

BUDDHISTISK MEDITATION I VESTLIG PSYKOTERAPI

Louise Fransgaard

Artiklen præsenterer indledningsvis det buddhistiske fundament bag de senere års terapeutiske anvendelse af mindfulnessmeditation og -filosofi i vesten. Med to forskellige mindfulnessbaserede terapitilgange som eksempel på den såkaldte tredje bølge inden for adfærdsterapitraditionen diskuteres efterfølgende fordele, ulemper og mulige problemstillinger ved integrationen af østlig filosofi i en vestlig sekulariseret kontekst. Således problematiseres bl.a. en i vesten tilsyneladende negligering af den oprindelige buddhistiske forståelse af mindfulness som uløseligt forankret i og forbundet med kultivering af en særegen etisk levevis og med en kollektivistisk forståelse af sindet som ubestandigt og interdependent. Ligeledes anføres det, at en negativ konsekvens af mindfulnessterapi kan være, at individet gøres ansvarligt for systemets/samfundets fejl og mangler med fokuseringen på at opøve en mere ideel måde at opfatte og forholde sig til fx ydre belastninger på.

Indledning

Nærværende artikel belyser de senere års udbredelse og integration af buddhistisk meditationspraksis i vestlig psykoterapi ud fra et kritisk perspektiv på anvendelsen af en oprindelig østlig religiøs/filosofisk praksis i en vestlig, sekulariseret kontekst – eksemplificeret ved Mindfulnessbaseret Stress Reduktion (MBSR) og Dialektisk Adfærdsterapi (DAT). De to tilgange er målrettet vidt forskellige patientgrupper og er indbyrdes meget forskellige, hvilket muliggør en mere nuanceret belysning af de fordele og ulemper, der opstår ved terapeutisk anvendelse af mindfulnessmeditation. Indledningsvis gennemgås buddhistisk forståelse og definition af mindfulness for at præsentere for diskussionen væsentlige begreber.

1. Den buddhistiske fundering

Buddhismen lader sig ikke uproblematisk beskrive via sproglige, begrebsmæssige kategoriseringer og lineære årsagsforklaringer, idet dens læresætninger ikke fremsættes som uomtvistelige dogmer eller trosgenstande. De udgør i stedet teser, som den enkelte må studere, diskutere og ikke mindst efterprøve i personlig praksis med henblik på at *erkende* buddhismens sandhed. I den forstand er buddhisme mere filosofi end religion (Kumar, 2002). Dernæst bygger hele det buddhistiske studium og udøvelse på læren om årsag (*karma*) og virkning (*vipāka*), også benævnt ”betinget samopståen” (Borup, 2005). Det vil sige, at alt opstår i afhængighed af en lang række årsager og betingelser, og at intet har en uafhængig essens eller særegen betydning i og med sig selv, men uundgåeligt er forbundet med de indre og ydre omgivelser (Hanh, 2000). Heraf kommer betegnelsen ”ikke-selv” og en forståelse af mennesket som betinget af alt, der har været og er blevet sagt, gjort og tænkt (i utallige forbigående liv), men også at det i det nuværende øjeblik (u)bevidst determinerer fremtiden. Nuet er således den sfære, hvor mennesket kan påvirke og bryde den årsagsbetingede kæde, hvorfor buddhismen også betegnes som læren om her og nu (Bruun, Lindtner & Nielsen, 1994).

Buddhismen omfatter adskillige skoler og traditioner.¹ Visse forskelligheder til trods tilstræber de alle at kultivere psykiske, åndelige og moralske egenskaber via meditatív praksis med henblik på at opnå indsigt (*nirvana*) (Rotem, 2000). En grundlæggende antagelse er, at ethvert individ har et iboende udviklingspotentiale, og at det via simple, men effektive måder er muligt at kultivere og forfine denne kapacitet og bringe det til alle livets aspekter (Kumar, 2002). Hermed ses en lighed med den humanistiske psykologis selvaktualiseringsbegreb (fx Maslow & Rogers) og en mulig årsag til udbredelsen af mindfulness i vesten, grundet en i tidsånden tilsyneladende tilstedeværende tendens til fokus på selvudvikling. Dette vender jeg tilbage til.

1.1. De fire ædle sandheder

En af de mest universelt accepterede formuleringer af buddhismen er *De fire ædle sandheder*, der må praktiseres og indses for at opnå nirvanatilstanden (Hanh, 2000). Den første sandhed er, at der er lidelse (*dukkha*), og at den må identificeres og erkendes. Der skelnes mellem tre grader: *eksplicit lidelse*, *lidelse pga. forandring* og *allestedsnærværende lidelse forbundet med menneskelige betingelser*. Den første grad omhandler alle fysiske og mentale følelser af smerte og plager, den næste refererer til lidelse forbundet med behagelige følelser og mentale tilstande vakt af

¹ Overordnet skelnes mellem Theravada-, Mahayana- og Zen- samt Vajrayana-buddhisme.

behagelige stimuli, der, fordi de kun er midlertidige, afslører en underliggende utilfredshed, når de ophører. Den tredje og mest basale lidelsesform er relateret til en ved menneskesindet bevidsthedsmæssig tendens til at tillægge fysiologiske, psykologiske samt fysiske genstande bestandighed eller adskilt eksistens (Wallace, 2006). Dette udtrykker den anden sandhed omhandlende lidelsens opståen i sindets automatiske tendens til at klynge sig til fænomener og betragte dem som permanente og sande. Den mentale tendens til essentialisme udgør for buddhismen den grundlæggende kilde til lidelse, fordi den foranlediger en fejltagtig dikotomi mellem selv og andre som adskilte fikserede størrelser: *"This dualism also results in the polarization of thoughts, emotions, and experiences as attractive or aversive in order to maintain a pleasant sense of well-being to the assumed, discrete self."* (Kumar, 2002, p. 41). Resultatet er en kognitiv antagelse om, at identiteten er en stabil og uafhængig enhed, hvilket forstærker tendensen til at klynge sig til fænomener og således medfører lidelse ved oplevelse af tilværelsens uundgåelige ændringer. Den tredje sandhed er, at lidelse kan standses, og at det er muligt at opnå en tilstand af velvære ved at udslette eller tæmme de tre vildfarelser: uvidenhed, had og begær (Bruun et al., 1994). Vejen hertil er den fjerde og sidste sandhed, *den ottefoldige vej*, som skitserer de praktiske midler til realiseringen af nirvana og lidelsens ophør ud fra et mål om at fjerne skadelig karma og opdyrke bevidsthedstilstande, der alene vil frembringe gode virkninger. I overensstemmelse med den betingede samopståen rummer hvert led de øvrige syv. I stedet for at udgøre trin i rækkefølge anses de som indbyrdes afhængige faktorer, der må kultiveres samtidigt. De otte led er *ret tale*, *ret handling*, *ret levevis*, *ret anstrengelse*, *ret opmærksomhed*, *ret koncentration*, *ret anskuelse* og *ret tænkning*, som kategoriseres iht. tre centrale elementer i den buddhistiske lære: moralsk levevis (*shila*), koncentration (*samadhi*) og visdom (*prajña*) (Rotem, 2000).

Shila udgøres af ret tale, ret handling og ret levevis og omfatter derfor etiske aktiviteter, som lægfolk kultiverer ved at følge fem moralske forskrifter: at afholde sig fra: at skade levende væsener, at tage noget som ikke bliver frit givet, seksuelle forseelser, ukorrekt tale og rusmidler (Boorstein, 2003, p. 56).

Samadhi omfatter ret anstrengelse, ret opmærksomhed og ret koncentration og fremelskes via yoga og meditation. Målet med ret anstrengelse er at fremkalde gunstige sindstilstande og hindre ugunstige i at opstå. Ret opmærksomhed, også benævnt *ret mindfulness*, udvikler en vedvarende klar bevidsthed om følelser samt sindets og kroppens aktiviteter. Dette fører til ret koncentration, dvs. en åben og klar sindstilstand, hvor rutinetænkningen ophører, og sindet kan opleve befriende indsigt og glæde (Rotem, 2000). Ret koncentration indebærer at træne bevidsthedens evne til at fokusere og består af en *aktiv* og en *selektiv* form. Ved aktiv koncentration hviler bevidstheden på det, der passerer forbi i øjeblikket, mens

bevidstheden ved selektiv koncentration fastholdes på en enkelt genstand med henblik på at opøve nærvær (Hanh, 1999; 2000).

Prajña-elementet omfatter ret anskuelse, der teknisk set svarer til en forståelse af de fire ædle sandheder, samt ret tænkning præget af kærlighed og medfølelse, der følgelig befrier sindet for begær og ondskab. For at kunne tilegne sig prajñā må shīla og samadhi være udviklet, og man må kunne benytte sig af såkaldt indsigtsgeneration og kunne foretage begrebsmæssige og filosofiske analyser af Buddhas lære. I reglen er det kun muligt for en buddha at opnå endelig indsigt i sandhedernes inderste mening og derved opnå oplysning (Rotem, 2000). Nedenfor belyses opmærksomhedsleddet nærmere, da det synes at udgøre den primære inspirationskilde i de vestlige mindfulnessbaserede psykoterapitilgange.

1.2. Ret opmærksomhed

Opmærksomhed er ikke i sig selv gunstig, men afhænger af, om den får én til at nærme eller fjerne sig nuet (Thera, 1962). *Ret* opmærksomhed står derfor centralt i Buddhas lære, fordi den foranlediger nærvær i øjeblikket samt kendetegnes ved en altomfattende accept kombineret med en ikke-dømmende, ikke-reagerende, inklusiv og kærlig indstilling. Hvis ret opmærksomhed er til stede, er de øvrige syv elementer i den ottefoldige vej det altså også.

Systematisk kultivering af mindfulness udgør en enkel og effektiv metode til at træne og udvikle sindet, hvad enten det retter sig mod håndtering af dagligdagsproblemer eller mod dets ultimative frigørelse. I sin mest basale opmærksomhedsmæssige manifestation udgør mindfulness den første fase i perceptionsprocessen og er i den forstand en forudsætning for overhovedet at *bemærke* et givent sansobjekt. Såfremt dette vækker personens nysgerrighed eller påvirker sanserne tilstrækkelig stærkt, vil en nærmere opmærksomhed blive rettet på objektet og den associative tænkning initieret. Dette indebærer, at den igangværende perception knyttes til hukommelsen og sammenlignes med tidligere perceptioner med henblik på koordinering af oplevelsen. Herfra udledes næste evolutionære skridt knyttet til mindfulness: udviklingen af evnen til abstrakt tænkning, der ud fra et buddhistisk synspunkt er det kognitive stadie, som de fleste menneskers mentale liv foregår på. Trods mere detaljeorientering og omfang er perceptionen her dog ikke nødvendigvis mere troværdig:

It is still more or less adulterated by wrong associations ..., emotional and intellectual prejudices, wishful thinking ... and, primarily, by the main cause of all delusion: the conscious or unthinking assumption of a permanent substance in things, and of an Ego or soul in living beings (Thera, 1962, p. 25).

For at undgå stagnering i en lidelsespræget tilværelse må derfor tilstræbes det næste bevidsthedsmæssige udviklingsstadium, ret opmærksomhed – mindfulness i sin fulde betydning. På dette trin vil genstandene for perception, følelser og tanker undergå en nøje analyseproces, som ultimativt vil ende ud i en erkendelse af virkeligheden, dvs. indsigt i fænomenernes ubestandighed og tomhed i betydningen altid tom for *noget*. Det, der betyder noget, er således ikke, om verden er rund eller firkantet, men at den er forgængelig, relativt helt igennem og derfor blottet for mening i sig selv. Den får først mening, så vidt som man, når man lever i den, kan nå til den fuldkomne og uforanderlige tilstand (Bruun et al., 1994). Mindfulness i denne form udgøres af to aspekter, *bar opmærksomhed* og *klar forståelse*, der supplerer og komplementerer hinanden, og som derfor begge er nødvendige at udvikle (Thera, 1962). Bar opmærksomhed svarer til en klar vished om, hvad der sker én og i én i de successive perceptionsøjeblikke, hvor de blotte perceptionsfakta, som de præsenteres gennem sanserne, observeres og registreres uden reaktion. Bar opmærksomhed er således udelukkende knyttet til nuet og udtrykker en rent modtagende sindstilstand, der ledsager den systematiske praktisering af mindfulness fra begyndelsen og frem til opnåelsen af ultimativ indsigt. Den blotte og præcise registrering af et sansobjekt udfordrer menneskers vanemæssige subjektive vurderinger og reaktioner, der pga. associativ tænkning ofte forvrænger det rene objekt, hvorfor bar opmærksomhed muliggør, hvad Thera (1962) kalder ”en sand videnskabelig observation” af, hvordan sindet arbejder, idet metoden hjælper én til at sondre mellem et objekts nøgne fakta og ens holdninger til disse. Praktiseringen vil derfor hjælpe den observerende til at stå ansigt til ansigt med nuet uden at flygte ind i tanker om fortiden eller fremtiden. Endvidere antages det at stoppe op med bar opmærksomhed i forhold til ting og mennesker at få positive konsekvenser, fordi spændingerne, der ofte opstår pga. involvering, begær, aversion og andre tilstande med selvrefererende udspring, forsvinder. Ens holdning bliver derved generelt venligere.

Det andet aspekt af mindfulness, klar forståelse, knytter sig til den aktive del af tilværelsen, hvor bevægelse, tale og tænkning er nødvendig, fx i interaktion med andre. Målet er derfor, at klar forståelse gradvist bliver den regulerende kraft i alle ens aktiviteter med henblik på, at disse bliver målbevidste, virkningsfulde samt overensstemmende med realiteterne og ens idealer. Kendetegnende ved dette aspekt er en stræben efter kun at agere i henhold til sine mål eller idealer og få bevidst kontrol over sig selv. Dette gøres ved at styrke evnen til at stoppe op og tænke i diverse situationer (inklusive de følelsesladede) via praktisering af bar opmærksomhed. Endvidere udgør det at tilpasse sine handlinger i forhold til de givne omstændigheder samt at inkorporere meditation i hverdagslivet vigtige dele af klar forståelse: ”*The aim to be aspired to by the disciple of this method is that life becomes one with the spiritual practice, and that the practice becomes full-blooded life.*” (ibid., p. 50). Som del af udviklingen af klar forståelse indgår slutteligt en

stadig træning af sig selv i at betragte de i øjeblikket fremkomne tanker og følelser som blotte, ikke-personlige processer for at reducere og udslutte de egocentriske tankevaner og instinkter.

1.3. Buddhistisk meditation i praksis

I buddhistisk meditationsteknik skelnes mellem to metoder, der ofte kombineres, og begge er nødvendige i den ottefoldige vej til dukkhas ophør: *shamatha* (koncentration) og *vipassana* (indsigt) (Rotem, 2000). I shamatha, hvortil mindfulnessaspektet bar opmærksomhed hører, mediteres på et objekt, fx åndedrættet, med henblik på at bringe sindet til ro, mens vipassana, hvortil mindfulnessaspektet klar forståelse knytter sig, er en mere unik form for buddhistisk meditation tæt knyttet til den tidligste lære om sindets natur, dets forhold til lidelsen og dens ophør. Målet er her at virkeliggøre den rette opfattelse af fænomenernes verden (Borup, 2005). Udøvelsen af shamatha er dog fundamental, da en forudsætning for at opnå indsigt er evnen til at kunne stoppe op, være fuldt opmærksom og nærværende, så: ”*tænkningen, den vanemæssige energi, glemsomheden og de stærke følelser, der behersker os [standses].*” (Hanh, 2000, p. 29). Mindfulnessmeditation omtales derfor ofte synonymt med indsigtsmeditation.

Praktiseringen af mindfulness kan enten foregå med kroppen, følelserne, sindet eller det mentale indhold som genstand. Når kroppen er genstandsfelt, handler det om at iagttage uden at adskille dualistisk, fx ved ikke-dømmende og kærligt at lægge mærke til åndedrættet eller kroppens stillinger, bevægelser eller dele, hvilket bl.a. kan praktiseres under yoga, mentalt at ”scanne” kroppen eller ved at visualisere en død krops gradvise forfald. De forskellige øvelser har det til fælles, at de fører til løsrivelse fra kroppen via observation og, med tiden, til hvad der antages for en ”sand” forståelse af dens natur (ibid.). Følelser anses i buddhistisk terminologi som den første reaktion på ethvert sansendeindtryk, der følgelig kan foranledige passionerede emotioner, hvorfor mindfulness i forhold hertil er særlig vigtig for at kunne mestre sindet (Thera, 1962). Sådant fuld opmærksomhed på følelserne opnås ved at iagttage og mentalt benævne hver følelse, uanset om den er behagelig, ubehagelig eller neutral og uden hverken at fastholde eller forkaste den (jf. bar opmærksomhed). Således bliver det en metode til at rumme sine følelser uden at lade sig dominere og udmatte af dem. Til at illustrere dette kan følelsen forestilles som en dråbe i en flod, der bemærkes, idet den flyder forbi og forsvinder (Hanh, 2000). At have fuld opmærksomhed på sindet vil sige at være klar over, hvilke *mentale dannelser* der er til stede i et givent øjeblik. I alt menes der at være 51 af sådanne, og sigtet med at praktisere fuld opmærksomhed på sindet er at erkende deres ubestandige og indbyrdes afhængige natur frem for at ændre den igangværende sindstilstand. For hver

mental dannelse er der et bevidsthedsobjekt (fx er man vred på *nogen/noget* og husker *noget*), som må iagttages med fuld opmærksomhed for at erkende deres virkelige, ubestandige og gensidigt afhængige natur. Disciplineret mindfulnesspraksis muliggør derved at man kan se ”universets sande natur”, da man ikke længere overfører sine egne forestillinger herpå (ibid.).

1.4. Opsamling

Mindfulness er i de buddhistiske traditioner anbragt inden for en større konceptuel og praksisbaseret ramme orienteret mod eliminering af lidelse, der helt basalt forstås som forårsaget af tendensen til at tillægge fænomener fast substans og bestandighed, hvilket efterlader individet uvidende om sin ”sande natur” og drevet af aggression og begær. Impliceret er, at uundersøgt adfærd og et utrænnet sind bidrager signifikant og direkte hertil, og at det er muligt at transformere lidelse via meditativ praksis, der beroliger og opklarer sindet, åbner hjertet og bedrer opmærksomhed og handling. Begreber som ikke-selv, ubestandighed, non-dualitet og interdependens er således centrale i den buddhistiske selvforståelse. Meditation udgør en effektiv metode til at frembringe forandringer i mentale tilstande, fordi den basale årsag til lidelse hos en utrænnet person er en gruppe korrigerbare defekter.

I sin mest basale udformning nærer mindfulness kontrol af opmærksomhedsfokus, mens det i sin ultimative form fremmer klarhed og bevidsthedens rækkevidde, der gør den mediterende i stand til at opnå indsigt i sine vaner og antagelser om identitet og følelser. Generelt indebærer denne indsigt særligt opdagelsen af, at troen på en fikseret identitet er misforstået, og således at de emotionelle vaner, der afspejler denne tro, er uden fast og uforanderlig base. Målet for buddhistisk praksis er derfor ikke den frembragte tilstand i koncentrationsmeditation (*samatha*), men derimod at udvikle en meta-bevidsthed, der opdager, når opmærksomheden ikke længere er fokuseret, samt en evne til at gendirigere opmærksomheden, uden at metabevindstheden bliver en ny distraktionskilde ved fx at man skælder sig selv ud. Den ideelle meditative tilstand er altså hverken slap eller ophidset, men afbalanceret og klar.

Kategoriseret under koncentrationselementet *samadhi* er mindfulness både som praksisform og bevidsthedstilstand sammenflettet med to øvrige centrale elementer i buddhistisk praksis: moralsk levevis, *shila*, og ultimativ indsigt, *prajña*. Hver af disse kategorier er rettet mod kultivering af forskellige bevidsthedstilstande, der trods særegne karakteristika er forbundne og gensidigt påvirkende. Opnåelsen af indsigt forudsætter således både kultivering af medfølelse og mindfulness i forhold til én selv og ens omgivelser, hvilket fra et vestligt perspektiv med fokus på individets personlige udvikling givetvis kan forekomme fremmed.

2. Mindfulness og psykoterapi

Måden, hvorpå mindfulness integreres i det terapeutiske arbejde, kan ifølge Germer, Siegel & Fulton (2005) overordnet inddeles i tre kategorier; enten hvor terapeuten personligt praktiserer mindfulness for at kultivere bedre nærvær uanset terapiretning, eller hvor den terapeutiske referenceramme er præget af indblik i mindfulnesspraksis og (buddhistisk) psykologisk litteratur om emnet. Endelig kan terapeuten eksplicit undervise klienter i at praktisere mindfulness, hvormed terapien bliver *mindfulnessbaseret*. Det er denne sidste gruppe, der fokuseres på her, og den anses for at tilhøre en række nye adfærdsterapier, der i løbet af de seneste 10-15 år har udvidet den kognitive adfærdstradition med nye fokuspunkter og teknikker² (Hayes, Folette & Linehan, 2004). Et postulat er, at det adfærdsterapeutiske felt er ved at reorganisere sig, og at der er tale om en helt ny terapigeneration, der på flere områder udfordrer det dominerende kognitiv-adfærdsterapeutiske videnskabsparadigme (Hayes, 2004). Kognitiv adfærdsterapi (KAT) kan betegnes som den klassiske behaviorismes anden generation, hvor fokus i behandlingen er på såkaldt førsteordensændring, dvs. ændring af den aktuelle tanke- og handlemæssige adfærd via direkte instruktioner og feedback. Til trods for at KAT i løbet af de sidste 30 år i tiltagende grad har opnået anerkendelse som effektiv terapiretning med solid empirisk dokumentation, peger en række faktorer, ifølge Hayes, på et igangværende paradigmeskifte. Bl.a. henvises til studier, der påviser en række empiriske anomalier, hvor KAT ikke entydigt kan bevises som terapeutisk ændringsmekanisme, hvilket følgelig berører spørgsmål om nonspecifikke faktorer (fx Ilardi & Craighead, 1999; Burns & Spangler, 2001). Et nævneværdigt, om end ældre klinisk effektstudie vedrørende dette er Kutz et al. (1985), hvor man vurderer effekten af mindfulness hos 20 psykoterapeutiske klienter, der i tillæg til ugentlige terapisesioner³ deltager i et 10-ugers mindfulnessprogram. Sammenligninger mellem klienternes og terapeuternes vurderinger (hhv. SCL-90-R og Clinical Rating Scale) før, under og efter programmet viser et konsistent mønster med signifikant reduktion i alle psykologiske symptomer, bortset fra paranoia og psykose, samt færre humørforstyrrelser, mere energi og oplevelse af bedre at kunne indgå i sociale aktiviteter. Kutz et al. afviser, at forbedringerne skyldtes placeboeffekt eller nonspecifikke faktorer (fx at indgå i en gruppe), og fremfører i stedet, at meditationspraksissen udgør en specifik faktor i klienternes

2 Hyppigst omtalte, anvendte og undersøgte terapiformer ud over MBSR og DAT er Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Rasmussen & Kjelgaard, 2008; Segal, Teasdale & Williams, 2004). Nyere former er Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2010) og Meta-Cognitive Therapy (Wells & Fischer, 2009).

3 Individuel eksplorativ psykodynamisk terapi.

fremgang. Dette med henvisning til, at 80 % af klienterne i deres selvrapporteringer anfører, at den daglige erfaring med meditation har været mest afgørende ved at have medført fysisk og psykisk afslapning, der når ud over meditationssessionen, samt har givet en øget bevidsthed om rigide kognitive og følelsesmæssige mønstre i og uden for terapien (ibid.). Martin (1997) foreslår i stil hermed, at mindfulness udgør en egentlig fællesfaktor, der er central i enhver psykoterapeutisk proces, fordi den tilvejebringer en tilstand af ”psykologisk frihed”, hvor opmærksomheden er rolig, fokuseret og løsrevet fra fastlåste måder at anskue ting (selv, andre, begivenheder, verden) på. Han fremkommer med den tese, at de to aspekter af mindfulness – koncentration og indsigt – hver især særligt korresponderer med hhv. en kognitiv adfærdsterapeutisk og en psykodynamisk tilgang pga. disses særegne metodologier: en (problem)fokuseret opmærksomhedsmæssig form, der fremmer handling, hhv. en åben form, der fremmer indsigt (ibid.).

Også postmoderne teorier med deres mere pragmatiske og kontekstuelle antagelser har svækket traditionelt dominerende mekanistiske opfattelser i adfærdsterapeutiske tilgange bl.a. ved at betone sociale og sproglige diskurser. Således er der igennem de senere år i stigende grad gjort både kliniske og forskningsmæssige forsøg på inden for den kognitive adfærdsterapeutiske tradition at ”tænke uden for boksen” ved at inddrage og undersøge bl.a. buddhistiske ideer i relation til at forstå menneskelig adfærd og fremme positive forandringer (Hayes, 2004). En væsentlig årsag hertil er, at buddhismens antagelse om et iboende udviklingspotentiale fra en kognitiv-adfærdsvinkel er særlig relevant, fordi den implicerer, at åndelig udvikling i høj grad forudsætter en undersøgelse af underliggende kognitive antagelser omkring opfattelse/oplevelse af selv og andre (Kumar, 2002). Toneatto (2002) fremhæver i den forbindelse *metakognition* som et brobyggende begreb, der gør det muligt at diskutere buddhistisk filosofi inden for en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme, idet begge traditioner interesserer sig for individets kognitive respons på egen kognition. Dette svarer til den aktive og reflekterende proces rettet mod egne kognitive aktiviteter, der kan være mere eller mindre korrekt og følgelig influerer på individets indre og ydre adaptation. I relation hertil sondres mellem kognition og bevidsthed,⁴ hvor førstnævnte ud fra et buddhistisk perspektiv kan opdeles i at være *perceptuel* og *konceptuel* svarende til måden, hvorpå begivenheder i og uden for kroppen er til stede i bevidstheden, og dernæst de tanker, følelser, minder, fornemmelser mv., der nærmest uadskilleligt opstår hermed. De konceptuelle kognitioner er således deskriptive, analytiske eller vurderende. Fra et buddhistisk perspektiv udgøres metakognition af sådanne elementer, der har andre perceptuelle eller konceptuelle kognitioner som genstand. Når de konceptuelle kognitioner er præcise og uforvrængede, er metakognition

4 [awareness].

lig med bevidsthed og dermed: "...the ability of the human mind to distinguish cognition (e.g. feeling or thinking) from cognizing (e.g. to know that one is feeling or thinking)." (ibid., p. 73). Det buddhistiske perspektiv på kognition indebærer, at kognitive fænomener sjældent funderer sig på præcise miljøbeskrivelser, at de er uudgældelige (det er sådan, sindet *er*), ubestandige, uden iboende virkning (fx at forestille sig en blå væg fjerner ikke den røde farve) samt af betydning, uanset om de er behagelige eller ej, fordi de motiverer til handling og muliggør øget selvviden og -forståelse. Med angstlidelser som eksempel pointerer Toneatto buddhistisk og kognitiv psykologis overensstemmende forståelse af psykisk/fysisk lidelse, idet begge tilskriver den subjektive angstoplevelse de individuelle metakognitive forvrængninger som fx katastrofetanker og -følelser samt somatiske fornemmelser snarere end en oplevelse af "angst" som sådan. Personer med angstlidelser kan således siges at have attribueret betydninger til deres angstrelaterede kognitioner, som de reelt ikke indeholder, men som omdannes til at være farlige og uden for kontrol med følelser af magtesløshed og ubehag til følge. Terapeutiske behandlingsformer, der trækker på en sådan forståelse, arbejder således på at korrigere klientens metakognitive overbevisninger om angstrelaterede kognitive fænomener ved at skabe en sikkerhed i klientens bevidsthed om deres faktiske natur i henhold til den buddhistiske filosofi. Heri impliceres nødvendigheden af en vis psykologisk distance for at modvirke tendensen til at udvælge og identificere sig med bestemte kognitive aspekter (ibid.).

2.1. MBSR

Et eksempel på en mindfulnessbaseret tilgang er Mindfulness Baseret Stress Reduktion udviklet af den amerikanske læge Jon Kabat-Zinn (2003; 2004). Formålet med dette 8-ugers træningsforløb er at skabe et effektivt redskab til at træne patienter med stress- smerte- og sygdomstilstande i intensiv mindfulnessmeditation. I overensstemmelse med traditionel buddhistisk mindfulnesspraksis er sigtet med behandlingsprogrammet at introducere patienterne for en anden måde at være med sig selv og deres lidelse på. En måde, der ultimativt implicerer fremkomsten af en anden – tilsyneladende mere optimal – psykisk tilstand karakteriseret ved et opmærksomt nærvær i nuet. Her er det centrale at blive opmærksom på tendensen til hele tiden at dømme, redigere, censurere og fortabe sig i sine tanker og følelser og i takt hermed øve sig i at slippe disse. Herved undgår man at *gøre* noget og bruge sine kræfter ureflekteret og vanemæssigt. Antagelsen er, at en sådan tilgang muliggør psykisk og fysisk forbedring ved at frigøre iboende ressourcer, skabe oplevelsesmæssig klarhed og større tanke-, følelses- og handlemæssig kreativitet og fleksibilitet. Der sondres i den henseende mellem reaktivitet og respons på givne stressorer, fx rygsmer-

ter, hvor førstnævnte foranlediger en ond cirkel (avler mere stress) med øgede spændinger og irritabilitet til følge pga. automatiserede fysiologiske og psykologiske reaktioner. Mindfulness indebærer derimod en bevidst tilstedeværelse i det, man gør, eller det, der sker i nuet, således at individet genvinder evnen til at agere frem for at føle sig som offer. Dette fx ved at lytte opmærksomt til kroppens signaler og tage sig et hvil eller undlade af vane at tillægge pårørendes bemærkninger negative intentioner. MBSR synes dermed at virke ved, at patienterne opøver en evne til at skelne mellem primær sensorisk oplevelse og sekundære emotionelle og kognitive processer skabt i relation til den primære oplevelse. Metakognitionen er da mere bevidst end kognitiv, jf. Toneattos distinktion. I programmet indgår endvidere kultivering af bestemte holdningsmæssige indstillinger, bl.a. tålmodighed, begyndersind og ikke-stræben, der anses som implicerede bestanddele i det at være ”mindful”, og som patienterne lærer at bruge til at undersøge detaljerne i deres oplevelser og derved få øje på den ustabile og tilfældige natur ved de ledsagende følelser og sensationer. Som resultat skulle individet blive bedre i stand til at gendrive impulser til tilbagetrækning eller aversion som respons på fysisk eller psykologisk smerte. Metoden er praktisering af mindfulness ved formel siddende meditation, kropsscanning og yoga, som ved regelmæssig praksis menes at give større modstandsdygtighed og reduceret stressreaktivitet.

Den traditionelle buddhistiske sondring mellem koncentrations- og indsigtsmeditation og de heri indlejrede aspekter ved mindfulness opretholdes i MBSR-programmet. Fx under siddende meditation, hvor der først fokuseres på et objekt, åndedrættet, for i de sidste minutter af meditationen at slippe den fokuserede koncentration og i stedet ”åbne sindet op” og lade de forbipasserende tanker, følelser, kropsfornemmelser, lyde mv. observeres uden begær eller fastholdelse og med en ikke-dømmende, accepterende og venlig indstilling. Ligeledes matcher den pædagogiske metode traditionel buddhistisk indlæringspraksis med vægtningen af selvdisciplin, idet patienten ud over den aktive deltagelse i sessionerne på stressklinikken dagligt udfører de forskellige praksisser derhjemme. Hermed ses, at mindfulness netop er en meget konkret praksisform, hvor individet – terapeuten inklusive – kultiverer sit sind gennem direkte oplevelse. En umiddelbart paradoksal effekt af MBSR er, at patienten trods den gradvise ”selvafviklende” mindfulnesspraksis, qua erkendelsen af ubestændighed og ikke-selv, angiveligt styrkes i sin følelse af selvsammenhæng, -kontrol og autenticitet. Erkendelsen af, at man ikke er sin lidelse, symptomer, fysiske smerte eller sygdom, hævdes således ikke at være en abstrakt filosofi, men noget med meget praktiske konsekvenser, fordi det direkte medfører en evne til at gøre noget ved sin lidelse i situationer, hvor livet tager en uventet drejning. Mindfulness implicerer i den forstand selvobservation og -ansvar, hvor fokus på eget sind, egne tilbøjeligheder og adfærdsmønstre menes at hjælpe patienten til at identificere sygdoms- og sundhedsadfærd og fostre

følelser af selvværd og kontrol (ibid.). Rationalet bag såvel den teoretiske som den praktiske udformning af MBSR-programmet er således influeret af positiv psykologi og kan i den forstand forekomme noget optimistisk med tanke på mange psykiske og fysiologiske lidelsers kompleksitet. Fx kan indvendes, at der nødvendigvis må være grænser for MBSR-programmets anvendelighed med hensyn til kravet om daglig egenhændig praksis af længere varighed. Dette kan være yderst problematisk at efterleve både for den patient, der har en hverdag med familiære og arbejdsmæssige forpligtelser, og for patienten med en hverdag præget af svære sociale og psykiske vanskeligheder som fx angst. Rent praktisk kan det derfor synes nødvendigt at tage 8 uger ud af kalenderen for at "hellige" sig projektet og derudover at have et minimum af mentalt overskud samt støtte fra de nære omgivelser. Derudover kan man retorisk spørge, om det "at give slip" og "acceptere" er nok i forhold til at ændre sin situation. Selve den stressproblematik, der i MBSR anses som primær årsag til patienternes lidelse, har jo ofte også en ydre ramme. Inden for arbejdspsykologien pointeres fx sammenhængen mellem en persons stresstilstand og reel – og altså ikke blot oplevelsesmæssig – mangel på kontrol kombineret med et reelt større ansvar (Karasek & Theorell, 1990). Det er selvsagt lettere at stoppe op og sige fra, hvis man har indflydelse på stressorerne, hvorfor MBSR's fremhævelse af individets egen indflydelse på sin lidelse kan synes at lægge ansvaret for psykisk og fysisk velvære på den enkeltes skuldre. Hvis problemet ligger i systemet, er det da overhovedet muligt at løse problemet selv? I en vestlig kontekst og en tidsånd, hvor individualisme og autonomi udgør nøglebegreber, er en risiko, at den binding til selvet, som egentlig søges nedtonet i MBSR, i stedet bliver forstærket, fordi kravet om at tage personligt ansvar hos den enkelte kan initiere tanker om, at det er vedkommende selv, der ikke er god nok, fx til at sige fra. Målet med bedre selvforvaltning kan altså bevirke en negligering af omverdenens indflydelse, og det at praktisere mindfulness kan forekomme utilstrækkeligt i forhold til at gennemskue sociale og kulturelle "undertrykkelsesmekanismer" i en tid, hvor forandringsparathed synes at være en herskende diskurs. På den vis kan de buddhistiske idealer indlejret i mindfulness risikere at blive misbrugt ud fra ønsker om at påvirke individet til at acceptere postmoderne forandringer. Her er det følgelig centralt at indskærpe (over for patienterne), at mindfulness og accept netop ikke er en passiv holdning, hvor "alt er okay", men snarere er tilknyttet mestringsbegrebet og ideen om mennesket som aktiv agent med en valgmulighed frem for et passivt offer for bio-psyko-social determinering.

2.2. DAT

En mere specialiseret terapitilgang, der inkorporerer buddhistisk meditationspraksis og -livsfilosofi, er Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) udviklet af den amerikanske psykolog Marscha Linehan. DAT er oprindeligt udformet til behandling af voksne suicidale og selvdestruktive klienter, der opfylder kriterierne⁵ for DSM-diagnosen borderline-personlighedsforstyrrelse (Linehan et al., 2006). Programmet er siden tillempet andre klientgrupper, bl.a. deprimerede ældre, personer med spiseforstyrrelser, stof- og alkoholmisbrugere, par og familier samt retspsykiatriske klienter (Kåver & Nilsonne, 2004). DAT adskiller sig grundlæggende fra MBSR ved den plads eller status, formel praktisering af mindfulness indtager i og uden for sessionerne samt måden, hvorpå terapeutiske mål italesættes og arbejdes med. En del af forklaringen er, at DAT i modsætning til MBSR er en integrativ terapiform, der ud over buddhistisk filosofi og meditation specifikt trækker på vestlige traditionelle tilgange såsom indlæringsteori og kognitiv terapi. Derudover henvender DAT sig til en væsentlig anden patientgruppe, hvis problemer ikke er stressrelaterede, men vedrører personlighedsmæssige afvigelser karakteriseret ved udpræget følelsesmæssig sårbarhed og dysregulering. I lighed med vestlige psykoterapiformer som fx psykodynamisk og kognitiv terapi arbejdes der derfor også konkret med den terapeutiske alliance, bl.a. ved betoning af terapeutrollen, hvor begreber som validering og empati er centrale i forhold til klienternes behov for basal tillid. En lignende eksplicitering ses ikke i MBSR, hvilket kan tolkes som, at meditativ praksis i sig selv anses som *nok*, uanset lidelsesform. Dette er selvfølgelig problematisk med patienter, hvis forvrængede oplevelse af sig selv og andre samt ekstreme følelseslabilitet fordrer langt mere terapeutisk støtte og indgriben end meditationstræning. Begge tilgange anfører dog, at mindfulness uanset graden af mental lidelse er fundamental i forhold til at skabe den indre ro og det overskud, der skal til for at påvirke maladaptiv adfærd og forstærke mere hensigtsmæssige adfærdsstrategier. I DAT ses mindfulness således som en basal færdighed, som kan indvirke positivt på klientens øvrige terapeutiske behov i forbindelse med fx relationsvanskeligheder og følelsesmæssig dysregulering. Og mens mindfulnessbaseret terapi i andre – bedre fungerende – populationer sigter mod at etablere en stabil, årvågen og ikke-dømmende værensmodus, vil hensigten i forhold til DAT's særegne målgruppe i højere grad være at tilvejebringe værktøjer, som klienterne på relevante tidspunkter i deres dagligdag kan trække på. Mindfulness bliver i den forstand en teknik og dermed noget, man *gør*, snarere end en fundamentalt anderledes måde at *være* på. Dette stemmer dog fortsat overens med den oprindelige, buddhistiske, forståelse

5 Følelsesmæssig ustabilitet, impulsstyret adfærd, usikker identitetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle relationer og selvmordsadfærd.

af mindfulnesspraksis som en vej til *gradvis* opnåelse af indsigt i, hvem man tror, man er, hvordan man ser på sin omverden, og hvad der driver én her i livet – via regelmæssig træning i at være nærværende i dagligdagsøjeblikke såvel som under formel meditation. For begge terapeutiske tilgange antages altså, at mindfulness udgør et middel til at forebygge og mestre både fysiologisk og psykologisk stress, samt at jo længere man er i stand til at være bevidst nærværende og forholde sig accepterende, des mere vil ens ”potentialer” træde frem (man *bliver* mere mindful).

2.3. Et kvalitativt nyt bidrag?

DAT og MBSR adskiller sig begge helt grundlæggende fra tidligere adfærdsterapeutiske generationers tilgang til og forståelse af terapeutiske forandringsprocesser med påstanden om, at det er den *oplevelsesmæssige indstilling* til frem for *indholdet* af tanker og følelser, der må ændres kvalitativt for at skabe varige terapeutiske resultater. Hermed antager mindfulness metakognitiv karakter som en bevidsthedstilstand, hvor de konceptuelle kognitioner omkring andre konceptuelle og perceptuelle kognitioner er præcise og uforvrængede. Mens psykisk lidelse i klassisk adfærdsterapi anskues ud fra en simpel stimulus-respons-model, tilføjes i ”den anden bølge” med kognitiv adfærdsterapi den skemabaserede bearbejdning, hvor uhensigtsmæssige antagelser og automatiske tanker negativt påvirker personens fortolkning af stimuli og følgelig manifesterer sig i et givent symptombillede. Tredjegerationsterapierne afviser ikke forekomsten af denne maladaptive processering, men påpeger, at den udtrykker en underoptimal bearbejdningsmodus, som det er muligt og ikke mindst nødvendigt at frigøre sig fra for at tilvejebringe fundamentale ændringer. Dette sker ved at flytte fokus fra det kognitive indhold til kognitionsformen, hvormed indholdet opleves. Mindfulness synes i den forstand møntet på at tage hånd om problemer, fx vanskelige følelser og relationelle dynamikker, før de bliver så omfattende, at de bliver determinerende, fastlåsende og ufrie. Et væsentligt aspekt er således en førsproglig årvågenhed eller opmærksomhed, der ikke synes at blive adresseret specifikt i traditionelle adfærds- eller kognitive terapiformer med deres fokus på problemløsning og symptombehandling. Værdien af maladaptive strategier som fx undgåelse og dissociation valideres i DAT ud fra den betragtning, at de udgør regulære overlevelsesserstrategier for en given patient i en given biosocial kontekst. Dog anses disse strategier samtidig som kortsigtede løsninger, der på sigt vil forstærke eller skabe yderligere sociale og emotionelle problemer for klienten. Den eneste måde at bryde denne onde cirkel på er derfor at åbne øjnene op for de helt konkrete igangværende følelser, tanker og ydre oplevelser her og nu og forholde sig ikke-dømmende og accepterende dertil – frem for fortolkende og følelsesladet – med henblik på at kunne agere mest hensigtsmæssigt og konstruktivt. I en

given konfliktsituation, hvor man umiddelbart har lyst til at *gøre* noget for at ændre på den, er den mindfulde strategi først og fremmest at registrere sine følelser og handleimpulser i en accept af, at situationen er, som den er, og blive bevidst om, hvad der i ens oplevelse beror på noget nuværende objektivt hhv. forvrænget subjektivt, før man vælger sin respons. Konkret forekommer der i DAT's behandling af komplekse kliniske problemer således radikale udvidelser af og tilføjelser til traditionel adfærdsterapi ved at udfordre førsteordens ændringsstrategiernes universelle anvendelighed; forandringsorienteringen må nødvendigvis suppleres af accept for at nå dybere end symptomlindring. Den primære hensigt med at arbejde dialektisk og mindfulnessbaseret er således at hjælpe individet til bedre at tolerere forandringer og rumme stærke følelser via øvelse og anvendelse af forskellige opmærksomhedsstrategier *i kombination med*, at der eksplicit sigtes og arbejdes hen imod forandring af tingenes tilstand. Opmærksomhedsmodulet er derfor grundlæggende og gennemsyrende de øvrige træningsmoduler. Hensigtsmæssig følelsesregulering fordrer en evne til at kunne afstå fra at handle impulsivt på en stærk følelse, håndtere følelsens fysiologiske udslag, rette opmærksomheden mod noget andet end det følelsesvækkende samt at kunne samle sig og systematisere sine handlinger i forhold til et overordnet mål frem for at være styret af sine følelser. Her synes den integrative tilgang i DAT at have en særlig force, for selvom mindfulness ser ud til at fremme mestringen og skærpe opmærksomheden i forhold til miljømæssige kontingenser, hvilket indirekte medvirker til adfærdsændring, er det tænkeligt, at sådan ændring fremmes af terapeutiske interventioner, der mere direkte er rettet mod forandring, som fx sokratiske udspørgen og kædeanalyse. Det synes altså at have væsentlig klinisk betydning, at denne behandlingsform med sin psykiatriske målgruppe er integrativ frem for udelukkende forankret i mindfulnesspraksis. Som tidligere nævnt er fx kravet om daglig formel og uformel praksis, som det stilles i MBSR, ikke "bare lige" sådan at indføre, da det kræver selvdisciplin og overskud uden for det terapeutiske rum, hvilket mange psykiatriske patienter netop *ikke* har eller kan forventes at have. Nogle personer er ganske enkelt ikke i stand til at meditere i så lang tid, som MBSR foreskriver, fx pga. ekstremt lav frustrationstærskel og et højt angstniveau. En forudsætning for, at sværere patientgrupper kan få indlemmet mindfulness i deres behandlingsforløb, må altså være, at systemet er gearret til at tilbyde strukturerede og specifikt tilrettelagte (ambulante) forløb, hvor der arbejdes mere bredt, som det fx ses i DAT.

3. Spørgsmålet om ægthed

Den i mindfulnessterapierne indlejrede antagelse om et iboende udviklingspotentiale ligner menneskesynet i humanistisk psykologi, der netop er karakteriseret ved en grundlæggende tro på det gode og sunde i mennesket

og ved en opfattelse af, at forstillelse og uærlighed over for sig selv og andre er nutidsmenneskets mest basale problem. Mennesket menes som væsen grundlæggende at være selvaktualiserende med en iboende trang til at udvikle og udfolde sine potentialer, og idealet er evnen til at være sig selv og udtrykke sig ærligt og direkte uden at være hæmmet af selvusikkerhed og optagethed af andres vurderinger (Jørgensen, 2005, p. 161; Poulsen, 1998, p. 507 ff.). I de forskellige humanistiske terapiformer, som fx klientcenteret, eksistentielterapi og gestaltterapi, fokuseres i lighed med mindfulnessstilgangene på nuet, og der gøres op med en snæver forståelse af determinering med anerkendelsen af, at klienten *ud over* at være bestemt af sin bio-psykosociale fortid også er et unikt individ, der selv kan vælge at skabe sit eget liv. Der arbejdes følgelig med accept, evnen til at være i sine følelser og udfordring af fasttømrede opfattelser og tankemønstre, hvor det er centralt, at terapeuten personificerer dette via en holdning præget af oplevelsesmæssig kongruens og betingelsesløs positiv agtelse af selv og andre – ergo forholder sig ”mindful”. Det humanistiske menneskeideal har mange fællestræk med buddhismens, om end der på et vist detaljeringsniveau synes at være en forskel i forståelsen af den bagvedliggende drivkraft for udfoldelsen af menneskets ”potentiale”. Med Abraham Maslows motivationsteori som mest eksplicite eksempel (Maslow, 1970) ses forskellen ved, at behovet for selvaktualisering forudsættes af (delvis) tilfredsstillelse af lavere behov med de fysiologiske som de mest basale, hvormed tilgangen i en vis forstand kan kaldes hedonistisk. Som basal motivationsfaktor i buddhismen betones derimod såkaldt eudaimoni for at følge den levevej, der fører til lidelsens ophør (*buddhadharma*) og deraf realiseringen af ens sande potentiale (Wallace, 2006). Modsætningen er den stimulusdrevne hedonistiske levevej (*verdslig dharma*), som har evolutionær betydning, fordi den sikrer individets og artens overlevelse via fokus på at få de driftsmæssige behov dækket her og nu. I den eudaimoniske levevej fokuseres derimod på at skabe betingelser for velvære, der rækker *ud over* øjeblikkelig og flygtig behovstfredsstillelse; nemlig via tretrinsprocessen shila, samadhi og prajña for at opnå indsigt via kultivering af etisk bevidsthed og mental ligevægt (ibid.). Dog må det her indføjes, at den hedonistiske, driftsstyrede motivation i relation til den humanistiske psykologi mest er deskriptiv for de lavere behov. De højere behov har mere præg af at være eudaimonisk drevne og har derfor væsentlige overlap med det buddhistiske ideal om fx større sindsro og social, uselvsk bevidsthed.

Selvom de vestlige mindfulnessbaserede terapier er sekulære i forhold til buddhistisk kosmologi og livsfilosofi, indgår sondringen mellem hedonisme og eudaimonisme alligevel. Det tilstræbes netop, at patienten gradvist bliver mindre bundet af sine lyst-/ulyst-prægede tanker og følelser og i stedet lærer at kultivere en ikke-dømmende, accepterende og venligsindet bevidsthedsmodus over for sig selv såvel som andre. Dog kan det diskuteres, i hvor høj grad inkorporeringen af mindfulnesspraksis sker i overensstemmelse med

den oprindelige kontekstramme, specielt i relation til det etiske element. Hvis der ikke arbejdes specifikt med klientens eudaimoniske motivation *før* oplæringen i mindfulnessmeditation, er det så ikke bare regulær opmærksomhedstræning?

De beskrevne tredjebølgeterapier adskiller sig dog tydeligt fra den humanistiske psykologi ved først og fremmest den specifikke filosofiske fundering i og praktiskmetodiske anvendelse af buddhistisk meditation til at opøve evnen til at være nærværende i øjeblikket frem for at være verbalbåren og samtalebaseret. Om end der i DAT pågår væsentlige sproglige terapeut-klient-interaktioner, er disse grundlæggende forankret i indlærings-teori og kognitiv adfærdsterapi modsat den humanistiske traditions tilgang, hvor menneskets bevidsthed frem for dets adfærd anses for at være det centrale. Tredjebølgeterapiernes godtagelse af den buddhistiske antagelse om, at der i takt med kultivering af mindfulness etableres kontakt med noget iboende og sandt, kan desuden problematiseres ud fra en (social) konstruktivistisk optik. Dette fx med postulatet om, at patienterne via anvendelse af mindfulnessfærdigheder gradvist får løsrevet sig fra automatiserede og derfor ofte upræcise tanke-, følelses- og handlemønstre og heraf bliver mere realistiske og "sig selv". En indvending kan fx være, at det "vise sind", man her møder, er multipelt, et resultat af relationelle, sociale og narrative konstruktioner, der højst er af midlertidig og flygtig karakter, og at praksissens egentlige styrke snarere er, at den får folk i ro. Således vil det kunne anføres, at det indre er noget dybt internaliseret, og at man ikke realiserer et på forhånd eksisterende selv, men snarere møder "systemet" i form af sociale og kulturelle diskurser frem for noget "ægte" (jf. Jørgensen, 2005). Her er det dog vigtigt med en yderligere skelnen mellem den humanistiske psykologis selvaktualiseringsbegreb, der implicerer, at dette ægte udtrykker en særegen menneskelig kerne eller essens, og buddhismens antagelse om en iboende visdom karakteriseret ved ikke-selv og nondualitet, hvormed afvises enhver idé om essens. Det iboende og sande, som buddhismen omtaler, er overindividuel og interdependent, mens det i humanistiske tilgange henviser til noget autonomt og superindividuel. De mindfulnessbaserede terapier arbejder altså mere hen imod selvaftvikling frem for selvudvikling. Forskellene til trods ændrer det ikke på, at forståelsen af mindfulness risikerer at blive forplumret ved at blive relateret til senmoderne selvrealiseringsdiskurser, hvor både klienter og terapeuter kan komme til at betragte mindfulness som et sidste nyt værktøj til personlig udvikling og derved negligere den bredere praksisramme, som mindfulness blot er ét element i. Dette fx inden for en positiv psykologisk referenceramme som udtrykt middel til maksimering af positiv affekt (Nørby & Myszak, 2010). Derudover er en risiko, at tilgangen stik imod sin oprindelige filosofi anvendes med henblik på at effektivisere den enkelte inden for en individualistisk optik, hvor bindingen til ideen om et selv styrkes, og hvor ansvaret for eget velvære placeres hos individet med krav om fleksibilitet og forandringsdygtighed. Herved kan man komme til at

opleve det, der mere er tilpasning til udtalte normer og: ”en ganske bestemt udlægning af verden som udtryk for sin egen fri vilje og autonome ageren i verden.” (Jørgensen, 2005, p. 179). I en sådan brug vil mindfulness fungere som et usynligt disciplineringsinstrument frem for en vej til frigørelse, hvilket på ingen måde harmonerer med praksissens indlejrede dialektiske filosofi, hvor individet på alle tænkelige (bio-psyko-soziale) niveauer ses som en interdependent størrelse. Det, at den enkelte iht. antagelserne bag mindfulness sættes som primær agent i forhold til at ændre sin lidelse, betyder nemlig *ikke*, at miljømæssige omstændigheder ikke også anerkendes som mulige stærkt betingende faktorer for udløsning såvel som vedligeholdelse og forstærkning af givne psykiske problemstillinger. Det, tilgangen hævder, er, at selvom det ikke er muligt at ændre på en given situation, og selvom situationen udløser bestemte følelser og tanker hos individet, har man indflydelse på, hvad disse oplevelser gør ved én. Med regelmæssig praksis træder alle tings foranderlighed angiveligt mere tydeligt frem, så det bliver lettere at mestre både indre og ydre stimuli i situationen, fordi individet både mentalt og fysisk bliver i stand til at træde et skridt tilbage og derved handle reflekteret frem for at reagere ”lige for”. På den måde kan en accepterende og ikke-dømmende indstilling i nuet befordre mere assertive handlestrategier på sigt.

LITTERATUR

- BOORSTEIN, S. (2003). *Opmærksomhed*. Aschehoug.
- BORUP, J. (2005). *Dansk Dharma. Buddhisme og buddhister i Danmark*. Højbjerg: Univers.
- BRUUN, J., LINDTNER, C. & NIELSEN, P.B. (1994). *Buddhismen. Tanker og livsformer*, (pp. 7-151). Kbh: Gyldendal.
- BURNS & SPANGLER (2001). Do Changes in Dysfunctional Attitudes Mediate Changes in Depression and Anxiety in Cognitive Behavioral Therapy? *Behavior Therapy*, 32, 337-369.
- GERMER, C. K, SIEGEL, R. D. & FULTON, P. R. (Eds.). (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York; London: The Guildford Press.
- GILBERT, P. (2010). *Compassion-focused Therapy*. United Kingdom: Routledge.
- HANH, THICHNHAT (1999). Seeding the Unconscious. *Life Positive*, April 1999.
- HANH, THICH NHAT (2000). *Hjertet i Buddhas lære*. Borgen.
- HAYES, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. In S. C. Hayes, V. M. Folette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance*, (pp. 1-29). New York; London: The Guildford Press.
- HAYES, S. C., FOLETTE, V. M. & LINEHAN, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and Acceptance*. New York; London: The Guildford Press.
- ILARDI, S. S. & CRAIGHEAD, W. E. (1999). Rapid Early Response, Cognitive Modification, and Nonspecific Factors in Cognitive Behavior Therapy for Depression: A Reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 295-299.
- JØRGENSEN, C. R. (2005). Selvrealiseringens klinisk psykologiske rødder. In S. Brinkman & C. Eriksen (Eds.), *Selvrealisering – kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*. (pp. 159-186). Århus: Klim

- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- KABAT-ZINN, J. (2004). [1991]. *Full Catastrophe Living*. London: Piatkus.
- KARASEK R. & THEORELL T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, (pp. 31-82). New York: Basic Books.
- KUMAR, S. M. (2002). An Introduction to Buddhism for the Cognitive-Behavioral Therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43.
- KUTZ, I., LESERMAN, J., DORRINGTON, C., MORRISON, C. H., BORYSENKO, J. Z. & BENSON, H. (1985). Mindfulness-Based Stress Reduction as an Adjunct to Outpatient Psychotherapy. An Outcome Study. *Psychother. Psychosom*, 43, 209-218.
- KÅVER, A. & NILSSONNE, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K. & LINDENBOIM, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.
- MARTIN, J. R. (1997). Mindfulness: A Proposed Common Factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7 (4), 291-312.
- MASLOW, ABRAHAM H. (1970). (2nd ed.). *Motivation and Personality*, (pp. 35-58; 97-104). Harper & Row, Publishers: New York, Evanston, London.
- NØRBY & MYSAK (2010). Anvendt positiv psykologi. *Psykolog Nyt*, 7, 14-20.
- POULSEN, S. (1998). Psykoterapi. In T. Koester & K. Frandsen (Eds.), *Introduktion til psykologi. Organisme. Individ. Samfund*, (pp. 487-555). Kbh: Frydenlund.
- RASMUSSEN, S. & KJELGAARD, R. (2008). Acceptance and Commitment Therapy. *PsykologNyt*, 4, 14-19.
- ROTEM, Ö. (2000). Buddhismen. In C. S. Littleton (Ed.), *Østens visdom* (pp.54-91). Kbh: Gyldendal.
- SEGAL, Z.V., TEASDALE, J. D. & WILLIAMS, M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. In S. C. Hayes V. M. Folette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance* (pp. 45-65). New York; London: The Guildford Press.
- THERA, N. (1973). [1962]. *The Heart of Buddhist Meditation* (pp.7-113). New York: Samuel Weiser.
- TONEATTO, T. (2002). A Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: Buddhist Psychology Applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72-78.
- WALLACE, B. ALAN (2006). Buddhism and Science. In P. Clayton & Z. Simpson (Eds.), *The Oxford Handbook of Religion and Science* (pp. 24-40). Oxford University Press.
- WELLS, A. & FISCHER, P. (2009). *Metacognitive Therapy*. United Kingdom: Routledge.