

Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling

De fleste vil slutte seg til et ideal om å være til stede i livet og hverdagen. Men hva innebærer egentlig tilstedeværelse og nærvær, og hvordan kan slike begreper danne utgangspunkt for terapeutisk praksis?

TEKST

Jon Vøllestad

PUBLISERT 1. juli 2007

Innledning

Fra mild misnøye og uro til ekstrem psykisk og fysisk smerte – lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet. Går vi til historien, finner vi en rekke konkrete teknikker for å lindre den uro, smerte og opplevelse av tap som eksistensen medfører. Mange av disse teknikkene er langt eldre enn vestlig psykoterapi. De over 2500 år gamle kulturelle og religiøse tradisjonene i Asia inneholder et rikt repertoar av meditative øvelser som har til hensikt å fremme sinnsro og ikke-dømmende oppmerksomhet. En rekke slike øvelser hevdes å ha sitt opphav hos Siddharta Gautama, som ifølge tradisjonen var virksom som åndelig leder i Nord-India på 500-tallet før Kristus. Siddharta ble etter hvert kjent som Buddha (Den Opplyste), et tilnavn som ikke var uvanlig for omreisende vismenn på den tiden (Armstrong, 2006). På mange måter var dette en historisk epoke som har interessante paralleller til vår egen tid. De nordindiske fyrstedømmene var preget av økende urbanisering, ekspanderende økonomiske nettverk og fremveksten av nye velstående kaster. Den strenge sosiale og rituelle orden som hadde kjennetegnet de tidligere jordbrukssamfunnene, var i endring, og fenomener som religion og identitet ble i økende grad gjenstand for kritisk refleksjon og debatt (Mishra, 2004).

Buddhistiske nedtegnelser forteller at Siddharta utviklet sin egen praksis gjennom utprøving og kritikk av datidens åndelige disipliner, som i stor grad var preget av streng askese og tilbaketrekning fra samfunnet. Etter å ha gjennomgått denne prosessen formulerte han en lære som i dag fremstår som forbausende moderne i sitt fokus på individualpsykologi fremfor metafysisk spekulasjon. Kjernepunktet i den buddhistiske psykologien er påstanden om at «alt er lidelse» (*dukkha*). Med *dukkha* menes ikke bare fysisk og psykisk smerte, men også den vedvarende misnøyen som ifølge denne tradisjonen har sitt opphav i at alle ting er forgjengelige. Lidelsens årsak er nærmere bestemt menneskets tilbøyelighet til å klamre seg til eller forsøke å unngå mentale

fenomener som fremtrer som reelle og bestandige, men som ifølge buddhistisk ontologi er illusoriske og ubestandige. Buddha skal ha fortalt sine følgesvenner at det finnes en kur mot lidelse, og hans lære foreskriver den rette holdning og de nødvendige handlinger for å erkjenne alle tings omskiftelige karakter og dermed oppnå en tilstand av nærvær, aksept og harmoni.

Buddhistisk tenkning har lenge hatt tiltrekningskraft på vestlige teoretikere. Mange har fattet interesse for de konkrete teknikkene for å fremme psykologisk helse som meditasjonsøvelsene tilbyr. I tillegg har enkelte sett den buddhistiske tradisjonen som en motvekt til det de har opplevd som et essensialistisk syn på identitet og virkelighet i vestlig idéhistorie. Innenfor psykologien spådde allerede William James at faget i fremtiden ville la seg påvirke av buddhistisk tenkning. I det 20. århundre fattet teoretikere som Jung, Fromm og Horney interesse for buddhistiske ideer i tilknytning til personlighetsutvikling og psykoterapeutisk virksomhet (Germer, 2005a).

Siden årtusenskiftet har det vært økende interesse for grensesnittet mellom buddhistisk og vestlig psykologi. Flere nye integrative tilnærminger har sett dagens lys, med den fellesnevneren at de fokuserer på begrepet «mindfulness» eller «oppmerksomt nærvær». Disse tilnærmingene skiller seg fra tidligere forsøk på teoretisk krysspollinering på minst to måter. For det første ble tidligere tilnærming til buddhistisk psykologi fra et vestlig ståsted primært utført innenfor den psykodynamiske tradisjonen, mens dagens tilnærminger er forankret også i et kognitivt og atferdsterapeutisk rammeverk. Jeg vil i denne fremstillingen konsentrere meg om den kognitive og atferdsterapeutiske tradisjonen, men understreker at det for tiden også gjøres interessante utforskninger av grensesnittet mellom psykodynamisk terapi og buddhistisk praksis (se for eksempel Epstein, 1995; Safran, 2003). Det andre momentet som er nytt i dialogen mellom øst og vest, er at de hybride modellene i det 21. århundre er gjenstand for grundigere empirisk utprøving enn tidligere.

Det finnes en økende mengde evidens for den gunstige effekten av atferdsmessige og opplevelsesmessige teknikker hentet fra buddhistisk tradisjon på velvære, stressmestring og psykiske problemer. Som en følge av dette blir teori og praksis basert på begrepet om oppmerksomt nærvær i økende grad tatt i bruk av samtidens psykologi for å hjelpe klienter til å forholde seg konstruktivt til mentale prosesser som ellers vil kunne bidra til følelsesmessig ubehag og uhensiktsmessig atferd (Bishop et al., 2004).

I denne artikkelen vil jeg gi en innføring i begrepet oppmerksomt nærvær, og i teori og empiri knyttet til begrepet innenfor nyere kognitiv og atferdsterapeutisk behandling. I denne sammenhengen vil jeg stille to overordnede spørsmål. Det første er spørsmålet om effekt: Kan psykologisk behandling basert på teknikker hentet fra buddhistisk meditasjonspraksis bidra til å fremme psykisk helse og psykososial funksjon? Det andre spørsmålet handler om virksomme mekanismer: Hvilke allment anerkjente psykologiske prosesser kan tjene til å belyse de aktuelle teknikkene – enten ved å forklare den virksomme prosessen i meditativ praksis, eller ved å begrepsfeste effektene av slik praksis?

Hva er oppmerksomt nærvær?

Innenfor buddhismen finnes det mangfold av meditasjonsformer. Den som later til å ha hatt størst innvirkning på samtidens atferdsmedisin, psykologi og psykoterapi, er den såkalte oppmerksomhetsmeditasjonen. Den skiller seg ut ved å være «objektfri». I andre meditasjonsformer retter en gjerne oppmerksomheten mot et objekt, som en ytre gjenstand, et såkalt mantra eller en visuell forestilling. Oppmerksomhetsmeditasjon tar i stedet sikte på å kultivere en åpen og aksepterende holdning til egen erfaring, uten å styre erfaringen i noen bestemt retning og uten å evaluere den (Goleman, 1988). Denne oppmerksomme holdningen ligger til grunn for alle former for buddhistisk meditasjonspraksis, og betegnes på engelsk som «mindfulness» og på norsk som «oppmerksomt nærvær». En definisjon av begrepet er «aksepterende bevissthet på erfaringen her og nå» (Germer, 2005a), det vil si en ledig og avslappet oppmerksomhet rettet mot ens kognitive, følelsesmessige og fysiologiske informasjonsstrømmer fra øyeblikk til øyeblikk.

Den grunnleggende sittende meditasjonen kan brukes som illustrasjon på hvordan en kan øve seg på oppmerksomt nærvær (for mer detaljerte innføringer henvises det til Kabat-Zinn (1990, 1994), eventuelt Kroese (2003, 2005) for en god introduksjon på norsk). Den mediterende inntar en oppreist og samtidig avslappet positur, enten i en stol eller på en meditasjonspute. Personen retter oppmerksomheten mot sin egen pust, og bruker denne som forankringspunkt. Oppmerksomheten vil vanligvis etter kort tid forflytte seg fra pusten, enten til tanker, følelser, kroppsfornevelser eller ytre sansestimulering. Instruksjonen er da å bare registrere det som har gjort krav på oppmerksomheten, for så å flytte fokus tilbake til pusten. Idealet er at den mediterende skal legge merke til egne tanker på en åpen og ikke-dømmende måte. Det legges vekt på å bare legge merke til hvilken retning oppmerksomheten har vandret, og på å akseptere enhver gjenstand for oppmerksomheten uten å evaluere eller å bearbeide den videre (Bishop et al., 2004). Brown og Ryan (2003) sier det slik:

«Oppmerksomt nærvær fanger en kvalitet ved bevisstheten som kjennetegnes av den nåværende erfaringens og funksjonens klarhet og tydelighet, og står dermed i kontrast til de tankeløse, mindre våkne' tilstandene av vanemessig eller automatisk funksjon som for mange er kroniske» (s. 823, min overs.).

Både den buddhistiske tradisjonen og dens talspersoner i samtiden har som utgangspunkt at mennesker ofte kjenner seg «drevne» og fragmenterte, og tilbyr en metode som kan fremme en økt opplevelse av aksept, harmoni og helhet. Målet er ikke bare å oppnå en slik tilstand under den formelle meditasjonsøvelsen, men å utvikle oppmerksomt nærvær i daglige gjøremål og i møte med andre mennesker. Vi har altså med en omfattende holdningsendring å gjøre, snarere enn med en isolert «teknikk». Kabat-Zinn (2003) kaller oppmerksomt nærvær en «kunstform som utvikles over tid, og som forsterkes av jevnlig disiplinert praksis, både formell og uformell, på daglig basis» (s. 148, min overs.). Et sentralt trekk i denne måten å leve livet på er forsøket på å ikke styre sin egen opplevelse, eller strebe for hardt etter å oppnå bestemte utfall. Paradoksalt nok kan denne formen for ikke-streben føre til at den som praktiserer

oppmerksomhetstrening, opplever gunstige virkninger på en rekke livsområder – og det er slike virkninger som i den senere tid har blitt studert empirisk.

Klinisk anvendelse av oppmerksomhetstrening

Jon Kabat-Zinn er en av pionerene når det gjelder integreringen av østlig meditasjonspraksis i vestlig vitenskap og helsevesen. I 1979 startet han en klinikk for «mindfulness-based stress reduction» (MBSR) ved universitetet i Massachusetts. Tanken var å ta i bruk sekulariserte varianter av østlige metoder som meditasjon og yoga i en behandlingsmodell for ulike somatiske pasientgrupper i en atferdsmedisinsk sammenheng. Klinikken tilbyr et åtte ukers kurs for grupper på opp til 30 deltakere. De møtes ukentlig i 2½ time for undervisning og trening i oppmerksomhetsmeditasjon. I tillegg omfatter samlingene psykoedukasjon og samtaler omkring stress, mestring og hjemmeoppgaver. Programmet forutsetter en høy grad av forpliktelse fra deltakernes side, da det forutsettes at de i de åtte ukene øver seg minst 45 minutter daglig (Kabat-Zinn, 1990).

De formelle øvelsene består av en såkalt «body scan» (en øvelse hvor oppmerksomheten forflyttes sekvensielt gjennom kroppen mens personen ligger i ro på ryggen med øynene lukket), sittende meditasjon med fokus på pust, gående meditasjon, samt yogaøvelser (forsiktig bevegelse og tøyning ledsaget av oppmerksomhet på kroppslige fornemmelser). Det overordnede målet for programmet er kultivering av en ikke-dømmende og desentrert form for oppmerksomhet. Det legges vekt på at deltakerne skal legge merke til og akseptere de erfaringer som måtte gjøre seg gjeldende, selv om disse erfaringene kan være smertefulle og ubehagelige. På denne måten antas det at deltakerne blir i stand til en større grad av forankring i sin her-og-nå-situasjon, og får en mer reflekterende distanse til eget bevissthetsinnhold. Som eksempel på det sistnevnte kan nevnes metakognitive innsikter som «tankene mine er ikke meg», «tankene mine er ikke virkeligheten», eller «smerten min er ikke meg». Kabat-Zinn tyr gjerne til metaforer for å skildre tilstanden som søkes oppnådd. For eksempel sier han at målet er «å bli havet, ikke bølgene» (Kabat-Zinn, 1994). Dette utsagnet uttrykker intensjonen om å ikke identifisere seg for sterkt med sinnets «overflatemanifestasjoner». I stedet forsøker en å trene opp evnen til å betrakte ubehagelig bevissthetsinnhold på avstand, som en avgrenset del av ens egen erfaring. Det betyr ikke at en innenfor denne tradisjonen legger opp til at personer skal forholde seg passivt eller fatalistisk til ubehag og livsvansker. Snarere tenker en seg at den aksepterende registreringen av opplevelsen tjener som utgangspunkt for adaptiv selvregulering og mer veloverveide handlingsvalg.

Boken *Full Catastrophe Living* (Kabat-Zinn, 1990) gir en rekke levende eksempler på hvordan mennesker med alvorlige og kroniske sykdommer gjennom stressmestringsklinikken program har blitt i stand til å leve med lidelsen sin på en ny måte. I tillegg til slik anekdotisk evidens viser nyere kontrollerte studier god effekt på psykologiske plager i tilknytning til somatisk sykdom (Grossman, Nieman, Schmidt & Walach, 2004), så vel som på stressmestring og velvære i ikke-kliniske utvalg (Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998). En studie på en

normalpopulasjon har også påvist endring i hjerneaktivering samt bedret immunfunksjon hos forsøkspersoner som gjennomgikk MBSR-programmet (Davidson et al., 2003).

Kognitiv terapi basert på oppmerksomhetstrening

Segal, Williams og Teasdale (2002) har utviklet en strukturert behandlingspakke for forebygging av tilbakefall ved depresjon. Denne behandlingspakken kombinerer «mindfulness-based stress reduction» (Kabat-Zinn, 1990) med prinsipper fra kognitiv terapi. Pasienter som har hatt tidligere depressive episoder, er sårbare for tilbakefall fordi senket stemningsleie og nye belastninger lett reaktiverer den depressive tenkningen. «Mindfulness-based cognitive therapy» (MBCT) tar sikte på å forebygge tilbakefall ved å hjelpe tidligere deprimerte personer til å observere sine egne tanker og følelser på en ikke-dømmende måte, og å se tankene og følelsene som hendelser i sinnet snarere enn sannheten om dem selv eller verden (Segal et al., 2002). Et slikt «desentrert» perspektiv på kognisjoner antas å hindre mønsteret av grubling samt reaktiveringen av negative følelser, kroppsfornevelser og minner som ellers ville kunne utløse nye depressive episoder. I motsetning til tradisjonell kognitiv terapi legges det mindre vekt på endring av selve tankeinnholdet. I stedet er den tilsiktete virkning på prosessuelt eller formelt nivå, ved at det tas sikte på å fremme endring i deltakernes forhold til eget tankeinnhold.

Forfatterne beskriver sinnet som sammensatt av ulike tilstander med karakteristiske funksjoner (Segal et al., 2002, s. 69). En handlingstilstand («doing mode») aktiveres av en opplevelse av manglende samsvar mellom hvordan ting er, og hvordan personen ønsker seg at de skulle være. Handlingstilstanden er ifølge forfatterne ikke kjennetegnet av intensjonell, bevisst eller planlagt bearbeiding av informasjon. En slik væremåte kan i verste fall føre til en kronisk tilstand av misnøye og prege personen i retning av vanemessig og automatisk tenkning og handling. Oppmerksomhetstrening fremmer derimot en annen måte å erfare verden på, en såkalt værenstilstand («being mode») kjennetegnet av en større grad av åpenhet, aksept og nysgjerrighet. Denne tilstanden kan ha en gunstig klinisk effekt ved at den forhindrer de automatiske prosessene som ellers ville kunne føre til depressive tilbakefall (Segal et al., 2002). Williams og Swales (2004, s. 316) beskriver forskjellen mellom tilstander på følgende måte:

«[Oppmerksomhetstrening] lærer oss å takle det som skjer, på mer kompetente måter, uten å bli sittende fast i ønsker om at ting var annerledes enn de er akkurat nå. Dette involverer en annen væremåte enn den prestasjonsorienterte vi vanligvis opererer i. I stedet får vi en smaksprøve på en annen væremåte, hvor den første responsen på problemer (enten det gjelder problemer i omverdenen eller problemer med følelsesmessig regulering) er å stoppe opp og fokusere på hvert enkelt øyeblikk, for å se klart hva som foregår. Når vi gjør dette, blir vi mer bevisste på hvor ofte våre

umiddelbare, affektbaserte reaksjoner har en tendens til å forsterke heller enn å redusere vansker» (min overs.).

MBCT har vært empirisk evaluert i et stort randomisert kontrollert multisenterprosjekt (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2002). Resultatene tyder på at det gruppebaserte behandlingsopplegget halverer tilbakefallsraten for pasienter med tilbakevendende depressiv lidelse sammenlignet med behandling og oppfølging hos allmennpraktiserende lege. Et særtrekk ved funnene er imidlertid at programmet later til å ha effekt bare for pasienter som har hatt tre eller flere tidligere depressive episoder. Segal et al. (2002) forklarer dette med at tidlige depressive episoder ofte er knyttet til utløsningsfaktorer i miljøet, mens senere episoder i større grad skyldes aktivering av depressive tankemønstre i fravær av sterke ytre belastninger. Den forebyggende effekten av MBCT på tilbakevendende depresjon antas derfor å være knyttet til omdirigering av slike depressogene prosesser i sårbare faser (Segal et al., 2002). Dette er lovende resultater, ettersom antall tidligere episoder med depresjon er den største prediktor for ny depresjon. Personer med tre tidligere depressive episoder vil ha svært høy risiko for igjen å bli deprimerte (Kupfer et al., 1992).

Oppmerksomhetstrening og angstbehandling

Et av funnene fra stressmestringsklinikken i Massachusetts var at programmet for «mindfulness-based stress reduction» hadde effekt på angst og panikkelidelse. En deskriptiv studie viste at ved oppfølging etter tre måneder ble den registrerte bedringen opprettholdt, og flertallet av deltakerne var også kvitt panikkanfallene sine (Kabat-Zinn et al., 1992). Det interessante i denne sammenheng var at instruktørene ikke gjorde noe særskilt for å tilpasse programmet til angstlidelser. Deltakerne ble bare oppfordret til å gjøre angsten til gjenstand for ikke-dømmende og aksepterende oppmerksomhet, på samme måte som andre tanker, følelser og kroppsfornebbelser. I stedet for å kjempe imot angsten, instrueres de til «hilse angsten velkommen», godta at den er der, og betrakte den som en forbigående kroppslig tilstand på lik linje med andre tilstander (Kabat-Zinn, 1990).

I motsetning til tradisjonell kognitiv atferdsterapi (Barlow, 2002; Beck et al., 1985), forsøker man i oppmerksomhetsbaserte tilnærminger ikke å erstatte maladaptive (meta)kognisjoner med mer hensiktsmessige (meta)kognisjoner gjennom systematisk utforskning av klientens feilaktige tenkning. I stedet legges det til rette for å møte sin egen erfaring, uavhengig av hvilken intensitet og hedonisk retning erfaringen måtte ha. På denne måten kan oppmerksomhetstrening bidra til å fremme eksponering og hindre unngåelsesatferd, og dermed føre til reduksjon av den følelsesmessige reaktiviteten som vanligvis ledsager angstsymptomer (Baer, 2003).

Borcovec og Sharpless (2004) og Roemer og Orsillo (2002) beskriver forsøk på å utvikle oppmerksomhetsbaserte tilnærminger spesifikt for behandling av generalisert angst (Generalized Anxiety Disorder, GAD).

Disse forfatterne ser opplevelsesmessig unngåelse («experiential avoidance») som et sentralt trekk ved GAD. Opplevelsesmessig unngåelse dreier seg om forsøk på å endre indre hendelsers form og frekvens gjennom kognitive eller atferdsmessige unnvikelsesstrategier, og antas å være en opprettholdende faktor for ulike former for psykopatologi (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Personer med psykisk lidelse er i dette perspektivet ikke bare preget av forsøk på å unngå ytre situasjoner, men også egne indre opplevelser av verbal eller symbolsk karakter. Som eksempel kan nevnes forsøk på å unngå samtaletemaer som er forbundet med angst, eller erindringsbilder av tidligere traumatiske hendelser. Ord og bilder tjener i disse eksemplene som faresignaler, og individets strategier for å unngå disse har – i likhet med unngåelse av angstprovoserende situasjoner – en rekke uhensiktsmessige konsekvenser.

Hos pasienter med GAD antas opplevelsesmessig unngåelse å gjøre seg gjeldende ved at konstant bekymring over fremtidige trusler bidrar til å holde følelser og utfordringer i øyeblikket på avstand. Bekymringen og grublingen antas således å ha en funksjon som angstregulerende strategi. Oppmerksomhetstrening kan motvirke en slik defensiv unngåelse ved at personen blir i stand til å forankre sin erfaring i øyeblikket (Roemer & Orsillo, 2002). Den økning i kognitiv og atferdsmessig fleksibilitet som slike metoder forventes å føre til, ses også som en viktig motvekt til den rigiditet og innsnevring av erfaring og handlingsrepertoar som kjennetegner GAD (Borcovec & Sharpless, 2004). I tillegg til tilnærmingene spesifikt for GAD har Brantley (2003) og Germer (2005b) utviklet behandlingsveiledere for bruk av oppmerksomhetstrening i forbindelse med agorafobi og panikkangst, i stor grad basert på rasjonalet i Kabat-Zinns (1990) stressmestringsprogram.

En «tredje bølge» innenfor den kognitive og atferdsterapeutiske tradisjonen

Hayes (2004) hevder at inkluderingen av strategier basert på oppmerksomt nærvær og aksept markerer et paradigmeskifte for den kognitive og atferdsterapeutiske tradisjonen. Denne såkalte «tredje bølgen» er drevet fram både av svakheter i eksisterende kognitive modeller og av fremveksten av konstruktivistiske og postmoderne teorier som har svekket de mekanistiske antakelsene som ligger til grunn for deler av atferdsterapien (Hayes, 2004). Hayes og medarbeideres «Acceptance and Commitment therapy» (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) er et eksempel på dette, dialektisk atferdsterapi (DBT) (Linehan, 1993a, 1993b) et annet.

DBT er en behandlingsmodell utviklet for suicidale pasienter og pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Den inkluderer en rekke kognitive og atferdsterapeutiske prosedyrer, men også teknikker for å fremme oppmerksomt nærvær. Klassiske terapiformer innenfor den kognitive-atferdsterapeutiske tradisjonen har fokusert mest på å fremme endring, men DBT poengterer at også aksept er en viktig faktor i terapi. Modellen fremstiller endring og aksept som prosesser som står i et dialektisk forhold til hverandre. Klienter oppfordres således til å akseptere seg selv, sine historier og sin nåværende situasjon akkurat slik disse er, samtidig som de oppfordres

til å arbeide intenst for å endre atferden sin og miljøet sitt for å skape seg et bedre liv (Baer, 2003).

Konkret baserer arbeidet for å skape aksept i DBT seg på ulike buddhistisk inspirerte oppmerksomhetsteknikker. Fordi noen klienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser har vansker med å meditere så lenge som for eksempel MBSR-programmet krever, har Linehan (1993b) utarbeidet ulike kortere oppmerksomhetsøvelser. For eksempel bes klienten å forestille seg at sinnet er et samlebånd hvor tanker, følelser eller fornemmelser passerer forbi. I en annen øvelse bes klienten om å se for seg at sinnet er den blå himmelen, mens bevissthetsinnholdet er skyer som glir forbi. Den teoretiske antakelsen er at slike øvelser kan bidra til å forhindre de brå tilstandsendringene og følelsesmessige svingningene pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse («borderline») gjerne opplever. En serie randomiserte kontrollerte studier av DBT har vist at pasienter som mottar behandlingen, utviser markert nedgang i selvmordstanker, depressive symptomer og selvskadende atferd, samt redusert innleggelsesfrekvens og lengde på sykehusopphold sammenlignet med pasienter som mottar andre typer behandling (Robins & Chapman, 2004).

Andre bidragsytere har gitt teoretiske begrunnelser for å integrere oppmerksomhetstrening i behandling av et bredt spekter av kliniske tilstander, inkludert posttraumatisk stresslidelse (Follette, Palm & Hall, 2005; Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), rusproblemer (Breslin, Zack & McMMain, 2002; Marlatt, 2002), spiseforstyrrelser (Kristeller & Hallett, 1999; Telch, Agras & Linehan, 2001; Wilson, 2005) og parkonflikter (Fruzzetti & Iverson, 2005).

Diskusjon

I tilknytning til de ulike variantene av oppmerksomhetsbaserte tilnærminger har vi sett at empiriske studier tyder på at metodene har gunstig effekt på en rekke ulike tilstandsbilder. I en oversiktsartikkel som bygger på meta-analytiske teknikker, konkluderer Baer (2003) med at den foreliggende forskningen på feltet støtter antakelsen om nytteverdien av oppmerksomhetsbaserte behandlingsformer, men etterlyser forskning med mer stringent metodologi. På denne bakgrunnen kan vi likevel si at det overordnede spørsmålet om effekten av de aktuelle metodene kan besvares bekreftende. Det er grunn til å tro at begrepet oppmerksomt nærvær vil bli gjenstand for økende forskningsinnsats fremover, inkludert såkalte «dismantling»-studier som tar sikte på å isolere mulige virksomme komponenter.

I et forsøk på å utarbeide en operasjonell definisjon av fenomenet på psykologisk prosessnivå har Bishop et al. (2004) foreslått en tokomponentmodell for oppmerksomt nærvær. Den første komponenten er *selvregulering av oppmerksomhet*, slik at oppmerksomhetsfokus opprettholdes på den umiddelbare erfaring. Denne komponenten omfatter evne til vedvarende oppmerksomhet, evne til å skifte fokus tilbake til her-og-nå-erfaring når sinnet vandrer, og ikke-elaborerende bevissthet på tanker, følelser og sansninger. Den andre komponenten involverer det å innta en *bestemt holdning til ens egen erfaring*, kjennetegnet av nysgjerrighet, åpenhet og aksept

uavhengig av erfaringens positive eller negative ladning (Bishop et al., 2004). Modellen skiller således mellom oppmerksomhetsmekanismer av mer kognitiv art på den ene siden, mens den andre komponenten vektlegger erfaringsmessig dybde. Det handler altså ikke bare om kognitive prosesseringsferdigheter, men like mye om å fremme en «omsorgsfull kvalitet ved oppmerksomheten, en følelse av åpenhjertig, vennlig nærvær og interesse (Kabat-Zinn, 2003, s. 145, min overs.).

Ut fra den sistnevnte komponenten er det naturlig å knytte an til en terapeutisk mekanisme som det i økende grad fokuseres på, nemlig *styrking av selvempati og selvmedfølelse* («self-compassion»). Klinisk erfaring og forskning viser at strenge selvkritiske holdninger ofte er en vedlikeholdende faktor i ulike typer psykisk lidelse. Omvendt kan terapi tenkes å ha effekt delvis gjennom at personen utvikler en mildere, mer omsorgsfull og aksepterende innstilling til seg selv (se Gilbert & Irons, 2005). Den operasjonelle definisjonen til Bishop et al. (2004) gjør det nærliggende å anta at kultiveringen av oppmerksomt nærvær skal virke på tilsvarende måte.

Med utgangspunkt i en såkalt «modulær» sinnsmodell beskriver Segal et al. (2002) som nevnt oppmerksomt nærvær som en «værenstilstand», kjennetegnet av at oppmerksomhetsressurser vies helt og fullt til bearbeiding av bevisstheten fra øyeblikk til øyeblikk. Som motsetning til denne tilstanden beskriver de samme forfatterne en «handlingstilstand» kjennetegnet av instrumentell målorientering og problemløsning. Oppmerksomhetstrening kan med andre ord bidra til å fremme *innsikt* i hvordan ens eget sinn fungerer, en ofte vektlagt mekanisme i terapeutisk vekst og endring.

Som tidligere antydnet er det et interessant sammenfall mellom buddhistisk epistemologi og nyere konstruktivistiske forståelser av erfaring og identitet. Buddhas lære understreker at hvordan enn den ytre fysiske virkeligheten måtte være, så er vår indre erfaringsverden basert på vår særegne fortolkning av sansedata (Harvey, 1990). Disse fortolkningene har en tendens til å tingliggjøre både ytre og indre fenomener, det vil si tilskrive dem en større grad av realitet og essens enn det finnes grunnlag for. Den buddhistiske modellen problematiserer substansforklaringer, og foretar en dekonstruksjon av det erfarende subjektet. En «person» er i dette perspektivet en ansamling av foranderlige og interagerende mentale og fysiske prosesser eller tilstander, med karakteristiske mønstre som gjentar seg over tid (Harvey, 1990). Meditasjonspraksis kan hjelpe til å fremme en erkjennelse av at både vår identitet og vår erfaring er mindre enhetlige og entydige enn vi gjerne forestiller oss. En slik økt bevissthet på egne tilstandsskift er i tråd med nyere teorier om personligheten som sammensatt av multiple selvtilstander (se Vøllestad, 2006).

Oppmerksomhetstrening involverer i dette perspektivet systematiske forsøk på å styrke en prosesseringsmodus som antas å fremme en mer fleksibel og åpen – og dermed mer adaptiv – måte å forholde seg til tanker og erfaringer på. Videre kan innsikten sies å være av metakognitiv karakter (Wells, 2000). *Økningen i metakognitive ferdigheter* finner sted ved at personen blir i stand til å forholde seg eksplisitt både til tanker som tanker (ikke sannheten om virkeligheten), og ved at en blir mer bevisst på kognitive prosedyrer som tidligere har operert automatisk.

Som vi har sett, ble det i tilknytning til oppmerksomhetsbasert angstbehandling lagt vekt på å møte sin egen erfaring på en aksepterende måte. På noe paradoksalt vis hevdes det at denne tilstanden av aksept og ikke-streben kan hindre de destruktive kognitive og følelsesmessige prosessene som kjennetegner angst, fra å utfolde seg (Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004). Baer (2003) hevder at den virksomme mekanismen i denne sammenhengen er *eksponering* – både for kroppslig aktivering og for tidligere unngått tankeinnhold og følelser. En tenker seg også at en ledsagende prosess er økt affektbevissthet, det vil si evnen til å skille følelser fra andre kroppslige opplevelser samt økt evne til å forstå og beskrive emosjonelle tilstander (Bishop et al., 2004).

Spørsmålet om hvordan disse ulike komponentene eller prosessene forholder seg til hverandre definisjonsmessig og kausalt, er foreløpig uavklart. Bishop et al. (2004) betrakter sin tokomponentmodell som en kjerneprosess, mens de andre psykologiske variablene antas å være resultater av en økt evne til å tre inn i og opprettholde tilstanden oppmerksomt nærvær. Andre (Baer, 2003; Segal et al., 2002) later i større grad til å inkludere en eller flere av de nevnte prosessene som virksomme faktorer i selve begrepet oppmerksomt nærvær. Hovedpoenget her er at tradisjonsrike teknikker for kultivering av sinnsro, aksept og tilstedeværelse i øyeblikket lar seg inkorporere i samtidens teoretiske rammeverk for psykologisk behandling. Teknikken finner sin plass innenfor kognitive og atferdsterapeutisk modeller, og vi har i det foregående sett hvordan teknikkene og deres effekt kan belyses ved å knytte an til kjente psykologiske mekanismer som oppmerksomhetsregulering, selvempati, innsikt, metakognisjon og eksponering. Et slikt oversettelsesarbeid kan muligens bidra til at teknikkene fremstår som mindre fremmedartete, og dermed som mer legitime for både klinisk anvendelse og empirisk utprøving.

Samtidig bidrar teknikkene til å nyansere og videreutvikle de aktuelle teoretiske rammeverkene. Det skjer blant annet gjennom vektleggingen av aksept, som korrektiv til en ensidig betoning av endring. I verste fall kan endringsfokuset føre til en instrumentell holdning som virker avskrekkende på personer med overveldende symptomer og livsvansker. Paradoksalt nok kan en økt opplevelse av aksept av tingenes tilstand føre til at det blir lettere for personen å lete etter handlingsalternativer og strategier for endring. Slik sett kan vi si at vektleggingen av aksept gir rom for en sentral funksjon ved psykoterapi, nemlig muligheten for å bli møtt og forstått slik man er.

Et annet korrektiv er understrekingen av at det ikke nødvendigvis er sinnselementenes innhold som bør endres. Tradisjonell kognitiv terapi postulerer at klienten må lære å utfordre sitt eget tankeinnhold, og fortrinnsvis erstatte uhensiktsmessige og negative tanker med mer konstruktivt kognitivt innhold. I motsetning til dette står de oppmerksomhetsbaserte tilnærmingene for et mer prosessorientert syn, hvor endringen forventes å skje i relasjonen mellom tenkeren og det som tenkes. Gjennom oppmerksomt nærvær kan en erkjenne at tanker bare er tanker, og at innholdet i tankene dermed blir mindre relevant. I stedet tilstrebes en ikke-konseptuell tilstand, hvor en hviler i øyeblikket uten å fokusere på høyere mentale prosesser.

Det må imidlertid påpekes at det her ikke er snakk om en tilbakevising av eksisterende teori. Regelmessig oppmerksomhetspraksis vil sannsynligvis kunne gjøre det lettere for personen også å utfordre eget tankeinnhold, nettopp ved at det har blitt skapt en gunstig distanse til egne bekymringer og negative tanker.

Enkelte hevder at kognitiv atferdsterapi er i ferd med å gjennomgå en «andre kognitiv revolusjon», i form av en økende vektlegging av at mye av det vi tenker, føler og gjør, er konsekvenser av ubevisste og «implisitte» prosesser (Westen, 2000). På bakgrunn av dette er det sannsynlig at oppmerksomt nærvær vil spille en stadig større rolle innenfor kognitiv terapi nettopp når det gjelder å fremme tilgang til slike prosesser.

Et fellestrekk ved alle behandlingsmodellene som her er presentert, bør kommenteres. De baserer seg alle på at teknikker for oppmerksomt nærvær formidles til klienter i form av mer eller mindre strukturerte undervisningsopplegg, ofte tilpasset et gruppeformat. Dette er imidlertid ikke den eneste anvendelsesmåten for disse metodene. En like interessant mulighet er at oppmerksomt nærvær kan gjøre behandling mer virksomt ved at behandleren er den som praktiserer. Det antas at en slik praksis vil fremme en rekke såkalte terapeutvariabler med gunstig innvirkning på relasjon og terapiprosess, så som oppmerksomhet, affekttoleranse, aksept, empati, evne til desentrering og evne til fleksibilitet (Fulton, 2005). Dette er særlig interessant i lys av påstander om at terapimodellen eller spesifikke intervensjoner ikke er det utslagsgivende for terapeutisk effekt (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Wampold, 2001). Et problem med vektleggingen av «relasjonsvariabler» eller «fellesfaktorer» er at det forblir usikkert hvordan en skal styrke de relevante terapeutiske ferdigheter. Oppmerksomt nærvær kan her ses på som en høyst konkret metode for å oppøve de relevante «abstrakte» kvaliteter for å sikre en best mulig terapeutisk relasjon med flest mulig pasienter.

Jon Vøllestad

Institutt for klinisk psykologi

Universitetet i Bergen

Tlf 55 58 49 39

E-post jon.vollestad@psykp.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 7, 2007, side 860-867

TEKST

Jon Vøllestad, psykolog ved Solli DPS og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

+ **Vis referanser**

Referanser

- Armstrong, K. (2006). *How to be a Buddhist*. New York: Alfred A. Knopf.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 125-143.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its treatment: A cognitive-behavioral perspective* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Cognitive therapy of depression*. New York: Basic Books.
- Borcovec, T. D. & Sharpless, B. (2004). Bringing cognitive-behavioral treatment into the valued present. I S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research* (ss. 209-242). New York: Guilford Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins., G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 230-241.
- Brantley, J. (2003). *Transcendental meditation: A practical guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Breslin, F., Zack, M. & McMains, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 275-299.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, C. & Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Journal of Clinical Psychology*, 59(6), 564-570.
- Epstein, M. (1995). *Thoughtful action: How mindfulness can change your life*. New York: Basic Books.
- Follette, V. M., Palm, K. M. & Hall, M. L. R. (2004). Acceptance, mindfulness and trauma. I S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research* (ss. 192-208). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. & Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation, and «individual» psychopathology in couples. I S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research* (ss. 168-191). New York: Guilford Press.
- Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. I C. G. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness in clinical medicine* (ss. 55-72). New York: Guilford Press.
- Fulton, P. R. & Siegel, R. D. (2005). Buddhist and western psychology: Seeking common ground. I C. G. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness in clinical medicine* (ss. 28-51). New York: Guilford Press.
- Germer, C. G. (2005a). Mindfulness: What is it? What does it matter? I C. G. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness in clinical medicine* (ss. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. G. (2005b). Anxiety disorders: Befriending fear. I C. G. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness in clinical medicine* (ss. 152-172). New York: Guilford Press.
- Germer, C. G., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.). (2005). *Mindfulness in clinical medicine*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. I P. Gilbert (Ed.), *Self-compassion: The new science of mental health* (ss. 263-325). London: Routledge.
- Goleman, D. (1988). *Emotional intelligence*. New York: Tarcher/Putnam Books.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 35-43.
- Harvey, P. (1990). *Interpersonal sensitivity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hayes, A. M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 255-262.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: A practical manual*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Behavior Therapy*, 43(3), 1152-1168.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *Handbook of empirically supported family therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Out of nowhere*. New York: Bantam.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Full catastrophe living: Using the wisdom of mindfulness to heal everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 39(4), 936-943.
- Kristeller, J. & Hallett, C (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 357-363.
- Kroese, A. J. (2003). *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research*. Oslo: Aschehoug.
- Kroese, A. J. (2005). Mindfulness i medisin og psykologi. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 404-413.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Mallinger, A. G., Thase, M. E., et al. (1992). Five-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 769-763.
- Linehan, M. M. (1993a). *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research*. New York: Guilford Press.
- Ma, S. & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 31-40.
- Marlatt, A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 44-50.
- Mishra, P. (2004). *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research*. New York: Picador.
- Olendzki, A. (2005). The roots of mindfulness. I C. G. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Handbook of mindfulness: Clinical applications and research* (ss. 241-262). New York: Guilford Press.
- Ramel, W., Goldin, P., Carmona, P. E. & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affects in patients with past depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 433-455.

- Robins, C. J. & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behaviour therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 73-89.
- Roemer, L. & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 54-68.
- Safran, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Boston: Wisdom Publications.
- Safran, J. D. & Muran C. J. (2000). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Cognitive remediation for depression: Using self-help to break negative cycles of thought*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. & Cordova. M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 164-176.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 581-599.
- Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1061-1065.
- Vøllestad, J. (2006). Det mangfoldige selvet: Teorier om selvtilstander i kognitiv og psykodynamisk psykoterapi. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 940-948.
- Wampold, B. (2001). *What makes good psychotherapy work? The therapist variables*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A. (2000). *Cognitive remediation for depression: Using self-help to break negative cycles of thought*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Westen, D. (2000). Commentary: Implicit and emotional processes in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 386-390.
- Williams, J. M. G. & Swales, M. (2004). The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 315-329.
- Wolfsdorf, B. A. & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 169-181.