen: Fagbokforl.

Chambless, Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., . . . McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*((2)), 5–18.

Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Haaga, D. A. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16.

Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency : random reflections on health services*. London: Royal Society of Medicine Press.

Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12th ed. ed.). Boston: McGraw-Hill Education.

Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. In Arbeidsnotat / Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier, Vol. nr. 6/2004.

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta psychiatrica Scandinavica, 124*(2), 102. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x

Fulton, P. R., Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Gazella, K. A. (2005). Jon Kabat-Zinn, PhD: bringing mindfulness to medicine.(Conversations)(Interview). *Alternative Therapies in Health and Medicine, 11*(3), 57.

Goldenberg, M. J. J. (2005). Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the" empirical turn" from normative bioethics. *BMC Medical Ethics, 6*(1), 11.

Gupta, M. (2009). Is evidence-based psychiatric practice, ethical practice?: A conceptual and qualitative study. In: ProQuest Dissertations Publishing.

Gupta, M. (2014). *Is evidence-based psychiatry ethical?* Oxford: Oxford University Press.

Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., . . . Nishikawa, J. J. J. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *268*(17), 2420-2425.

Hamilton, R. (2013). The frustrations of virtue: the myth of moral neutrality in psychotherapy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19*(3), 485-492. doi:10.1111/jep.12044

Hammerlin, Y., & Larsen, E. (1997). *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
helsedepartementet, S.-o. (1996-97). *St meld nr 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo
Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. In Nasjonale faglige retningslinjer, *Avdeling psykisk helse*.
Helsedirektoratet. (2017, 17.10.2017). Brukermedvirkning. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning
Herbert, J. D. (2003). The Science and Practice of Empirically Supported Treatments. *Behavior Modification, 27*(3), 412-430. doi:10.1177/0145445503027003008
Huffington, A., Morris, C., Goldsmith, M., & Rose, K. (2019). 100 Best Mindfulness Books of All Time. Retrieved from https://bookauthority.org/books/best-mindfulness-books
Ikonen, P. (2015). On the overall ethos of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *The Scandinavian Psychoanalytic Review, 38*(1), 1-4. doi:10.1080/01062301.2015.1063405
Jacobsen, K. A. (2012). *Buddhismen* (2. utg. ed.). Oslo: Pax.
Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are : mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 281. doi:10.1080/14639947.2011.564844
Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living : how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation* (Rev. and updated ed. ed.). London: Piatkus.
Kabat-Zinn, J. (2017). Too Early to Tell: The Potential Impact and Challenges--Ethical and Otherwise--Inherent in the Mainstreaming of Dharma in an Increasingly Dystopian World.(Editorial)(Author abstract). *Mindfulness, 8*(5), 1125. doi:10.1007/s12671-017-0758-2
Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163-190. doi:10.1007/BF00845519
Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk tidsskrift for helseforskning, 8*(2), 3-15. doi:10.7557/14.2406
Kelly, T. A., & Strupp, H. H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting Clinical Psychology*

60(1), 34.
Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H., Danielsen, K., Haugum, M., & Holmboe, O. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016: Nasjonale resultater*. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-i-2016---nasjonale-resultater.pdf
Kruse, S. S. (2009). *Medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid.* (Profesjonsstudiet i psykologi Hovedoppgave), S. Selvik Kruse, Bergen.
Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on evidence-based practice*. Retrieved from https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf;

Lippe, A. L. v. d., & Rønnestad, M. H. (2009). *Det Kliniske intervjuet : [B. 1]* (2. utg. ed. Vol. [B. 1]). Oslo: Gyldendal akademisk.
Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
Miller, R. B., Gold, J., & Anchin, J. C. (2005). Suffering in Psychology: The Demoralization of Psychotherapeutic Practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*(3), 299-336. doi:10.1037/1053-0479.15.3.299
Nagy, L. M., & Baer, R. A. (2017). Mindfulness: What Should Teachers of Psychology Know? *Teaching of Psychology, 44*(4), 353-359. doi:10.1177/0098628317727913
NAOB. (2019). In *Det Norske Akademis ordbok*: Det Norske Akademi for Språk og Litteratur.
Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*: American Psychological Association.
Norcross, J. C., Hogan, T. P., & Koocher, G. P. (2008). *Clinician's Guide to Evidence-Based Practices : Mental Health and the Addictions*. Cary: Cary: Oxford University Press USA - OSO.
Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. In (pp. 303-315).
Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 127. doi:10.1002/jclp.20764
Nord, H. (2006). *Plan for brukermedvirkning*. Retrieved from https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Plan_for_brukermedvirkning_Helse_Nord_september_2006.pdf
NPF. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Retrieved from https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer
NPF. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*(9), 1127-1128.
O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. J. B. (2004). Recent developments: suicide in older people. *329*(7471), 895-899.
Odland, T. (2013). Historisk gjennomgang av Prinsipperklæring om evidensbasert praksis. *Evidensbasert praksis.* Retrieved from https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/historisk-gjennomgang-av-prinsipperklaering-om-evidensbasert-praksis
Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (1999).
Peterson, D. R. (2004). Science, Scientism, and Professional Responsibility. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(2), 196-210. doi:10.1093/clipsy.bph072
Rieff, P., & Sontag, S. (1965). *Freud : the mind of the moralist* (Vol. 135). London: Methuen.
Robinson, D. (1987). Wilhelm Wundt and the establishment of experimental psychology, 1875-1914: The context of a new field of scientific research. In: ProQuest Dissertations Publishing.
Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(4), 444-454.
Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: British Medical Journal Publishing Group.
Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). New York: Churchill Livingstone.

Schafer, R. (1970). The Psychoanalytic Vision of Reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 51*, 279-297.

Schroeder, M. (2016). Value Theory. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*

Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 10*(2), 230a-231. doi:10.1176/jnp.10.2.230a

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752.

Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Straus, S. E. (2011). *Evidence-based medicine : how to practice and teach it* (4th ed. ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

Teo, T., & Rieber, R. W. (2005). *The Critique of Psychology: From Kant to Postcolonial Theory*. Boston, MA: Boston, MA: Springer US.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard : the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.

Tjeltveit, A. C., & Gold, J. (2004). The Good, the Bad, the Obligatory, and the Virtuous: The Ethical Contexts of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(2), 149-167. doi:10.1037/1053-0479.14.2.149

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., . . . Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science, 13*(1), 36-61. doi:10.1177/1745691617709589

Wieringa, S., Engebretsen, E., Heggen, K., & Greenhalgh, T. (2017). Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23*(5), 964-970. doi:10.1111/jep.12752

Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 1-18. doi:10.1080/14639947.2011.564811

Woolfolk, R. L. (2015). *Value of Psychotherapy: The Talking Cure in an Age of Clinical Science*: United States: Guilford Publications Inc.

Figurer

CRITERIA FOR EMPIRICALLY-VALIDATED TREATMENTS

Well-Established Treatments

I. At least two good between group design experiments demonstrating efficacy in one or more of the following ways:
   A. Superior (statistically significantly so) to pill or psychological placebo or to another treatment.
   B. Equivalent to an already established treatment in experiments with adequate sample sizes.

OR

II. A large series of single case design experiments (n >9) demonstrating efficacy. These experiments must have:
   A. Used good experimental designs and
   B. Compared the intervention to another treatment as in IA.

FURTHER CRITERIA FOR BOTH I AND II:

III. Experiments must be conducted with treatment manuals.
IV. Characteristics of the client samples must be clearly specified.
V. Effects must have been demonstrated by at least two different investigators or investigating teams.

Probably Efficacious Treatments

I. Two experiments showing the treatment is superior (statistically significantly so) to a waiting-list control group.

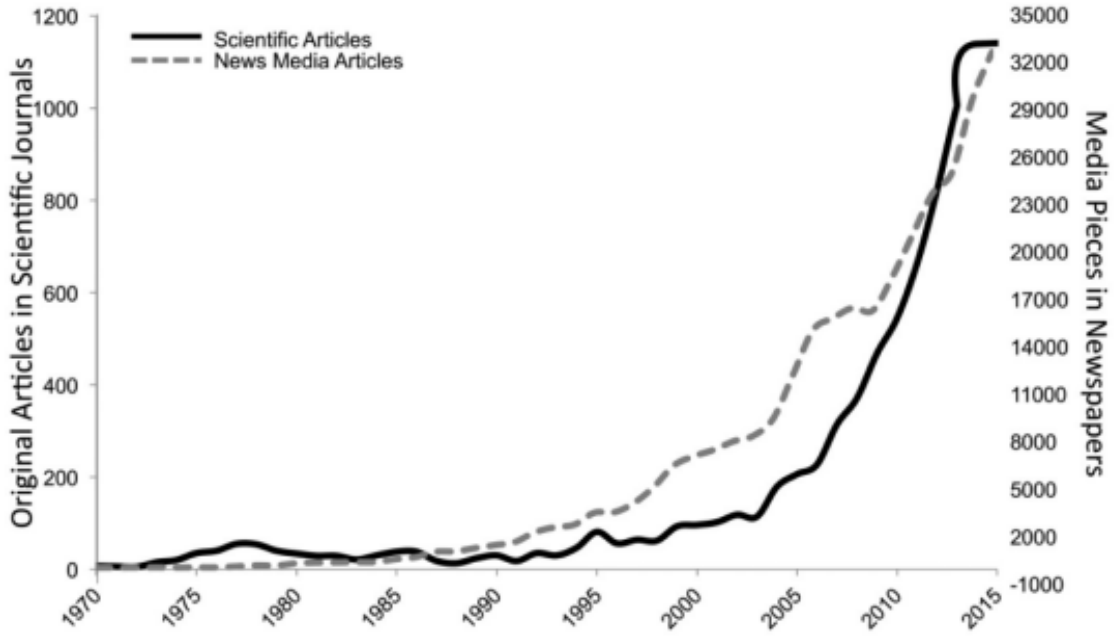
OR

II. One or more experiments meeting the Well-Established Treatment Criteria IA or IB, III, and IV, but not V.

OR

III. A small series of single case design experiments ($n \geq 3$) otherwise meeting Well-Established Treatment

Figur 1. Kriteriene for empirisk validerte behandlingsformer (EVB), forløperen til beste forskningsevidens i EBPP. Hentet fra D. L. Chambless et al. (1998), 29.07.2019



Figur 2. Vitenskapelige artikler og nyhetsartikler som inneholder ordene «mindfulness» eller «meditasjon» publisert mellom 1970-2015 ved bruk av søkemonitoren Scorpus. Hentet fra Van Dam et al. (2018), s. 37, 29.07.2019

Tillegg. *Sentrale buddhistiske prinsipp som MBSR bygger på.*

Kabat-Zinn understreker i flere av sine artikler at MBSR er i tråd med dharma, buddhas lære. Han nevner spesifikt at MBSR bygger på konseptene dukkha, sila, samadhi, prajna – den åttedelte veien, de fire edle sannheter (Kabat-Zinn, 2011, 2017). Dharma er ment som en universell fenomenologisk beskrivelse av menneskesinnets natur, roten til lidelse og potensialet og metoden for frigjøring fra lidelse (Fulton et al., 2005). MBSR-instruktører bør ifølge Kabat-Zinn ha inngående erfaring og kunnskap om disse buddhistiske prinsippene (Kabat-Zinn, 2003, 2011). Deltagerne på kursene får ingen teoretisk innføring i disse, men får heller erfare dette gjennom øvelsene og samtalene med de andre deltakerne (Kabat-Zinn, 2003). Disse prinsippene danner bakgrunnen for etoset til MBSR. De inneholder beskrivelser om hva det vil si å være menneske, hvordan man bør leve, hva er lidelse og hvordan frigjøre seg fra lidelse. Under følger en kortfattet gjennomgang av disse, hentet fra boka «Mindfulness and Psychotherapy» skrevet av Fulton et al. (2005).

3 karakteristikker ved vår eksistens. Menneskenaturen består av tre fundamentale og allmennmenneskelige karakteristikker: impermanens (anicca), lidelse (dukkha) og ikke-selv (anatta). Bevisstheten består av korte øyeblikk av kognitiv aktivitet som oppstår og endrer seg med stor hastighet. Alle fenomen er i konstant endring. Ordet lidelse i buddhisme brukes i en bred og eksistensiell betydning og refererer både til uunngåeligheten av sykdom, aldring og død, og en mer subtil psykologisk smerte som kommer fra begjærets konstante mangel på tilfredsstillelse. Den siste karakteristikken innebærer innsikten at vår selvforståelse består av betingede mønstre og lært atferd, og at det dermed ikke finnes noen essens eller kjerne. Opplevelsen av å eie sine tanker, følelser og sensasjoner (dette er mine, mitt, meg) sees på som en maladaptiv kilde til psykologiske vansker.

3 dyptgående årsaker til lidelse. Disse er grådighet, hat og vrangforestillinger. Grådighet kalles også «craving», «wanting» og «attachment» og er en refleksiv respons med hensikt å holde fast ved det som gir nytelse. Hat refereres også til som aversjon, og innebærer et ønske om å unngå, nekte for eller angripe det som oppleves som uønskelig, vanligvis generert som en respons til smerte eller ubehag. Både grådighet og hat oppstår som følge av begjær. Vrangforestillinger eller ignoranse og forvirring brukes for å beskrive vår uvitenhet til enkelte deler av realiteten, eksempelvis karakteristikkene ved vår eksistens nevnt over. Det motsatte av vrangforestillinger er visdom og innsikt.

De 4 edle sannheter. Disse er organiserende prinsipper i buddhas lære. De er ment for å fremme forståelse og visdom. 1) Lidelse finnes: Når det er en diskrepans mellom det som er og det man ønsker oppstår lidelse som en uunngåelig del av tilværelsen; 2) årsaken til lidelse er begjær; 3) lidelse kan reduseres og elimineres; 4) den åttedelte veien beskriver veien til frigjøringen fra lidelse.

Den åttedelte veien. Disse er etiske retningslinjer for hvordan man bør leve for å oppnå frigjøring fra lidelse. De ment for å praktiseres parallelt, da hver og en forsterker de andre. 1) Rett syn: å ta tillit til buddhas lære og at man går i riktig retning, å se verden slik den er; 2) rett intensjon: i buddhistisk lære er intensjonen det viktigste verktøyet for transformasjon. Intensjonen hjelper til å navigere i bevisstheten impermanens; 3) rett tale: tale former tankene våre og talen bør reflektere ærlighet, hjelpsomhet, fromhet og altruisme; 4) rett handling: utrykkes ved å frastå fra å drepe, stjele, lyve, seksuell miskondukt, og bruk av rusmidler. Disse prinsippene er åpne for mer eller mindre strenge tolkninger; 5) rett levevis: består av en rekke ulike etiske konvensjoner som gjelder fra lekpersoner til munker. For eksempel skal man utstå fra jobber som involverer å drepe; 6) rett innsats: involverer mindful kultivering av helsebringende («wholesome») tilstander og bevisst oppgivelse av usunne («unwholesome») atferd. Dette krever omfattende, pågående oppmerksomhet til det indre liv for å oppnå god «mental hygiene»; 7) rett mindfulness: mindfulness må kultiveres og innebærer å ha en nøyaktig og jevn oppmerksomhet til fenomen slik de fremstår; 8) rett konsentrasjon: oppstår gjennom å trene på å holde oppmerksomheten på et bestemt område slik den utfolder seg over tid.

Fire fundament for mindfulness. Disse kategoriene danner fundamentet for å kultivere mindfulness og gir et utgangspunkt for å trene opp sinnet til å være fullstendig bevisst i nåtiden. 1) Mindfulness til kropp: sitt på et stille sted og rett oppmerksomheten mot pusten og kroppslige sensasjoner slik de oppstår forandres kokntinuerlig. 2) Mindfulness til følelser: neste steg i meditasjonspraksisen innebærer å rette oppmerksomheten mot de følelsene som oppstår i erfaringen, for å legge merke til denne med stadig økt presisjon. 3) Mindfulness til sinnet: Her skifter man oppmerksomhetenn til sinnets kvalitet ved å legge merke til hvorvidt de tre dyptgående årsakene til lidelse (grådighet, hat og vrangforeestillinger) er tilstede i sinnet. 4) Mindfulness til mentale objekter: består av en mer nyansert, detalsjert uforskning av sinnet gjennom å legge merke til tilstededværelsen av en rekke aspekter ved buddhisme, for eksempel faktorer for opplysning, de edle sannheter.

Fire ubegrensede positive kvaliteter ved hjertet (Brahma viharas). Dette er fire holdninger som har en særlig helbredende effekt og som kan utvikles gjennom meditasjon som fokuserer på hver enkelt av disse. De presenteres ofte som en analogi til en mors følelser mot sitt barn. 1) Medfølelsesmeditasjon («Lovingkindness»): handler om en universal kjærlighet mot alle levende vesner. Kultiveres ved å rette sin intensjon mot setninger som «må alle være lykkelige» og lignende. 2) Medfølelse (karuna): handler om å utvikle en dyp medfølelse for alle som lider og med et ønske om at alle måtte oppleve trygghet og helbredelse. 3) Sympatisk glede (mudita): Handler om å respondere på andres lykke med glede i stedet for misunnelse eller sjalusi. 4) Likevekt (equanimity, upekkha): En avansert evne til å omfavne både behagelige og ubehagelige erfaringer uten å respondere på eget begjær.