

# Østlige og vestlige psykoterapeutiske tradisjoner - forskjeller knyttet til mestring og kontroll

Elementer fra østlige terapiformer integreres nå både i atferdsterapi, kognitiv terapi og psykodynamisk orientert terapi. Det kan være grunn til å reflektere over hva vi kan lære av de østlige terapiformene.

## TEKST

**Lillian Hjertnes**

**Torill Christine Lindstrøm**

**David Lackland Sam**

**PUBLISERT 1. mai 2005**

## ABSTRACT:

Eastern and Western traditions. Differences related to coping and control  
Differences between western and eastern societies might be characterized as individualistic and collectivistic. In this article the authors discuss how these differences affect therapeutic treatment and its goals when divergent understandings of «coping» and «control» are taken into account. The Japanese Zen-influenced Naikan- and Morita-models are presented as two examples of eastern psychotherapy. Whereas western psychotherapy tends to emphasize primary control and problem-focused instrumental coping, eastern psychotherapy emphasizes the importance of secondary control and emotion-focused coping. The eastern psychotherapies also view harmonious family relationships as essential in maintaining psychological well-being and health. The authors conclude that eastern psychotherapies contain elements which may well be relevant to western psychotherapy.

---

«Gud, gi meg sinnsro til å godta  
de tingene jeg ikke kan forandre,  
mot til å forandre de ting jeg kan  
endre, og visdom til å se  
forskjellen.»

## Ordspråk

«Jeg er kurert, men ikke fullstendig. Symptomene kan jeg fremdeles merke. Jeg forventer at symptomene skal være der, fordi de symboliserer min angst og bekymring for ikke å leve mitt liv fullt ut. Angsten og bekymringene hjelper meg til å forberede meg på mine daglige gjøremål. De hindrer meg i å være uforsiktig, og de er et uttrykk

for mitt ønske om å ville utvikle meg. Så lenge jeg føler dette sterke livsbegjæret, vil det billedlig sett alltid være «røyk fra bålet», som kommer til uttrykk gjennom ulike former for symptomer. Alt jeg trenger å gjøre nå, er simpelthen å fortsette å leve mitt liv, ved å la mine symptomer være slik de er.»

(Koga, 1967, s. 92–98. ref. i Lebra, 1976, vår oversettelse.)

Sitatet er hentet fra en klient som har gjennomgått Morita-terapi. Morita- og Naikan-terapi er to retninger innenfor japansk psykoterapi som baserer seg på østlig verdigrunnlag og livsfilosofi, hovedsakelig Zen-buddhisme og Taoisme, men også med innslag av Konfusianisme (Reynolds, 1980, 1983; Rhyner, 1988). Innen disse terapeutiske retningene fortolkes symptomer ved psykiske lidelser på en annen måte enn det vi er vant med. Terapiene inneholder til dels helt andre elementer enn det som vektlegges i vestlig psykoterapi. I denne artikkelen diskuteres disse terapiformene i forhold til ulike syn på mestring og kontroll. I tillegg nevnes vestlige, østlig-inspirerte terapiformer.

### **Individualisme versus kollektivism**

«Individualisme» og «kollektivism» er begreper som ofte benyttes for å beskrive grunnleggende ulike orienteringer til forholdet mellom mennesket og samfunnet. Imidlertid må det presiseres at disse begrepene ikke er absolutte størrelser. Det ville være overforenkende å hevde kategorisk at samfunn karakteriseres utelukkende av individualisme eller av kollektivism. Dels er det snakk om gradforskjeller, dels om store variasjoner innen ethvert samfunn. (La oss understreke at vi ikke representerer et kulturrelativistisk syn.) Likevel hevdes det at Vesten, grovt sett, er orientert mot individualisme, kjennetegnet av uavhengighet, selvstendighet og konkurransementalitet (Kagitcibasi, 1996, 1997; Sloan, 2001). Enkeltmennesket har hovedsakelig selv ansvar for egen suksess og lykke (Waterman, 1984), og «indre kontrollplassering» vektlegges (Rotter, 1966). I kontrast hevdes det at samfunn preget av kollektivism, som i Østen, legger større vekt på gjensidig avhengighet, relasjoner, samarbeid, fellesskapets samhold og gruppen som helhet, mer enn det enkelte menneske (Hsu, 1983; Singelis, Bhawuk, & Gelfand, 1995; Triandis, 1995). I kollektivistiske kulturer er det en tendens til å ikke ha begreper som tilsvarende de vestlige begrepene for «jeg'et», «ego» eller «selv'et». Samtidig tillegges det enkelte «individet» ofte mindre betydning enn i individualistiske kulturer. Det som betyr noe, er det enkelte menneskets funksjoner, roller og relasjoner i den sosiale konteksten det inngår i (Kagitcibasi, 1996).

**«I Østen vektlegges akseptering  
av ens situasjon som en del av  
det å underordne seg  
fellesskapets interesser – noe**

som er langt viktigere enn egne,  
personlige mål»

Å dikotomisere mellom kulturer på denne måten, representerer selvsagt en overforenkling (Church, 2000), men kan likevel være nyttig i forhold til å identifisere generelle tendenser. Kulturelle forskjeller knyttet til verdiene individualisme og kollektivism ble kartlagt i en studie som inkluderte ca. 40 land (Hofstede, 1980). Fire dikotome verdiskalaer manifesterte seg på tvers av ulike kulturer: a) individualisme versus kollektivism, b) konfrontasjon versus unngåelse av konfrontasjon, c) høy grad av tro og respekt for autoriteter versus anti-autoritære holdninger og d) maskuline versus feminine verdier. Dimensjonen «maskulinitet» innebar vektlegging av effektivitet, konkurranse, produktivitet, selvstendighet og karrieremuligheter; dimensjonen «femininitet» vektlegging av relasjoner, samarbeid, omsorg og solidaritet. De fire verdiskalaene var ulikt representerte i forskjellige vestlige land. USA plasserte seg høyere på individualisme og maskuline verdier enn Norge. De skandinaviske landene, inkludert Norge, fikk høy skåre på individualisme, men også på den feminine verdiskalaen. Dette er et spesielt funn, ettersom individualisme i andre land, som USA, er mer knyttet til maskuline verdier. Det er derfor mulig at vi i Skandinavia har en annen form for individualisme. Det norske velferdssamfunnet bygger på kollektivistiske verdier, de sosialdemokratiske. Hensynet til fellesskapet veier tyngre her enn i USA (Gullestad, 1992). Likevel legger vi også vekt på individualisme i form av «individets frihet», men denne friheten er ofte definert som felles *kollektive* rettigheter, for eksempel allemannsretten og strandloven. Samfunnets verdier gjenspeiles i terapeutiske verdier og teknikker (Triandis, 1995). Det kan derfor synes noe paradoksalt at psykoterapeutiske teknikker og idealer i Norge i stor utstrekning er hentet fra USA. Disse terapiene avspeiler ofte maskuline og individualistiske verdier. Frigjøring og selvrealisering, kontroll over eget liv og aktive problemløsende mestringsstrategier er terapeutiske mål og idealer.

Det hevdes at økonomisk og teknologisk utvikling i ethvert samfunn vil innebære en utvikling mot øket grad av vestliggjøring, en konvergering mot vestlig kultur (Smith & Bond, 1993). Hofstedes undersøkelse (1980) gav støtte til denne hypotesen. Han fant en sterk sammenheng mellom individualisme og økonomisk utvikling. Imidlertid finnes det også faktorer som sår tvil om konvergenhypotesens gyldighet. Deler av Asia, som er kjennetegnet ved sterk kollektivism, har også vist stor evne til økonomisk vekst, eksempelvis Japan, Korea, Taiwan, Hong Kong og Singapore. Disse kulturene er preget av sterke familiebånd, gjensidig avhengighet og lojalitet, uten at dette synes å redusere den økonomiske utviklingen (Rothbaum, Pott, Azuma, Miyake & Weisz, 2000). Familiemønstrene er tvert imot knyttet til økonomisk suksess, både på det private og det samfunnsmessige nivået. I Japan er det kollektive verdisystemet på en gunstig måte blitt overført til arbeidsplassen, og det gis sterk lojalitet og tilknytning til den. Likeledes i Kina, hvor de mange små familiebedriftene blomstrer på grunn av en kombinert lojalitet overfor familien og bedriften. Positive konsekvenser av kollektivism er hevdet å være lavere kriminalitet, færre selvmord og skilsmisser, mindre barnemishandling,

bedre mental helse og færre familiekonflikter (Triandis et al., 1988). Konkurransen mellom mennesker bidrar ikke nødvendigvis til bedre fungering, og kan ha negative biveffekter. Mennesker føler mer press, som igjen kan føre til aggresjon. Større vektlegging på prestasjoner i de individualistiske kulturene kan også virke truende for ego'et og medføre usikkerhet. Svekkete bånd innen familie- og nærsamfunn, samt et øket press på den enkelte om å mestre og lykkes, kan være noen av årsakene til at individualisme er forbundet med flere mentale helseproblemer. Generelt synes det å være visse sammenhenger mellom kultur og ulike former for psykiske lidelser (Sam & Moreira, 2002). Imidlertid er dette kompliserte sammenhenger som kan reflektere såvel kulturelle særegenheter som tilgang på ressurser og andre sosiale-økonomiske forhold (Lopez, 2003). I tillegg er begrepene «mental helse» og «psykiatriske diagnoser» i seg selv kulturelle og knyttet til maktrelasjoner, og må derfor benyttes med stor varsomhet (Ekeland, 2003).

## **Mestring og kontroll**

Å kunne mestre og ha kontroll over sin tilværelse ansees å være essensielt for psykisk helse innen vestlig psykologi. Omvendt kan fravær av eller mangelfull mestring og kontroll gi psykiske problemer. Begrepet mestring har innen vestlig psykologi hovedsakelig blitt definert på to måter: som strategier eller forventninger (Ursin & Hytten, 1992). Begrepet mestring definert som strategier skiller mellom problemorienterte, emosjonsorienterte og unngåelsesorienterte strategier (Lazarus & Folkman, 1984). Mestring definert som «positive respons-utfallsforventninger» (Ursin, 1988), er utviklet innenfor en kognitiv atferdsstradisjon og stressforskning. Forskjellen mellom mestring som strategier kontra forventninger er likevel ikke så stor, idet forventningene knytter seg til bruk av strategier. Imidlertid ser forventninger om å lykkes eller mislykkes ut til å være det essensielle elementet i mestring og kontroll.

Optimisme (positive forventninger) og tiltro til å kunne løse problemer og endre sin livssituasjon, er også nært forbundet med opplevelsen av å ha kontroll. Slik sett er mestringsbegrepet svært likt begrepene indre kontrollplassering («internal locus of control») (Rotter, 1966), mestringsstro («self-efficacy») (Bandura, 1977), robusthet («hardiness») (Kobasa, 1979), og følelse av sammenheng («sense of coherence») (Antonovsky, 1987). Disse begrepene har til felles en vektlegging av individets ansvar for og evne til å mestre, ha kontroll, løse problemer og skape endringer. Slik sett er de karakteristiske for den individualistisk orienterte psykologien i Vesten, og avspeiler den vestlige individualistiske samfunnsideologien. Imidlertid, alt lar seg ikke endre eller endre så lett. Uansett hvor kontroll-orientert og problemløsende dyktig man kan være, skjer det ting som ikke lar seg hindre, endre eller stoppe, som for eksempel aldring og død. Dette må mestres på andre måter (Bailis & Chipperfield, 2002). Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved den noe ensidige betoningen av individets mestring og kontroll og av den aktive problem- og endringsorienterte måten å mestre på.

## **Primærkontroll versus sekundærkontroll**

En annen forståelse av mestring og kontroll er foreslått (Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982). Teorien skiller mellom primær kontroll og sekundær kontroll, og har i særlig grad differensiert den sekundære kontrollformen. *Primærkontroll* betyr å endre miljøet til å passe egne ønsker og behov, mens sekundærkontroll innebærer å endre seg selv til å tilpasse miljøet. Primærkontroll tilsvarende den problemorienterte måten å mestre og å få kontroll på. Målet er å endre virkeligheten via instrumentelle handlinger.

*Sekundærkontroll* innebærer å la de eksisterende realiteter være uendrede, mens en endrer realitetenes psykologiske betydning. Ved sekundærkontroll vil mennesker forsøke å tilpasse seg eller refortolke situasjoner for å gi dem mer positiv mening. I noen tilfeller innebærer dette handlinger som begrenser individets personlige autonomi og muligheter for individuelle valg. På den andre side kan handlingene øke opplevelsen av tilpasning i forhold til andre mennesker og til hendelser i den enkeltes liv.

Sekundærkontroll fremstår i fire ulike former:

a) *Predikerende sekundærkontroll* (Averill, 1973). Prediksjon gir mennesker mulighet til å forberede seg på fremtidige hendelser, slik at de kan oppnå kontroll over den psykologiske virkningen av hendelsene. Dette kan ha en emosjonsdempende effekt, og minske usikkerhet og skuffelse. Dels kan dette skje ved at man skaffer seg informasjon om hva som skal finne sted, dels ved at man forholder seg til regler om godtatt atferd og konvensjoner i det sosiale system man tilhører eller for tiden befinner seg i.

b) *Illustrativ sekundærkontroll* innebærer å tilskrive årsaker til mestring og ikke-mestring til hell, lykke, skjebne eller guddommelig vilje, med andre ord, ytre kontrollplassering. Illustrativ sekundærkontroll kan dels fungere som en unnskyldning for å unngå situasjoner som krever ferdigheter som man føler at man ikke har, og frata følelse av ansvar. Dels kan følelsen av å spille på lag med «en uavvendelig skjebne» føre til at man lettere aksepterer sin situasjon og sine feiltrinn. Man kan oppnå en viss optimisme ved å føle seg alliert med krefter som hell og lykke, og forvente å finne enkle svar og løsninger via spådomskunst og horoskoper.

c) *Vikarierende sekundærkontroll* består i å øke følelsen av betydning gjennom å identifisere seg med personer, grupper og institusjoner som har mer innflytelse enn en selv. Kostnaden er at en må underordne seg dem som har dominerende posisjoner, og fraskrive seg eneretten til egne resultater. Gevinsten er at en oppnår å bli løftet opp ved hjelp av gruppen, og at en kan identifisere seg med det gruppen som helhet oppnår. Et slikt ønske om å identifisere seg med mektige andre eller samfunnet generelt, er også beskrevet av Fromm (1941), som forøvrig påpeker både positive og negative konsekvenser av en slik identifikasjon.

d) *Interpreterende sekundærkontroll* innebærer å reformulere hendelser i livet, spesielt de som allerede har skjedd eller som er uunngåelige. Reformuleringene innebærer omfortolkninger, å finne mening i eller forsøke å finne positive sider ved det som skjer eller har skjedd. Slik kan man skape en mening i sin verden, og lettere akseptere hendelser som man i utgangspunktet syntes var negative.

Primær- og sekundærkontroll er motsetningsfylte. De fire formene for sekundærkontroll oppfattes i moderat grad som adekvate og gode mestrings- og kontrollformer i vestlig psykologi. I det «individualistiske ethos» hvor personlig autonomi og selvrealisering er to viktige dimensjoner ved livet, betraktes sekundærkontroll i stor grad som former for emosjons- og unngåelsesorienterte strategier, psykisk forsvar og realitetsforvrengninger. I Østen derimot, vektlegges akseptering av ens situasjon som en del av det å underordne seg fellesskapets mål og interesser, noe som er langt viktigere enn egne personlige mål. Derfor blir sekundære kontrollformer sett på som adaptive og adekvate former for mestring. En undersøkelse sammenlignet mestring og kontroll i en østlig (Japan) og vestlig kultur (USA). Kulturene fremsto forskjellige i sin forståelse av mestring og kontroll. Primærkontroll ble særlig vektlagt i USA. I Japan ble det lagt større vekt på sekundærkontroll (Weisz, Rothbaum & Blackburn, 1984). Disse forskjellene gjenspeiler seg også i de ulike psykoterapeutiske tradisjonene.

### **Vestlig og østlig psykoterapi**

Både i Vesten og Østen er målet med psykoterapi å hjelpe mennesker til å endre seg og sin livssituasjon. Felles mål er knyttet til øket livskvalitet, velvære, lykke og mening og bedret forhold til omgivelsene. De vestlige terapiformene varierer over et stort spekter, men har som felles mål å endre og kontrollere symptomer og atferdsvansker. Freud (1916/1963) beskrev psykoanalysen som «et slag hvor vi må gjøre oss selv til vinnere over ulike symptomer, for deretter å løse dem» (s. 454, vår oversettelse). Ut ifra det vestlige perspektivet skal klienten lære å mestre, kontrollere, samt å endre seg selv og sine omgivelser på mer effektive måter, hovedsakelig ved anvendelse av primærkontroll.

I de østlige kulturene finnes også mange ulike psykoterapeutiske tradisjoner. I Japan er de psykoterapeutiske tradisjonene påvirket av Zen-buddhismen og Konfusianismen, som vektlegger interpreterende sekundærkontroll, og viktigheten av å akseptere tingene slik de er, uten ytre endringer. En indre ro, følelse av balanse og harmoni med omgivelsene, kan følge av endrete innstillinger til seg selv og sine omgivelser. Individet betraktes ikke som en isolert enhet som «realiserer seg selv». Mennesket realiserer seg i relasjonene til andre mennesker, en klar kollektivistisk orientering. Vi skal se nærmere på to terapiformer, Morita- og Naikan-terapi.

### **Morita-terapi**

Grunntanken i Morita-terapien er at mennesket er født egoistisk og selvopptatt, og gjennom oppveksten må lære å bry seg om andre enn seg selv. Ved psykiske lidelser går mennesket tilbake til den selvsentrerte tilstanden, og terapeutens oppgave blir å hjelpe klienten til å komme seg ut av den. Morita-terapi innebærer hospitalisering i 40–60 dager. Ved oppstart av terapien tilbringer pasienten en periode sengeliggende i et lyd- og lystett rom. Pasienten opplever minimal stimulering, og får bare nødvendig mat og drikke. Deretter får klienten opplæring i å meditere over emner som blir gitt av terapeuten. Senere skal klienten meditere samtidig som hun/han utfører lette aktiviteter (som å koste og rydde), deretter litt hardere arbeid (som å hogge ved),

kombinert med meditasjon og lesing av litteratur som støtter opp under terapien. Til slutt skal klienten ha «livstrening», en kombinasjon av sosiale aktiviteter, meditasjon, lesing av Morita-litteratur, aktivt arbeid, og sesjoner med terapeuten. Pasienten skal fortelle sin livshistorie. Terapeuten lytter, og trekker frem det som har vært godt og positivt i pasientens fortid. Terapeuten oppfordrer pasienten til å reflektere over det gode som hun/han har mottatt fra de nærmeste personene i sitt liv. Mens pasienten tenker på en og en person av gangen, gjøres disse til gjenstand for meditasjon (Zen-meditasjon). Hensikten er å oppnå en følelse av glede og takknemlighet overfor disse personene, og et ønske om å gjengjelde det man har mottatt fra dem. Det påpekes at man har opparbeidet seg en sosial gjeld som man plikter å gi tilbake til sine nærmeste. Morita-terapi legger altså ikke vekt på å endre klientens individuelle problemer, men heller å endre klientens forhold til dem. Klientene blir oppmuntret til å se på sine symptomer og problemer som en naturlig del av seg selv, til og med som mulige ressurser. Målet er å akseptere og ignorere symptomene og problemene, samt å arbeide, være sosial og fungere i hverdagen på tross av dem (Reynolds, 1976, 1980). Det legges også vekt på å trene klienten til å møte ulike situasjoner med et uberørt sinn, dvs. å ikke la seg rive med av emosjonelle reaksjoner og svingninger, men å ha emosjonell kontroll slik at den mentale balansen og utførelsen av dagliglivets aktiviteter ikke blir forstyrret.

**«Det som er smertefullt er noe man må akseptere. Ikke i betydningen: «godta, synes det ok», men i betydningen: «innse at slik er det»»**

Morita-terapi har tidlig vært hevdet å gi god behandling av angst (Rhyner, 1988) og nevroser (Miura & Usa, 1970). Klientene blir vurdert som kurert når hun/han «har sluttet å lete etter grunner for å lette sine symptomer». I stedet for å definere seg selv som en frustrert og mislykket person, blir man definert som en person med ekstra stor livslyst og høye forventninger – en langt mer positiv selvforståelse. Morita-terapiens terapeutiske filosofi kan oppsummeres gjennom imperativet om å akseptere alle ting og fenomener slik de er, deriblant seg selv.

### **Naikan-terapi**

Naikan-terapi har mye til felles med Morita-terapi, og hjelper mot angst og nevrotiske problemer. Naikan vektlegger også forståelse og akseptering av symptomer og opplevelser, via reformuleringer og omfortolkning, i tillegg til å betone klientens nære relasjoner (Lebra, 1976; Reynolds, 1983). Naikan består av en ledet introspeksjon for å endre klientens holdninger til seg selv og andre. Prosedyren involverer kontinuerlig, forsiktig og strukturert meditasjon flere ganger om dagen. Terapeuten lytter til pasientens «tilståelser» under fortrolige samtaler, og gir instruksjoner til meditasjonen. Emnene som blir gjort til gjenstand for meditasjon er også her nære personer i klientens

fortid, som foreldre, søsken, lærere og venner. Mens man retter oppmerksomheten mot en person av gangen, reflekterer klienten omkring (a) den godhet som hun/han har mottatt fra personen i løpet av spesielle perioder i livet, (b) hvor lite hun/han har gitt tilbake til denne personen, og (c) hvor mange problemer og bekymringer som hun/han har laget for de nære personene i sitt liv (Lebra, 1976). Man vektlegger også her utvikling av en følelse av ansvarlighet for seg selv, for andre og relasjonene til andre.

### **Morita- og Naikan-terapi sett i lys av mestring og kontroll**

Morita- og Naikan-terapiene vektlegger sekundærkontroll og emosjonsorienterte mestringsstrategier. Spesielt betones den *interpreterende sekundærkontrollen*, med vektlegging av positive kognitive reformuleringer særlig knyttet til oppvekstminner og nåværende livssituasjon, men også i forhold til «symptomer» og «problemer». I lys av et postmodernistisk perspektiv som påpeker at det er umulig å finne absolutte sannheter, bare ulike fortolkninger og konstruksjoner av fenomener i fortid og nåtid (Kvale, 1992), kan interpreterende sekundær kontroll være en god strategi. Den fulle og hele sannhet om ens barndom, oppvekst og nåværende familiesituasjon er ikke tilgjengelig for noen. Det eneste man kan gripe fatt i er minner og oppfatninger formulert i konstruksjoner og fortolkninger. Det er umulig å validere dem. Derimot kan det være nyttig for ens mentale helse, og ens akseptering av seg selv og andre, at disse minnene er konstruert og fortolket på en måte som i det minste gjør dem akseptable, fortrinnsvis gjør dem til gode minner og positive oppfatninger av seg selv og andre. Derfor synes det rimelig at rekonstruksjon av pasientens syn på sin fortid, sammen med revurdering av hans eller hennes selvbylde og nåværende sosiale relasjoner, kan bidra til å generere «nyorientering, mening og glede i livet» (Reynolds, 1980). Ved å fokusere på «det gode», hjelper terapeuten klienten til å lete frem gode minner og relasjoner som klienten kan ha glemt eller undervurdert. Mennesker som er deprimerte har en tendens til å svartmale alt i sitt liv, og til å overse, eller undervurdere betydningen av det som har gått godt. De østlige terapiene lærer klienten å rette oppmerksomheten mot det positive. En slik ressursorientering har tradisjonelt vært mindre fremtredende i vestlige, mer problemorienterte, terapier.

**««Å starte der en er», med en realistisk akseptering av seg selv og sin situasjon, kan frita klienter for lammende skyld og skam, og virke befriende»**

Imidlertid, det disse japanske terapiformene vanskelig ser ut til å kunne ivareta, er at enkelte mennesker sliter med minner om mishandling og omsorgssvikt, eller lever under svært vanskelige eller direkte patologiske familieforhold. Det synes urimelig fra et vestlig perspektiv å forlange at klienter stilltiende og tålmodig skal finne seg i slikt. I det minste bør da klientens minner differensieres, og primærkontroll kunne iverksettes



når de nåværende forholdene er urimelige. Likevel er det et Zen-buddhistisk prinsipp at det som har skjedd, ikke kan endres, men at en kan endre sine holdninger til og minner om det som har skjedd. Denne form for akseptering er nødvendig for at man ikke skal bli hengende igjen i bortkastet grubling over hendelser som det likevel ikke går an å gjøre noe med. Lignende synspunkter om negativ effekt av å dvele ved, tenke mye på og gjennomarbeide vonde og triste minner og hendelser, er fremkommet innen nyere vestlig sorgforskning (Lindstrøm, 2002). Det som er smertefullt er noe man må akseptere, ikke i betydningen: «godta, synes er ok», men i betydningen: «innse at slik er det». Dessuten kan det å rette oppmerksomheten mot positive minner og positive nåtidige aktiviteter redusere angst og depresjon knyttet til sorg (Lindstrøm, 1999, 2002).

Å hevde at individet har en sosial gjeld, synes fremmed for vår individualistisk orienterte vestlige psykologi. Vi er mer opptatte av barn og unges behov, krav og rettigheter. Det er foreldrene som har forpliktelser overfor dem, ikke omvendt. «Barna skylder oss ingenting» er en vanlig talemåte. Å føle at man har forpliktelser overfor foreldre, besteforeldre og andre, regnes for så vidt som bra og positivt, men ikke som noe sosialt krav, og absolutt ikke som nødvendig for å oppnå psykisk helse og livskvalitet. Klienter som har store omsorgsforpliktelser overfor familien, oppfordres tvert imot til å ta mer hensyn til seg selv. I dette kontrasteres den vestlige individualistiske og den østlige kollektivistiske tenkemåte. Imidlertid har forskning påvist at gode nære relasjoner har en uvurderlig verdi for fysisk og psykisk helse, også i Vesten (Eder, 1990; Ursin, 1990). Sosial støtte og sosiale nettverk regnes som viktige mestringsressurser (Monat & Lazarus, 1991; Ursin, 1990; Weiss, 1974). Familierelasjoner er for de fleste lett tilgjengelige sosiale nettverk. Å bruke energi på å ivareta slike relasjoner synes derfor å være en god investering.

I Morita- og Naikan-terapi benyttes interpreterende kontroll ikke bare til å reformulere klientens oppfatning av egen barndom og nåværende livssituasjon, men også i forhold til «symptomer». Det som oppfattes som negativt, refortolkes og formuleres positivt. Å tolke frustrasjon som «appetitt på livet», og angst som «noe som forhindrer uforsiktighet», er eksempler på dette. Å ikke sette krav om endringer, kan fungere som en paradoksal intensjon (Frankl, 1974): dels innebærer det å slutte å være overdrevent endringsorientert, dels å ta knekken på symptomer ved å foreskrive dem, eventuelt overdrive dem. Paradoksal intensjon har vært kjent lenge og har vist seg å være en effektiv teknikk innen ulike terapiformer i Vesten (Greenwald, 1973; Lambert, 2004). Morita- og Naikan-terapienes krav om passiv ikke-endring og interpreterende sekundær kontroll, hvor symptomer og problemer reformuleres til ressurser og muligheter, har klare elementer av paradoksal intensjon.

De japanske terapiformene har også elementer av *illustrativ sekundærkontroll*, når de oppfordrer klienten til å godta sin skjebne, livet slik det har vært, som noe uavvendelig og uforanderlig. Slik sett kan terapiformene oppfattes som fatalistiske og konserverende. Å gruble over at livet kunne ha vært annerledes, fører imidlertid sjeldent frem. Disse terapiformene oppfordrer klienten til å slutte å bruke energi på slikt, og heller tenke fremover: Hva kan jeg se av godt i livet mitt slik det er? Hvordan

kan jeg oppleve og fortolke ting mer positivt? Samtidig stilles det ikke krav om store atferdsmessige endringer. Klienten skal finne mental ro og balanse gjennom meditasjon, og et bedre forhold til sine omgivelser, ved ganske enkelt å begynne å godta dem slik de er. I vestlig terapi derimot ønsker man å få til endringer, på tross av at klienten gjerne har en historie hvor de «har prøvd alt». (Det eneste de kanskje ikke har prøvd, er å akseptere seg selv.) Ønsket om endringer er ofte så stort, kanskje spesielt fra klientens side, at klienter kan komme til å mislykkes på grunn av hyperintensjon, og derved oppleve enda større grad av mislykkethet. «Å starte der en er», med en realistisk akseptering av seg selv og sin situasjon, kan frita klienter for lammende skyld og skam, og virke befriende. Å sette realistiske mål er viktig også innen vestlig terapi. Å få klienten til å akseptere seg selv og sitt liv, synes å være et rimelig mål, og bra å begynne med. Selvakseptering kan i sin tur føre til at en blir mer aksepterende overfor andre, og en slik holdningsendring kan i seg selv bidra til at forhold til andre blir bedre.

I den utstrekning Morita- og Naikan-terapi oppfordrer klienten til å godta det sosiale miljøets kollektivistiske familieorienterte verdier, regler og konvensjoner, kan terapiene virke knugende og ensrettende ut fra et vestlig perspektiv. Imidlertid kan bedre kjennskap til og identifikasjon med samfunnets og familiens normer og konvensjoner bidra til *predikerende sekundærkontroll*, ved at klienten bedre kan forutse hva som kommer til å skje under ulike omstendigheter, og hvilke reaksjoner fra omgivelsene som kan forventes på ulike typer adferd. Å endre konvensjoner og normer er vanskelig, men å være bevisst i sitt forhold til dem, slik at man kan velge å følge dem eller bryte dem, er viktig. En slik bevisstgjøring kan klargjøre og muligens bedre klientens forhold til sine omgivelser.

Morita- og Naikan-terapi later også til å ha elementer av *vikarierende sekundærkontroll*, ved at klienten i en viss utstrekning oppfordres til å identifisere seg mer med hva fellesskapet oppnår, og legge mindre vekt på sine egne individuelle prestasjoner. Igjen lyder dette innordnende og ensrettende i vestlige ører. Imidlertid kan det hjelpe klienter som strever med følelse av ubetydelighet og mindreverd å påpeke at de som personer og det arbeid de utfører er nyttige bidrag til et større fellesskap. Alle er nødvendige, og alle har del i æren for at samfunnet og familien fungerer. Fellesskapets betydning understrekes også ved vektlegging av forpliktelser klienten har overfor fellesskapet. De japanske terapiformene stiller krav til klienten om å gjenoppta sine daglige gjøremål og forpliktelser. Måten dette gjøres på kan ha en spesifikk terapeutisk effekt: Angst og andre symptomer gir ikke «sykemelding», og godtas ikke som unnskyldning og fritaking fra forpliktelser. Klienten skal akseptere at hun/han har slike problemer, men utføre sine gjøremål på tross av dem. Gjennom en slik tiltro til pasientens evne til å mestre, reduseres angstens betydning, og sekundærgevinst av symptomer avtar (som kontroll over andre og fritak for ansvar). Også innen vestlig forskning har man funnet at det å tvinge seg til å gjøre daglige gjøremål og gjennomføre sosiale aktiviteter på tross av depresjon, angst og sorg, kan ha god terapeutisk effekt. Dels dempes disse følelsene som følge av distraksjonen som aktivitetene medfører, dels gir aktivitetene i seg selv positive emosjonelle effekter gjennom sosialt samvær eller

fysisk aktivitet (Lindstrøm, 1999, 2002). I Østen forsterkes denne effekten ved at praktiske gjøremål ikke bare skal utføres, men i tillegg kan gjøres til gjenstand for meditasjon og derved bli mer lystbetonte.

**«Mennesket realiserer seg i  
relasjonene til andre  
mennesker, en klar  
kollektivistisk orientering»**

Både Morita- og Naikan-terapi legger stor vekt på Zen-meditasjon. En sentral del av denne meditasjonen innebærer å trene seg opp til å konsentrere oppmerksomheten totalt på det en gjør i øyeblikket. Den oppsluktheten man kan oppnå, har mye til felles med en tilstand av flyt (Csikszentmihalyi, 1975). Sentrale trekk ved denne tilstanden er en følelse av glede og tilfredshet ved handlingen i seg selv, og at man glemmer seg selv fordi man er oppslukt av det man gjør. I de japanske terapiene oppfordres klienten til ikke bare å utføre sine daglige oppgaver som en ren plikt. Klienten lærer samtidig opp i en meditasjonsteknikk som kan gjøre disse aktivitetene mer meningsfulle, interessante og hyggelige. I Østen er meditasjon en velkjent praksis, og virker ikke fremmed og underlig på klientene der, slik den kan virke på noen vestlige klienter. Meditasjon har vist seg å øke konsentrasjon, ha god angstdempende effekt, og bidra til stressreduksjon og et mer stabilt stemningsleie (Hirai, 1989; Kaplan, Goldenberg & Galvin-Nadeau, 1993; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995; Silva & Miele, 1997). Det er derfor rimelig å anta at meditasjonen kan forsterke effekten av den kognitivt reformulerende terapiformen, på grunn av dens konsentrasjonsøkende virkning.

I Vesten har man vært opptatt av å frata klientene angst ved å fritta fra skyld og ansvar. Dermed risikerer en å ikke ta klienters genuint følte, og iblant velbegrunnede skyldfølelse på alvor. Vestlig terapi har dessuten blitt kritisert for ikke å kunne foreslå andre mer ansvarsbevisste måter for klienten å «gjøre opp for seg» på, enn å fraskrive seg eller benekte skylden (Theophilakis, 1980). I kontrast til dette tar spesielt Naikan-terapien klientens skyldfølelse på alvor, og viser til muligheter som klienten har for å gjøre det godt igjen og dermed ta mer ansvar for sitt liv, sin væremåte og sine nære relasjoner.

I tillegg til vektlegging av sekundær mestring og kontroll, preges de østlige terapiene av et annet syn på individet. I Vesten er man opptatt av å hjelpe klienten til å utvikle sin individualitet. Dette innebærer en individuering, en opplevelse av atskilthet, blant annet fra sine foreldre. Dels oppnås dette målet ved å få klienten til å akseptere sine eventuelle negative emosjoner overfor foreldrene, og å bevisstgjøre klientens forsvar mot å vedkjenne seg disse følelsene (Slade, 1999). Frigjøring og løsrivelse ansees som nødvendig og nyttig. Innen de østlige terapiene derimot, vil klientens individualisme oppfattes som umodenhet og selvopptatthet. Klientene skal tvert imot reflektere over den oppmerksomhet og omsorg de har mottatt gjennom livet. Viktigheten av å gi omsorg til andre påpekes, samt verdien av å opprettholde sine sosiale kontakter og

ivareta sine sosiale forpliktelser (Reynolds, 1980). Den enkelte er primært en del av et fellesskap, og psykisk helse og livskvalitet oppnås ved å akseptere det. Igjen kan slike synspunkter virke knugende på vestlige psykologer. Imidlertid må det være grunn til å spørre om ikke den vestlige individualismen kan ha gått for langt, og ført til en iblant overdreven ego-dyrking. Idealene selvrealisering og å leve sitt eget liv, kan nok føre til en kreativ individualisme, men kan dessverre også legge premisser for en heller hensynsløs ignorering av andres, spesielt de nærmestes behov. Når det virkelig røyner på, når en person får problemer i livet, viser det seg imidlertid ofte at familien får stor betydning. Det er tross alt primært der de fleste søker og finner støtte, hjelp og omsorg (Fridfinnsdottir, 1997; Veronesi et al., 1999).

**«Utvikling av «mindfulness»  
innebærer å lære å fokusere på  
én ting av gangen, skille mellom  
vesentlig og uvesentlig, og innta  
en ikke-dømmende holdning»**

Utvikling av selvstendighet som kontrast til avhengighet, ansees ofte å være essensiell for at en terapi skal være vellykket i Vesten. Klienten skal kunne stå på egne bein, uten avhengighet av terapeuten, og uten overdreven avhengighet av sine omgivelser. Å realisere seg selv, være selvstendig, gjøre egne valg, og stå ansvarlig for sine egne valg, primært overfor seg selv, ansees for grunnleggende, ikke minst innen eksistensialistisk og humanistisk inspirerte terapiformer. Terapeuter i Vesten er derfor ofte ambivalente i forhold til sine klienters avhengighet, muligens fordi det finnes en underliggende antagelse om at psykiske lidelser nesten alltid er forbundet med tilstander hvor individet har liten grad av autonomi (Dozier, Stovoll, & Albus, 1999). Som kontrast blir avhengighet, også i forhold til terapeuten, tillagt positiv verdi i Morita- og Naikan-terapi. Akseptering av klientens avhengighet, spesielt i terapiens begynnelse, er en akseptering av noe som kanskje er henimot uunngåelig i enhver terapi. I samsvar med Zen aksepterer man altså fenomenet slik det faktisk er. Naikan- eller Morita-terapeuten vil ikke se på dette som et problem, men omformulere det til å være en viktig ressurs, idet klientenes avhengighetsbehov blir sett på som et viktig ledd i utviklingen mot bedre psykososial fungering (Bankart et al., 1992; LeVine, 1993). I Vesten er det nå også en tendens til, blant annet i forhold til klienter preget av omsorgssvikt og traumer, å se på klientens mulighet for å utvikle avhengighet som viktig for å bedre psykologisk fungering (Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2001).

### **Østlig innflytelse på vestlig psykoterapi**

Jung var sannsynligvis den første vestlige psykolog som ble påvirket av Østens teorier. Han hevdet at krysskulturelle fellestrekk skjulte seg under tilsynelatende kulturelle og menneskelige ulikheter, og at psykologiske prinsipper derfor hadde universell gyldighet. Utviklingen av «Selvet» (en hel integrert, balansert og transcenderende

personlighet) er det ultimate mål for *alles* personlighetsutvikling, og derfor også relevant for psykoterapi (Jung, 1934/1960). Meditasjon kunne inngå som et hjelpemiddel. Men ettersom hans teori hadde sterke religiøse undertoner og var tydelig preget av buddhistisk psykologi, ble den ofte oppfattet som esoterisk og fremmedartet både i hans samtid og senere. Mer nøktern i psykologisk argumentering var Watts, som også var tidlig ute med å påpeke hvordan ulike østlige og vestlige terapiformer kunne ha positive effekter på hverandre (Watts, 1961). Likevel, først i senere år har østlig-inspirerte terapeutiske teknikker og mål vunnet mer og bredere innpass i vestlig psykoterapi. Inspirert av Zen-buddhistiske meditasjonsteknikker har flere fremtredende psykoterapeuter og terapiforskere begynt å bruke begrepet «mindfulness» (årvåken tilstedeværelse) som et middel og mål for terapi. Utvikling av «mindfulness» innebærer å lære å fokusere på én ting av gangen, skille mellom vesentlig og uvesentlig, og innta en ikke-dømmende holdning. Effekten er bedre følelsesregulering, mer stresstoleranse og frigjøring fra negative tanker. En lever mer i nuet, aksepterer sin situasjon og seg selv bedre, og får økt empati og bedre relasjoner til andre (Linehan, 1993; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Segal, Williams & Teasdale, 2002). I tillegg kan «mindfulness» gi bedret kvalitet den terapeutiske alliansen (Safran & Muran, 2000). Den mest slående likheten mellom disse moderne vestlige terapiene og Morita- og Naikan-terapiene er vektleggingen av akseptering av seg selv, sin situasjon og andre mennesker, bruk av interpreterende sekundær kontroll i form av kognitive reformuleringer og omfortolkninger, og «mindfulness» som en meditativ konsentrasjon om av hva som er viktig her-og-nå.

Vi ser kanskje i dag konturene av en generell kulturell reaksjon i Vesten mot konkurransejag, stress og effektivitetspress. Søken etter metoder for å oppnå ro i sjelen søkes gjerne i de østlige kulturenes tankegods. En slik motkultur blir sågar omtalt av betydningsfulle offentlige personer, som i nyttårstalene til statsminister Bondevik, kong Harald og kronprins Håkon. Det er et interessant paradoks at våre statsledere oppfordrer til å ta det mer med ro og få mer tid til hverandre, mens samfunnsøkonomien krever stadig mer effektivitet. Disse talene gir uttrykk for generelle verdimeslige trender, og bygger samtidig på de tradisjonelle, mer kollektivistiske verdiene i Norge.

## **Avslutning**

I våre dager er det en tendens til å oppvurdere familierelasjoner og andre nære relasjoners betydning for fysisk og psykisk helse. Naikan- og Morita-terapiene må sies å være spesielt utviklet for å bedre slike relasjoner, i tillegg til å ha andre gode terapeutiske kvaliteter. En gjennomført kollektivistisk samfunnsstruktur eller kollektivistisk ideologisk orientering er ikke noen forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg positive elementer fra disse terapiene. Ettersom man i Skandinavia finner sterke kollektivistiske verdier i tillegg til de vestlige individualistiske, skulle bidrag fra disse østlige terapiene og de nye «mindfulness»-orienterte terapiene kunne være spesielt anvendbare her. Vårt anliggende i denne artikkelen har vært å peke på at østlige terapiformer, her representert ved Naikan- og Morita-terapiene, har viktige kvaliteter.

Flere vestlige psykoterapeuter og terapiforskere har nå integrert vesentlige elementer fra østlige terapier i utviklingen av både atferdsterapi, kognitiv terapi og psykodynamisk orientert terapi. Det kan være grunn til å reflektere over hva man kan lære av de østlige terapiformene.

Torill Christine Lindstrøm

Institutt for samfunnspsykologi

Christiesgate 12

5015 Bergen

Tlf 55 58 31 17

E-post [Torill.Lindstrom@psysp.uib.no](mailto:Torill.Lindstrom@psysp.uib.no).

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 5, 2005, side 395-403*

#### **TEKST**

**Lillian Hjertnes**

**Torill Christine Lindstrøm**

**David Lackland Sam**

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.

Bailis, D., & Chipperfield, J. G. (2002). Compensating for losses in perceived personal control over health: A role for collective self-esteem in healthy aging. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Science*, 57B, 531-539.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bankart, P., Koshikawa, F., Nedate, K., & Haruki, Y. (1992). When West meets East: Contributions of Eastern traditions to the future of psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 141-149.

Church, A. T. (2000). Culture and personality: Toward an integrated cultural trait psychology. *Journal of Personality*, 68, 651-703.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.

Dozier, M., Stovoll, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (ss. 497-519). New York: Guilford Press.

Eder, A. (1990). Risk factor loneliness. On the relations between social intergration, happiness and health in 11,- 13 and 15 year old schoolchildren in 9 European Countries. *Health Promotion International*, 5, 19-33.

Ekeland, T.-J. (2003). Ein diagnose av psykiatridiagnoser. *Impuls*, 1, 56-64.

- Eriksen, H., Olff, M., & Ursin, H. (1997). The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 175-182.
- Frankl, V. E. (1974). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. In H. Greenwald (Ed.), *Active psychotherapy* (ss. 337-351). New York: J. Aronson.
- Freud, S. (1916/1963). Introductory lectures on psychoanalysis (Part III). In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: The Hogarth Press.
- Fridfinnsdottir, E. B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Reinhart.
- Greenwald, H. (1973). *Direct decision therapy*. San Diego: EdITS Publisher.
- Gullestad, M. (1992). *The art of social relations. Essays on culture, social action and everyday life in modern Norway*. Kristiansand: Scandinavian University Press.
- Hirai, T. (1989). *Zen meditation and psychotherapy*. Tokyo: Japan Publications.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences. International differences in work-related values*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Hsu, J. (1983). Asian family interaction patterns and their therapeutic implications. *International Journal of Family Psychiatry*, 4, 307-320.
- Jung, C. G. (1934/1960). A review of the complex theory. *Collected works. Vol 8*. Princeton: Princeton University Press.
- Kagitcibasi, C. (1996). *Family and human development across cultures. A view from the other side*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kagitcibasi, C. (1997). Individualism and collectivism. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Cross-cultural psychology: Social behavior and applications* (ss. 1-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kvale, S. (1992). Postmodern psychology: A contradiction in terms? In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (ss. 31-57). London: Sage Publications.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.
- Lebra, T. S. (1976). *Japanese patterns of behavior*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- LeVine, P. (1993). Morita-based therapy and its use across cultures in the treatment of bulimia nervosa. *Journal of Counseling and Development*, 72, 82-90.
- Lindstrøm, T. C. (1997). Immunity and health after bereavement in relation to coping. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 253-259.
- Lindstrøm, T. C. (1999). Coping with bereavement in relation to different feminine gender roles. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 33-41.
- Lindstrøm, T. C. (2002). «It ain't necessarily so...» Challenging mainstream thinking about bereavement. *Family and Community Health*, 25, 11-21.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press
- Lopez, S. R. (2003). Reflections on the surgeon general's report on mental health, culture, race, and ethnicity. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27, 419-434.

- Miller, J. J., Fletcher K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three years follow up and clinical implication of mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Miura, M., & Usa, S. (1970). A psychotherapy of neurosis: Morita therapy. *Psychologia*, 15, 18-34.
- Monat, A., & Lazarus, R. (1991). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Reynolds, D. K. (1976). *Morita psychotherapy*. Berkley: University of California Press.
- Reynolds, D. K. (1980). *The quiet therapies. Japanese pathways to personal growth*. Honolulu: The University Press of Hawaii.
- Reynolds, D. K. (1983). *Naikan psychotherapy. Meditation for self-development*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rhyner, B. (1988). *Moritapsychotherapie und Zen-buddhismus*. Universität Zürich: Volkerkundemuseum.
- Rothbaum, F., Pott, M., Azuma, H., Miyake, K., & Weisz, J. (2000). The development of close relationships in Japan and the United States: Paths of symbiotic harmony and generative tension. *Child Development*, 71, 1121-1142.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press.
- Sam, D. L., & Moreira, V. (2002). The mutual embeddedness of culture and mental illness. I W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture (Unit 9, Chapter 1)*, (<http://www.edu/~culture>), Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington USA.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, London: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 581-599.
- Silva, J., & Miele, P. (1997). *Silvametoden*. Oslo: Hilt & Hansteen.
- Singelis, T. M., Bhawuk, D. P. S., & Gelfand M. J. (1995). Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement. *Cross-cultural Research*, 29, 240-275.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (ss. 575-594). New York: Guilford Press.
- Sloan, T. (2001). Culture, cognition, and psychological individualism. I J. Schumaker & T. Ward (Eds.), *Cultural cognition and psychopathology* (ss. 3-15). Westport, CT: Praeger.
- Smith P. B., & Bond, M. H. (1993). *Social psychology across cultures. Analysis and perspectives*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorders and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 79-116.
- Theophilakis, M. (1980). *Den vanskelige skylden, om selvilde skyld og ansvar i behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder: Westview Press.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., & Asai, M. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self and group relationships. *Journal of Personality and Social*



Psychology, 54, 323-338.

Ursin, H. (1988). Expectancy and activation: An attempt to systematize stress theory. I D. D. Hellhammer, I. Florin & H. Weiner (Eds.), *Neurobiological approaches to human disease* (ss. 313-334). Toronto: Hans Huber.

Ursin, H. (1990). *Styring, slump og stress. En bok om ledelse*. Stavanger: Tano.

Ursin, H., & Hytten K. (1992). Outcome expectancies and psychosomatic consequences. I B. N. Carpenter (Eds.), *Personal coping. Theory, research, and application* (ss. 171-184). Westport: Praeger Publishers.

Veronesi, U., Von Kleist, S., Redmond K., Costa, A., Delvaux, N., Freilich, G., Glaus A., Hudson, T., McVie, J. G., Macnamara, C., Meunier, F., Pecorelli, S., Serin, D., & the CAWAC Study Group (1999). Caring about women with cancer (CAWAC): A European survey of the perspectives and experiences of women with female cancers. *European Journal of Cancer*, 35, 1667-1675.

Waterman, A. S. (1984). *The psychology of individualism*. New York: Praeger.

Watts, A. W. (1961). *Psychotherapy east and west*. London: Pantheon Books.

Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. I Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (ss. 17-26). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.