

Nutidig mental sundhedsfremme i et historisk Mind-Cure perspektiv

Karen Wistoft

Institut for Læring, Grønlands Universitet & Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet
kawi@teachnet.gl eller kawi@dpu.dk

Wistoft, K. (2014). Nutidig mental sundhedsfremme i et historisk Mind-Cure perspektiv. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 20, 145-170

Mental sundhedsfremme og dertil knyttede metoder er i stærk vækst i velfærdssamfundet. Mental sundhed er dog ikke et nyt fænomen. Ved begyndelsen af det tyvende århundrede fremhævede Mind-Cure-bevægelsen i USA den helbredende kraft af positive følelser og overbevisninger. William James (1842-1910) anså Mind-Cure som en amerikansk pragmatisk drejning af den tids sundhedsfremme hen imod en mere optimistisk orientering i livet, en menneskelig karakter, der kunne opøves. James var fortalere for, at der skulle gennemføres empiriske studier, der kunne afdække effekterne af praktiseringen af Mind-Cure, men kritiserede samtidig Mind-Cure for at være 'halvreligiøs' med begrænset rækkevidde. Hans hovedkritik var, at Mind-Cure kun var for en bestemt type mennesker, der evnede at organisere sindet, og at Mind-Cure afviste mentale sygdomme, lidelser og basale menneskelige konflikter, hvilket han mente var foruroligende. Artiklen tager afsæt i et sundhedspædagogisk perspektiv og i James' kritik og giver tre eksempler på nutidig mental sundhedsfremme: mindfulness, religiøs coping og lært optimisme. Herudover diskuteres det, hvorvidt Mind-Cure-traditionen fortsættes med fastholdelse af de begrænsninger, som James noterede. Konklusionen er, at nutidig mental sundhedsfremme nødvendigvis må blive konfronteret med både positive og negative realiteter og finde tilgange, der kan hjælpe

mennesker til at opretholde deres vilje til at være – selv under svære, uforanderlige eller begrænsede livsbetingelser.

Contemporary mental health in a historic Mind-Cure perspective

These days we face a whirl of mental health approaches within therapy, health promotion, and education - but this is nothing new. By the early twentieth century, the Mind-Cure movement had been emphasizing the healing power of positive emotions and beliefs. William James (1842-1902) defended the Mind-Cure through the debate around the scope of physicians' practice forward-facing the promotion of mental health. He saw the Mind-Cure as a typically American, pragmatic twist on contemporary mental health perceptions, through the religion of Healthy-Mindedness. James was an advocate of carrying out empirical studies which could bring the effects of Healthy-Mindedness to light - but also criticized the Mind-Cure movement as being quasi-religious and having limited reach. His main criticism was its general rejection of the concepts of mental illness, suffering and basic human conflict. Today, many spiritual methods or practices of positive reflection go on to continue the tradition, while also retaining the limitations noted by James. Three examples of this are mindfulness, religious coping, and conditioned or learned optimism. This article discusses how James's critique can challenge these current mental health promotion methods. The point is that illness, suffering, and mental disorder have not disappeared, but rather have intensified, and must necessarily be confronted through finding approaches that can help people maintain their willingness to be - even under severe, inalterable or restrictive living conditions.

Baggrund

Tre greb: mental sundhed, sundhedspædagogik og Mind-Cure

“Der findes ikke sundhed uden mental sundhed” (WHO, 2001). På baggrund af en verdensomspændende stigning i forekomsten af mentale forstyrrelser blandt børn, unge og voksne, placerer WHO i dag mental sundhed som fokusområde på linje med fysisk sundhed og har gennem de seneste ti år satset kraftigt på området med en lang række mentale sundhedsstrategier¹. WHO har skabt opmærksomhed omkring, at mental sundhed er af afgørende betydning for sundheden generelt, og det er ikke kun hos voksne, der fokuseres på personlige erfaringer,

tanker, følelser, ønsker, behov og adfærd (WHO, 2007). Forebyggelse af mentale forstyrrelser og fremme af mental sundhed blandt børn og unge er i dag også et vigtigt mål for WHO (WHO, 2008a, 2008b). Produktiv tilpasning og selvrealisering udgør grundstammen i det WHO-funderede perspektiv på mental sundhed. Den grundlæggende antagelse er, at mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor mennesket kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre (WHO, 2001). Der er tale om en etableret forståelse af mental sundhed i bred og positiv forstand, som tager udgangspunkt i det handlende menneske, der kan realisere sine planer.

Opmærksomheden på mental sundhed som begreb er fulgt i kølvandet på den politiske fokusering². Mental sundhed defineres enten som absolut begreb – mental sundhed i sig selv – eller som determinant eller middel til styrkelse af andre faktorer som fx alment velbefindende, helbred, immunforsvar, livskvalitet og dermed sundheden mere generelt. WHO's definition af mental sundhed er et eksempel på både det absolutte og middelbegrebet (WHO, 2005a, 2005b). Mental sundhed er her et positivt defineret begreb, som fremgår af den måde, mennesker konstruktivt møder udfordringer i sociokulturelle sammenhænge, og af den måde hvorpå de er i stand til at inkludere deres egne interesser og anliggender i det liv, de lever (WHO, 2001). I en britisk forskningsrapport, der bygger på en omfattende empirisk undersøgelse af mental sundhed blandt ældre, karakteriseres mental sundhed ved, at man: udvikler sig følelsesmæssigt, kreativt, intellektuelt og spirituelt; tager initiativ til, udvikler og bevarer gensidigt tilfredsstillende personlige relationer; ser problemer i øjnene, løser dem og lærer af dem; er tillidsfulde og sikre på sig selv; er opmærksomme på andre og føler med dem; kan være alene og nyde det; kan lege og more sig og le både af sig selv og af verden (Lee, 2006). Mental sundhed blandt børn og unge defineres eksempelvis som evnen til – aktivt og med succes – at handle ud fra positive selvbilleder og være socialt anerkendt og inkluderet i de sammenhænge, de indgår i – vel at mærke sammenhænge, der er gavnlige og fremmer deres personlige og alsidige udvikling (Paulus, 2009; Weare, 2000; Wistoft, 2010, 2012; Wistoft & Grabowski, 2010).

Sideløbende med begrebsafklaringerne, der koncentrerer sig om betydning og mening, er der dukket et væld af pædagogiske, terapeutiske (kognitive, eksistentielle, spirituelle) metoder til fremme af mental sundhed op. I sundhedsvæsenet anvender eksempelvis sygeplejersker, læger og andre behandlere i højere grad end tidligere alternative eller komplementære mentale behandlingsformer, hvor grænserne til terapi og spiritualitet flyder ud (la Cour, 2008). Samtidig er den sundhedspædagogiske forskning og praksis optaget af at udvikle nye tilgange

til fremme af skoleelevers trivsel og mentale sundhed, nye helhedsskolesyn og nye pædagogiske trivselsfremmende værktøjer (Paulus, 2009; Wyn et al., 2000). I skolen arbejdes der med elevers trivsel, selvværd og mentale sundhed, hvilket implicerer udvidede kompetencer blandt lærere, pædagoger og sundhedsplejersker (Wistoft, 2009a, 2012; Wistoft & Grabowski, 2010).

Den sundhedspædagogik, vi kender i dag, både som videnskabelig teori og fag, er opstået og udviklet gennem de sidste fyrre år som en kritik af et bestemt sundhedsparadigme (Jensen, 1997; 2000a). En stigende kritik af det traditionelle adfærdsmodificerende og moraliserende sundhedsparadigme førte for år tilbage til en række nye begreber inden for det sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske område. Som eksempler kan nævnes "Empowerment" (Tones & Tilford, 2001), "Sense of coherence" (Antonovsky, 2000), "Self efficacy" (Bandura, 1986), "Life skills" (Hopson & Skally, 1981) og "Handlekompetence" (Jensen & Schnack, 1995). Alle tog de deres udgangspunkt i det traditionelle paradigmes manglende resultater og dets tvivlsomme etiske grundlag. Centralt blev begrebet handlekompetence, som fik stor betydning for den dansk udviklede demokratiske sundhedspædagogik (Jensen & Schnack, 1995), og der blev ofte talt om en handlingsorienteret pædagogik. Sundhedspædagogikken blev i starten udviklet i tilknytning til det sundhedsfremmende arbejde med børn og unge, men inden for de senere år har sundhedspædagogikken fundet en mere generel anvendelse, der dækker mange professionelle, såsom ernæringskonsulenter, sygeplejersker, fysioterapeuter, tandlæger, tandplejere m.fl. Kritikken af det moraliserende sundhedsparadigme, med eksempelvis fokus på kost, motion, rygning og alkohol (Jensen, 2006), har også ført til en fokusering på involvering af elever i lære- og sundhedsfremmeprocesser (Jensen & Simovska, 2006) og på mental sundhed i betydningen trivsel, social anerkendelse og tro på egne evner (Wistoft, 2012).

I den etablerede sundhedspædagogik kan der indkredses tre hovedperspektiver på mental sundhed: I) WHO perspektivet med fokus på selvrealisering og produktiv tilpasning, II) Den salutogenetiske idé, der bygger på coping- og mestringsstrategier med fokus på, hvad holder folk raske og friske (godt helbred) selv under svære livsbetingelser (Antonovsky, 2000) og III) Et lyst og lykke perspektiv med fokus på menneskers motivation og potentiale i forhold til at lykkes (Haidt, 2006; Nussbaum, 1994). Disse tre perspektiver hviler alle på en grundlæggende forestilling om, at menneskets mentale sundhed kan fremmes gennem dets handlepotentialitet (Wistoft, 2011).

Ved siden af dette handlingsorienterede fokus på mental sundhed er der i den senere tid dukket flere og flere oplevelsesorienterede metoder op, der har indbyg-

get transcendentale øvelser, hovedsagligt med det formål at stimulere forholdet mellem sind og krop for eksempel: mindfulness meditation, mental eller religiøs coping, biofeedback og de såkaldte flow-tilstande. Flere af metoderne refererer til en forestilling om at 'lige tiltrækker lige' – at en positiv, ikke-dømmende, men anerkendende opmærksomhed tiltrækker det samme fra omgivelserne, så livet udvikler sig positivt. Den positive psykologi opererer eksempelvis med optimisme, der kan udvikles eller læres, hvis ikke den er der i forvejen. Omvendt betragtes pessimisme og opgaven som noget, der kan 'aflæres' eller brydes til fordel for en mere konstruktiv og personligt udviklende erkendelsesstil (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2006). Dette transcendentale eller positive tænkings-fænomen er dog ikke nyt. Ved indgangen til det tyvende århundrede beskrev Harvard professoren William James Mind-Cure som en praktisk form for mental sundhedsfremme, hvis formål det var om at opnå 'healthy-mindedness'. James samlede en række forskellige terapeutiske tilgange under navnet Mind-Cure og forholdt sig både anerkendende men også kritisk til bevægelsen, som han kaldte den og mente, at den udelukkede mennesker, der ikke evnede at organisere sindet, eller mennesker med mentale sygdomme, lidelser eller basale menneskelige konflikter (James, 2008 (1902): 89-90).

Missionen om selv at påtage sig noget godt, meditere eller fokusere positivt er også i dag implicit i mental sundhedsfremme. Artiklens formål er at holde James' forsvar og kritik af Mind-Cure op imod aktuelle eksempler på mental sundhedsfremme med fokusering på de immaterielle sider af livet, transcendens eller optimisme. Det er selvfølgelig et kritiserbart formål, idet mennesket og den amerikanske pragmatisme på den tid ikke simpelt kan sammenflettes med mennesket og metafysisk sundhed i dag. Alligevel undersøger artiklen om det, vi ser på det mentale sundhedsfremmeområde i dag, minder om Mind-Cure på James' tid, og om vi kan bruge den kritik, han rejste til en diskussion om, hvordan sundhedspædagoger, terapeuter og andre, der arbejder med mental sundhedsfremme, undgår at privilegere bestemte typer mennesker og udelukke dem, der eksempelvis ikke magter at disciplinere sig selv mentalt eller ikke finder metafysisk mening.

Artiklen giver tre nutidige empiriske eksempler på tilgange til mental sundhedsfremme, som reflekteres i forhold til det historiske Mind-Cure: mindfulness, religiøs coping og 'lært optimisme'. Eksemplerne skal ikke illustrere en aktualisering af den historiske Mind-Cure, men bruges til refleksion over nutidig mental sundhedsfremme i et Mind-Cure perspektiv. Hovedspørgsmålene er: På hvilken måde udfordrer James' oprindelige kritik af Mind-Cure-bevægelsen det nye mentale sundhedsfænomen? Hvordan kan de begrænsninger, som James fandt: a) at

Mind-Cure-bevægelsen privilegerede mennesker, der kunne praktisere mental selv kontrol, dvs. evnede at 'give slip' i styring og kontrol af tanker eller handlinger, og udelukkede de mennesker, der ikke evnede dette og b) at Mind-Cure-idealismen banede vejen for suggestion, men samtidig var en hindring for læring, give anledning til refleksion over nutidig mental sundhedspædagogik?

William James og Mind-Cure

William James (1842- 1910) var professor i psykologi og filosofi ved Harvard fra 1876 til 1907. På baggrund af sine omfattende empiriske studier af menneskers erfaringer med tro, publicerede James i 1902 værket *Varieties og Religious Experience*³, som blev banebrydende for sin tid. James interesserede sig især for menneskers sjæleliv og blev optaget af at studere en bestemt livsførelse med gennemgående positive, optimistiske livssyn, der gjorde, at man fik sindsro, kom i mental balance, blev lykkeligere og kunne bringe nye livsværdier og mental sundhed ind i livet og dermed også forhindre visse sygdomme i at opstå eller i at brede sig. James samlede forskellige terapeutiske eller trosmæssige tilgange under betegnelsen 'Mind-Cure' og beskrev det fælles for dem: et bevidst positivt regelsæt for livet udviklet gennem et system af mental hygiejne, fuldstændigt og eksklusivt komprimeret af optimisme. Pessimisme førte til svaghed og optimisme førte til styrke. Hvis menneskers tanker drejede sig om sundhed, ungdom, vitalitet og succes, så ville disse ting også manifestere sig i deres ydre (James 2008(1902)).

William James (1842- 1910) var professor i psykologi og filosofi ved Harvard fra 1876 til 1907. På baggrund af sine omfattende empiriske studier af menneskers erfaringer med tro, publicerede James i 1902 værket *Varieties og Religious Experience*, som blev banebrydende for sin tid. James interesserede sig især for menneskers sjæleliv og blev optaget af at studere en bestemt livsførelse med gennemgående positive, optimistiske livssyn, der gjorde, at man fik sindsro, kom i mental balance, blev lykkeligere og kunne bringe nye livsværdier og mental sundhed ind i livet og dermed også forhindre visse sygdomme i at opstå eller i at brede sig. James samlede forskellige terapeutiske eller trosmæssige tilgange under betegnelsen 'Mind-Cure' og beskrev det fælles for dem: et bevidst positivt regelsæt for livet udviklet gennem et system af mental hygiejne, fuldstændigt og eksklusivt komprimeret af optimisme. Pessimisme førte til svaghed og optimisme førte til styrke. Hvis menneskers tanker drejede sig om sundhed, ungdom, vitalitet og succes, så ville disse ting også manifestere sig i deres ydre (James 2008(1902)).

Der var flere forskellige doktrinære kilder til Mind-Cure. En af dem var de fire evangelier, en anden var Emersonisme eller New England Transcendentalisme, en tredje var Berkeleyansk idealisme, en fjerde var spiritisme med dets budskaber om 'love', 'fremskridt' og 'udvikling', en femte var den på den tid optimistiske populærvidenskab evolutionisme, og endelig bidrog også hinduismen (James, 2008(1902): 70). Det mest karakteristiske træk ved Mind-Cure bevægelsen var dog en mere direkte inspiration af den virkningsfuldhed, som mod, håb og tillid og en korrelerende foragt for tvivl, frygt, bekymring og alle nervøst betingede forholdsregler kunne have. Mind-curerens overbevisninger blev overordnet set bekræftet af de praktiske erfaringer og oplevelser, som kom til at udgøre en mængde, der ifølge James imponerede i omfang. Blinde blev seende, gangbesværede helbredt så de kunne gå, livslange invalide blev kureret – eksemplerne på virkningsfuldheden var talrige (James, 2008(1902): 72).

Ifølge James havde den tids mind-curers ihærdige bestræbelser på at leve et positivt liv en regenererende betydning for både krop og sind. Frygt derimod var sammen med alle begrænsende og egoistiske tankemåder vejen til fysisk og mental ødelæggelse (James, 2008 (1902): 79). James iagttog Mind-Cure som en halvreligiøs bevægelse med nogle tilsyneladende virkningsfulde effekter og beskrev malende, hvordan Mind-Cure principperne var begyndt at gennemtrænge luften, så deres budskaber kunne opfanges vidt og bredt (James, 2008 (1902): 71). James beskrev, hvordan man hørte om 'afslapningens evangelium', om 'don't worry'-bevægelsen, om folk, der gentog for sig selv om morgenen: "ungdom, sundhed, livskraft" som deres motto for dagen, og om hvordan klager over vejret var i færd med at blive forbudt i mange hjem, og flere og flere mennesker var begyndt at indse det negative i at tale om ubehagelige følelser eller at gøre et stort nummer ud af almindelige småproblemer og stød, som livet giver. James var særdeles kritisk over for den ordflom, som eksisterede i en hel del af Mind-Cure litteraturen og mente, at nogle var så forblændede af optimisme og så svævende, at "*et akademisk trænet intellekt fandt det næsten umuligt overhovedet at læse det*" (James, 2008 (1902): 73).

Mind-curerens metoder samlede James under tre overskrifter: a) suggestion, b) give slip og c) sætte ind i det ubevidste. Han mente, at metoderne i overvejende grad var suggestive og havde kraftfulde idéer, der så at sige 'kom til det enkelte menneske' – som kraften i en åbenbaring – og var særdeles effektive over for overbevisning og opførsel. Her så James en lighed til religion og betegnede Mind-Cure med dets 'evangelium' om Healthy-Mindedness (i betydningen et sundhedsfremmende sind) som en åbenbaring for mange af de mennesker, som den kristne kirke

ikke havde kunnet hjælpe (James, 2008 (1902): 83). Den anden overskrift handlede om at give slip i styring og kontrol med livet, hvilket også opfattedes som noget, der kunne opøves, og som den praktiske vej til det tredje tema: at sætte sig ind i det ubevidste. Råd og systematiske øvelser i afslapning, koncentration og meditation banede vejen for at nå derind. Mind-curerne udviklede teknikker til at forme det ubevidstes indvirkning på det bevidste liv og helbred. De fandt guddommelige kræfter i det ubevidste. Forestillingen var, at menneskets mentale ubevidste reservoirer indeholdt forskellige kræfter, der kunne udnyttes. For James opstod tro i ubevidstheden, og kun gennem tro kunne det, der er mere eller højere end mennesket, erkendes (James, 2008 (1902): 400-404).

Mens James sympatisk forsvarede Mind-Cure bevægelsens praktiske sundhedsfremmeresultater, advarede han samtidig imod bevægelsens fornægtelse af livets 'skyggesider'- eksempelvis oplevelse af nederlag, lidelse samt sociale- og følelsesmæssige konflikter. Mind-Cure var for ham at se begrænset på to måder. For det første var der tale om en bestemt type mennesker, der kunne praktisere Mind-Cure nemlig dem, der evnede at organisere sindet, træne koncentration og styre tanker og følelser, således at de kunne blive samlet som en enhed mod den ønskede idealtilstand – med andre ord mennesker, der kunne praktisere mental selvkontrol. Således mente James, at Mind-Cure kun var for nogle mennesker og derfor mangelfuld og ufuldkommen. Han forudså, at der ville være store grupper i befolkningen, der ikke under nogen omstændigheder kunne blive påvirket af Mind-Cure's ideer. For det andet anerkendte mind-curerne ikke behovet for den mentale rejse og erfaring, som deprimerede, melankolske eller syge må foretage for at opnå bedring. Kritikken gik på, at idealismen banede vejen for suggestion, men den var samtidig en hindring for læring.

Den form for selvtilfredshed, der lå i at afslå at anerkende det dårlige eller onde i livet, kunne kun blive en midlertidig løsning, som i sidste ende var dømt til fiasko, mente James og påpegede de skader, man kunne gøre ved at pålægge mentalt syge den optimistiske Mind-Cure. Ifølge Wood beskrev James også, hvor nyttesløst, ja ligefrem grusomt det kunne være at bede en dybt deprimeret person om at juble og vende sig bort fra de problemer, der undertrykte ham/hende (Wood, 1893: 289). Dermed åbnede James for nye metafysiske læringsspørgsmål: Det måtte anerkendes, at der i menneskers liv fandtes lidelse, uforklarlige tab, sorg, sygdomme og så videre – lige så vel som gode situationer. Det mente James rent faktisk kunne overvælde mind-curerne, der efter hans mening ikke havde en passende respons på den komplekse virkelighed. James anså således Mind-Cure for at være en værdifuld praktisk tilgang til mental og fysisk sundhed, men også ufuldstændig, for

mange mennesker var alt andet end Healthy-Minded. Problemet var, at man i praksis afviste snarere end konfronterede mentale sundhedsproblemer. James mente, at man med opmærksomhed over for smerte, frygt og hjælpeløshed kunne åbne for læring og en dybere indsigt i sundhed, det vil sige sindets, troens og hjælpeløshedens helbredende virkning (James, 2008 (1902): 400-404).

Nutidig mental sundhedsfremme og transcendens

Metafysisk mental sundhed og positive, optimistiske læringsstile strømmer tilsyneladende også ind over os i dag med talrige praktiske tilgange og metoder. Jeg vil her give tre nutidige empiriske eksempler, som efterfølgende diskuteres i forhold til den historiske Mind-Cure. Det første eksempel er mindfulness, som har vundet indpas i såvel stressterapi som i sundhedspædagogiske sammenhænge. Det andet eksempel er religiøs coping, som er hentet fra forskning i tro og helbred med studier af menneskers potentiale i forhold til at bruge deres tro positivt i svære livssammenhænge. Det tredje eksempel er hentet fra den såkaldte positive psykologi, hvor man er optaget af optimistiske erkendelses-, lærings- og forklaringsstile ud fra en fokusering på, hvad der kan holde folk fri for dårlige tanker. Disse tre eksempler er valgt ud fra deres aktualitetsværdi på området for mental sundhedsfremme, og fordi de repræsenterer tre forskellige tilgange til mental sundhed: en meditativ, en religiøs og en pædagogisk psykologisk. Eksemplerne skal ikke illustrere en aktualisering af den historiske Mind-Cure, men illustrere nutidig mental sundhedsfremme, der føres videre i en diskussion af mental sundhedspædagogik i lyset af James' Mind-Cure kritik.

Mindfulness

Det første eksempel er mindfulness, som har vundet stor popularitet og fået megen opmærksomhed gennem de senere år både i religiøse og sekulariserede samfund eksempelvis i form af kursustilbud inden for erhvervslivet, tilbud om terapeutisk intervention eller mere alment som meditationsmetode. Interessen for at anvende mindfulness og mindfulness-inspirerede metoder inden for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling er ligeledes vokset eksplosivt. Mindfulness ses her primært som svar på, hvordan man kan dyrke en holdning til for eksempel sygdom og dermed acceptere eller anerkende den, så man bliver mindre mentalt belastet (Hölzel et al., 2011). Det sundhedspædagogiske spektrum spænder vidt og

inkluderer både kognitive, spirituelle, fænomenologiske og eksistentielle metoder i forhold til at lære at være mindful (Wistoft, 2011).

Mindfulness bygger på en bevidst ikke-dømmende livsopfattelse med anerkende nærvær. Mindfulness har en metafysisk side, der trækker på buddhistisk filosofi og en praksisside med meditation og andre øvelser. De følgende citater illustrerer nogle af de bærende mindfulness-principper:

“Der er ingen mentale processer i forbindelse med viden og forståelse, som ikke involverer mindfulness” Kommentar til Satipatthana Sutta (Thera, 1965: 194)

“Mindfulness betyder at være opmærksom på en særlig måde: med vilje, i nuet og uden at dømme” (Kabat-Zinn, 1994: 4)

“Mindfulness minder os om, hvad det er meningen, at vi skal gøre; den ser tingene, som de virkelig er; og den ser alle fænomeners sande natur” (Gunaratana, 1992: 156)

“I mindfulness betragter mediatoren metodisk de rene kendsgerninger i sine erfaringer og ser hver hændelse, som om den skete for første gang” (Goleman, 1988: 20)

“Mindfulness vil sige at holde sin bevidsthed levende over for den aktuelle virkelighed” (Hanh, 1991: 11)

“Mindfulness er accepterende opmærksomhed på oplevelser i nuet” (Germer, 2005: 7)

En mindful opfattelse af omverdenen er forbundet med accept og en ikke-dømmende holdning, som de ovenstående citater også bekræfter. Den særlige følelsesmæssige kvalitet ved mindfulness er for nogle helt neutral, det vil sige fordomsfri med en efterfølgende oplevelse af sindsro; for andre er den tæt forbundet med særlige positive følelser, der knytter sig til kærlighed eller venlighed (Thera, 1994).

Oprindeligt var mindfulness-meditation en central buddhistisk meditationsform, men i dag er mindfulness introduceret i den vestlige verden i både buddhistiske og ikke-buddhistiske udformninger (Hölzel et al., 2011). Mindfulness har et spirituelt indhold, men er ikke en religion. Koblingen til videnskab og forskning har hovedsageligt været forsøgt gennem effektstudier med det formål at få forskellige metoder, der bygger på mindfulness, anerkendt som relevante og dokumenterede tilgange til behandling af mentale lidelser som for eksempel stress, angst,

depression med videre. Også somatiske sygdomme som for eksempel kræft, psoriasis, allergi og lidelser i mave-tarmsystemet har det vist sig, at mindfulness kan lindre (Mace, 2006, 2008). Mindfulness er dog ikke en kur, der lindrer sygdom i sig selv, men en dyrkning af en holdning til noget, for eksempel hvordan vi forholder os til sygdom og 'stresser' mindre i forhold til den - altså mindre stress-aktivering. Studier viser, at patienter i stigende grad forholder sig mere konstruktivt til deres diagnose eller problem gennem mindfulness-accept (Hölzel et al., 2011).

Den medicinske professor Jon Kabat-Zinn⁴ har gennem en årrække udviklet teori- og praksis-komplekset Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) på baggrund af effektstudier af mindfulness i forhold til stress og andre mentale belastninger (Kabat-Zinn, 1990, 2003, 2005). MBSR sigter via mental træning mod at opnå en tilstand af mindfulness, det vil sige, at man får øget opmærksom på sine følelser og tanker og lærer at opfatte dem som udtryk for mentale begivenheder snarere end som udtryk for, hvordan man selv er. Målet er, at man får mulighed for at 'træde et skridt tilbage' og iagttage situationer, der udløser følelser og tanker frem for at identificere sig med dem. MBSR regnes for stressnedsættende, fordi man undgår at blive 'fanget' af negative følelser eller deprimerende tanker (Grünenberg et al. 2009). Der foreligger i dag en del forskning, som gennem kliniske forsøg har dokumenteret evidensen af MBSR. Foruden Kabat-Zinns egne studier (Kabat-Zinn, 2003; Miller et al., 1995) kan nævnes Grossman et al. (2004) for review af 64 empiriske studier af mindfulness. Også i dansk sammenhæng har et nyere sociologisk studie gennem kvalitative metoder indkredset og analyseret nogle individuelle og samfundsmæssige forudsætninger for brug af MBSR (Grünenberg et al. 2009).

Mindful opmærksomhed er for Kabat-Zinn styret og fokuseret gennem bevidst handling (Kabat-Zinn, 1990, 2005), mens andre karakteriserer mindfulness som en bred, altomfattende og modtagende opmærksomhed i modsætning til den indskrænkning af opmærksomheden, som er en følge af koncentration (Goleman, 1988; Speeth, 1982). Særligt for buddhistisk inspirerede undervisere er det vigtigt, at mindfulness er ordløs; umiddelbarheden ved mindful opmærksomhed er en følge af, at den er prækonceptuel og virker, før oplevelserne bliver rubriceret gennem tænkning (Thera, 1994: 80-1). Vestlige undervisere kæder ofte mindfulness sammen med at være til stede i nuet, hvilket er en fortolkning uden egentligt side-stykke i de kanoniske buddhistiske tekster, der vægter erindring som det vigtigste aspekt ved mindfulness (Mace, 2008).

Ifølge Hölzel et al. er mindfulness ikke et personlighedstræk, men en form for mental selvbeherskelse, hvor man evner at 'give slip' i styring og kontrol af tanker eller handlinger, hvilket kan ses i lighed med det, James beskrev som metoderne

i Mind-Cure. Mindfulness forsøger ikke at ændre kendsgerningerne, men snarere reaktionerne på dem med et 'instinkt', der muliggør kloge valg. Dermed rammes mindfulness ikke af James' kritik af den 'halvreligiøse' optimisme. Hvor Mind-Cure-bevægelsen på James tid byggede på særlige normer om at tænke positivt og være så optimistisk, at det kunne ændre kendsgerningerne (i menneskers bevidsthed), knytter nutidig mindfulness sig til at lære at være i livet med instinktivt nærvær, der betyder, at man ikke behøver at lade sig rive med af fordomme eller følelser. Sociologisk set handler det om accept i sociale sammenhænge (Grünenberg et.al 2009). Mindfulness bygger på en forestilling om, at reaktiv opmærksomhed eller handlingsorientering indskrænker den sande opmærksomhed og dybere bevidsthed. Efterhånden som folks normale handlingsorienterede måder at rette deres opmærksomhed på bliver mindre, opstår der en følelse af, hvordan tingene virkelig er, hvilket gør det muligt at træffe andre valg (Mace, 2008). Resultatet er autenticitet kendetegnet af oplevelsen af at være bragt tilbage til sin kerne, som ellers kan være tabt i et hektisk hverdagsliv (Kabat-Zinn, 1994, 2005).

Ifølge psykoterapeuten Chris Mace (2008) er det lettere for nogle mennesker end for andre at opnå mindfulness, og Mace beskriver en særlig *evne*, der kan stimuleres gennem praktiske øvelser. Men disse øvelser er ikke nogen garanti for succes, og Mace påpeger, at der er talrige eksempler på, at mennesker, der stræber efter mindfulness, først og fremmest har fået imødekommet ønsker om at blive bedre til at håndtere stres og pressede situationer, hvilket netop er det MBSR ofte bruges til. Men det er ikke ensbetydende med, at man er blevet mindful. Her bliver James' kritik af de 'privilegerede' (forstået som dem, der har særlige evner til at praktisere mental selvbeherskelse) relevant. Det er ikke alle, der har disse evner. Nogle evner kun at håndtere stress men ikke at blive mindful.

Tro og helbred – religiøs coping

Det andet eksempel på nutidig mental selvbeherskelse eller selvregulering er religiøs coping, som kan defineres, som den rolle tro eller religion spiller, når mennesker møder krise eller sygdom.

Religionsforsker og klinisk psykolog Peter la Cour beskriver den positive religiøse coping som kendetegnet ved et sikkert forhold til Gud (som det enkelte menneske forstår sin Gud); spirituel eller åndelig forbundethed med andre; positive religiøse vurderinger af ellers negative oplevelser eller begivenheder; søgen efter åndelig støtte hos Gud (defineret som en højere magt); spirituel eller religiøs motivering for at hjælpe andre; samt evne til selvransagelse og motivation for tilgivelse

(la Cour, 2010). Religiøs coping handler om de tanke- og handlemuligheder, som et religiøst liv tilbyder i form af trøst, støtte, nærvær, optimisme og erkendelse af en 'højere' mening – selv i svære livssituationer.

Mennesker verden over har til alle tider, gennem kriser som for eksempel tab, sorg eller alvorlig sygdom, oplevet at kunne hente støtte gennem deres tro. Internationale og nu også danske forskningsresultater viser en sammenhæng mellem helbred og meningskonstruktion- det være sig gennem eksistentiel orientering, spiritualitet eller religiøs overbevisning (la Cour & Hvidt, 2010). Et dansk studie har vist, at patienter med forskellige diagnoser angiver at tænke mere på mening frem for formål med livet og at være mere religiøst aktive i forbindelse med deres sygdom end ellers (Ausker et al., 2008). Endvidere viser studiet, at eksistentielle og religiøse tanker har stor betydning, giver håb og mental styrke for mennesker, der er i krise. Forskning i tro og på helbredsområdet viser, at mange – især psykiatriske patienter (Fallot, 2001) – har et behov for at tale om tro (Hvidt & Johansen, 2008; la Cour, 2008; la Cour et al., 2006b).

James beskrev også *viljen til at tro* (James, 1956(1897)) og *det sunde troende sind* ud fra sine empiriske studier (James, 2008 (1902)) og mente, at der dengang skete en udbygning af såvel behandlingssystemet som den mentale sundhedsfremme med nyåbnede døre for tro og religiøsitet. James var især optaget af at studere, hvordan tro kunne forebygge sygdomme og lindre eksempelvis angst, smerte og sorg, og hans omfattende empiriske studier af den menneskelige erfaring med tro blev banebrydende, idet de blandt andet viste signifikante sammenhænge mellem tro og helbred.

Teolog, lektor Niels Christian Hvidt har gennem en årrække forsket i tro, profeter og miraklers betydning for menneskers mestring af lidelse (Hvidt & Johansen, 2008). Han fremhæver, at tro kan betyde: 1) oplevelse af øget velvære, livskvalitet og lykke, 2) nedsat sygdomsrisiko, 3) øget livslængde, 4) bedring af helbredet og 5) bedre mestring af sygdom. Hvidt opererer yderligere med håbets betydning for helbredet (håbet om et under). Troens betydning for mestring af lidelse kan fortolkes psykologisk som en form for *coping*, det vil sige en måde, hvorpå den enkelte mestrer at håndtere, reducere eller tolerere stress eller krise typisk afstedkommet af sygdom.

Religiøs coping vandt for alvor indpas i den kognitive psykologi i 1960'erne (Lazarus, 1966) og religionspsykologien i 1990'erne (Ganzevoort, 1998; Pargament, 1997; Pargament et al., 1988), men fænomenet har ikke desto mindre i dag fået en central plads i forskningen, der beskæftiger sig med tro og helbred i sekulære kulturer som det danske samfund (la Cour et al., 2006b). Forskningen på området

er uløseligt knyttet til psykologen Kenneth Pargament, der med bogen *The Psychology of Religious Coping* (1997) satte en teoretisk milepæl og siden har lavet en lang række effektundersøgelser, der har bidraget til at kvalificere teorien om religiøs coping yderligere (Pargament, 1997; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 2001). Pargament skelner mellem positiv religiøs og negativ religiøs coping. Effekten af den religiøse coping er afhængig af, hvor godt religionen er integreret i personligheden. God religiøs coping består således af fire elementer: a) en religion, der er en del af en social kontekst, b) de religiøse mål og midler hænger sammen, c) der gives religiøse svar på problemer og d) tro, praksis og betydning (mening) hænger sammen. Omvendt er dårlig religiøs coping kendetegnet ved: a) en religion, der ikke støtter menneskets netværk, b) de religiøse midler (for eksempel bøn og meditation) står ikke mål med situationen, c) de religiøse svar passer ikke til problemerne og d) tro, praksis og betydning (mening) er fragmenterede størrelser (Pargament, 1997).

Begrebet positiv religiøs coping knytter sig især til de sammenhænge, hvor Gud opfattes som handlende – ikke straffende – Gud gør noget (godt) for mennesket. Den negative religiøse coping er kendetegnet ved et fragmenteret religiøst liv, hvor den religiøse orientering er spændingsfyldt med usammenhængende religiøse anfægtelser; dæmoniske religiøse fortolkninger og opfattelser af, at negative hændelser er Guds straf; samt vrede mod Gud, kirke (præster) og andre nøglepersoner i det religiøse samfund (la Cour, 2008; 2010). Ifølge la Cour har lidelse i de fleste store religioner en positiv rolle – i forhold til personlig udvikling og udvikling af livsvisdom. I religionen kan den enkelte finde en forstærket mening med livet, der gør det lettere at acceptere besværlighederne i livet.

Religionen er et struktureret trossystem, der giver mulighed for større social kontakt og støtte (la Cour, 2010). Negativ religiøs coping er, hvis mennesker opfatter deres sygdomme eller ulykker som Guds straf med tilhørende lav selvagtelse og selvbebrejdelser i forhold til netop at være udsat for denne straf. De spekulerer fx på, hvad det er, de har gjort forkert for at modtage denne straf, og de tvivler på, om Gud er kærlig. Negativ religiøs coping er i denne forståelse den ypperste form for magtesløshed – den syge eller ulykkelige kan intet selv gøre, og spekulationerne kan forværre helbredet. Patienter, der helt eller delvist føler, at sygdommen er en straf fra Gud, eller at Gud har forladt dem, har ikke så god en rehabilitering og så godt et fysik helbred som patienter, der 'coper' positivt, og de har en dårligere selvoplevet livskvalitet (Ausker et al., 2008; la Cour, 2008).

En af la Cours centrale pointer er, at de amerikanske copingteorier ikke umiddelbart kan overføres til sekulariserede samfund. I Sverige er der eksempelvis

lavet et studie af svenske kræftpatienters religiøse coping ud fra den ovenfor beskrevne skabelon om religiøse copingformer, hvor det har vist sig at være næsten umuligt at benytte de amerikanske kategorier. De svenske kræftpatienter opfattede ikke sig selv som religiøse, snarere som spirituelle eller "bare søgende", og de fandt trøst og lindring ved fx at gå lange ture i naturen og holde fast i ting, der symboliserede deres forhold til livet (Ahmadi, 2006). I en undersøgelse af danske hospitalspatienters tanker er det derimod fundet, at både det religiøse, det spirituelle og det eksistentielle faktisk betyder noget for patienterne under deres hospitalsindlæggelse (Ausker et al., 2008; la Cour, 2008). Denne danske undersøgelse har givet svar på spørgsmålet om, hvilken rolle det spiller for patienter, at tro eller at kunne finde en højere mening i et liv, hvor der tilsyneladende ikke er nogen mening, hvis de skal klare sig gennem deres sygdomsforløb. Undersøgelsen er foretaget blandt 480 patienter fra 31 sengeafsnit på Rigshospitalet (2008) og viser, at de danske patienter har religiøse eller eksistentielle tanker, som intensiveres under deres sygdom og hospitalsindlæggelse. Forskerne konkluderer, at patienterne forøger deres religiøse coping under disse omstændigheder og dermed er i stand til at finde nye livsværdier (Ausker et al., 2008). Særligt patienternes eksistentielle orientering, såsom at tænke mere over meningen og formålet med livet, intensiveres. Resultatet af undersøgelsen er, at mere end halvdelen af patienterne angiver at være blevet mere religiøse under deres sygdom og hospitalsindlæggelse i form af en højere grad af tro og et større behov for bøn eller meditation. Det konkluderes dermed, at både eksistentielle og religiøse spørgsmål får en større betydning under sygdom end ellers, og at en væsentlig del af patienterne har behov for støtte i form af samtaler om disse emner under deres indlæggelse (Ausker et al., 2008). Hvordan dette bidrager til artiklens overordnede argument om positive strømninger i sundhedspædagogikken er måske ikke umiddelbart indlysende og kræver lidt mere forklaring.

Religiøs coping har givet anledning til refleksion over forholdet mellem tro og intervention. Hvidt beskriver tre forskellige patienters coping- eller mestringsstrategier (Hvidt & Johansen, 2008): I) Når Gud opfattes som *medlidende* – med mulighed for transformation, hvilket vil sige, at sygdom bliver væsentlig for troen, II) Når Gud opfattes som *handlende* – som fremmer en given intervention, idet sygdom bliver en udfordring og III) Når Gud opfattes som *dommer* – med fare for resignation, psykisk konflikt eller depression, hvor sygdom (i værste fald) opfattes som Guds straf. Hvidt og la Cour foreslår, at sundhedsvæsenet geares til at opspore patienters Gudsopfattelse for dermed at kunne bringe deres religiøse værdier og ressourcer i spil og eventuelt facilitere kontakt til de 'sunde' trosmiljøer, der har

positiv indflydelse på patienternes helbred og sundhed (la Cour, 2008; la Cour et al., 2006a; la Cour & Hvidt, 2010).

Teoridannelsen omkring religiøs coping og de ovenfor beskrevne danske og svenske undersøgelser viser, at religion, spiritualitet og eksistenstænkning under sygdom og krise har betydning for opbygning af en mental robusthed, der især kan virke positivt ind på måden at imødekomme sygdom eller personlig krise på. Coping strategierne benyttes ifølge undersøgelserne af de mennesker, der har en tro, som de kan bruge positivt. Som ovenfor beskrevet er dette historisk set heller ikke nyt, idet James' *Viljen til at tro* (James, 1956(1897)) og *Det sunde troende sind* (James, 2008 (1902)) viste tilsvarende resultater med hensyn til sammenhængen mellem tro og helbred – som også Mind-Cure-ideologien søgte at bevise. Den religiøse eller eksistentielle coping er her et eksempel på en sådan udbygning, som dog også medtænker negativsiden: hvad der i værste fald kan ske, hvis sygdom eller ulykke opfattes som Guds straf.

Positiv psykologi

Det tredje eksempel på aktuel Mind-Cure er 'lært optimisme', som er et centralt fænomen i positiv psykologi. Gennem de senere år har anvendt positiv psykologi bredt sig eksplosivt i såvel erhvervslivet, uddannelsessystemet og på sundhedsområdet. Positiv psykologi stræber efter at skabe et sprog, der omfatter og beskriver det positive⁵. Betegnelser som 'subjektivt velvære', 'det behagelige liv', 'det gode liv' og 'det meningsfulde liv' etc. går igen i både forskning og praksis. Et andet centralt fænomen er *flow* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) – en tilstand, hvor man er engageret og udfordret på en sådan måde, at oplevelsen af tid og sted ophæves. Det behøver dog ikke være positivt, men flow appellerer til anerkendende pædagogiske tilgange, til arbejdsglæde og følelsesmæssigt overskud, til at være i nuet og bidrager til selvrealisering og mental sundhed. Kernen i den positive psykologi er trivsel og glæde, frem for negative følelser og håndteringen af disse.

Positiv psykologi er *pædagogisk* psykologi i den forstand, at den reflekterer noget, der kan læres. Eksempelvis at opnå større energi, gejst og entusiasme trods svære betingelser, at være bevidst om sine styrker og bringe dem mere i spil i hverdagen, at sprede glæde og bidrage til gode samarbejdsrelationer samt at præstere "mere optimalt" over en længere periode. Det positive relaterer sig til: emotionelle tilstande, karaktertræk, engagement, relationer til andre mennesker, meningsfulde fællesskaber og optimal menneskelig funktion (Seligman & Csik-

zentsmhalyi, 2000; Seligman, 2006). Alt sammen det praktiske fundament for trivsel og gode præstationer. Pointen er, at de kan læres. Om det lykkes afhænger af, hvor god man er til at skabe positivitet følelsesmæssigt og socialt.

Forskere inden for feltet forsøger typisk at arbejde deskriptivt snarere end præskriptivt og bestræber sig på ikke at moralisere omkring det positive. Derimod er det forskernes intention at undersøge, hvordan livet gøres mere meningsfuldt og rigere ved at komplimentere den almindelige psykologis fokus på behandling af psykisk sygdom (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2006). Praktikerne på området er som regel optagede af at opnå resultater og at udvikle metoder til at vende pessimisme til optimisme og lære deres målgruppe at tænke positivt for at opleve lykke, succes, gode sociale relationer og fornyet engagement på arbejdet eller for børns og unges vedkommende i skolen eller fritidslivet (Ørsted et al, 2012).

Den amerikanske psykolog Martin E. P. Seligman anses som stifter af den positive psykologi⁶. Gennem enkle teknikker beskriver han, hvordan man kan bryde en jeg-giver-op-vane, udvikle en mere konstruktiv forklaringsstil til at fortolke sin adfærd og erfare fordelene ved en mere positiv interiør/indre dialog. Disse færdigheder kan bidrage til at bryde med depression, øge menneskets immunsystem, bedre udviklingen af dets mentale potentiale og gøre det gladere (Seligman, 2006). Håb udgør hos Seligman en form for bæredygtighed i livet, modsat håbløshed eller hjælpeløshed, som kan tage livet fra os (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2006). Det spirituelle (håbet) indvirker på det emotionelle (følelser). For Seligman har måden, mennesket går til livet på, og som det tænker på, afgørende betydning i forhold til sundhed og sygdom. Han trækker på eksisterende evidens for, at psykologiske behandlinger – især de optimistisk funderede – kan fremme sundhed, et godt helbred og forlænge livet, og Seligman har fire forklaringer herpå. Håb og den optimistiske forklaringsstil er noget tillært, ligesom hjælpeløshed og pessimisme er. Den første forklaring går ud på, at pessimisme ikke blot påvirker menneskers adfærd, men passiverer eller udtømmer også immunsystemet og forringer menneskers sundhed på kort og lang sigt. Omvendt modvirker optimistisk livsførelse og tankevirksomhed hjælpeløshed og er således også med til at styrke immunforsvaret. For Seligman er hjerne og immunsystem forbundet (Seligman, 2006).

For det andet handler det om, hvordan mennesker bruger sundhedssystemet og tager medicinske råd og behandlingstilbud til sig. Pessimister, som tror, at sygdom er noget permanent, uforanderligt og måske også noget personligt, har ifølge Seligman tendens til ikke at tiltro egne evner i forhold til at gøre noget ved det.

Optimister derimod, som virkelig tager sager i egen hånd, er sandsynligvis også mere klar til at handle, forebygge og blive behandlet, når der forekommer sygdom.

Den tredje forklaring på, at optimisme fremmer sundhed, hænger sammen med antallet af dårlige livsbegivenheder, som det enkelte menneske har haft. Forholdet er omvendt proportionalt: jo flere dårlige begivenheder en person har samlet sammen gennem en bestemt periode i sit liv, des større risiko for at blive syg eller fastholde sygdom. Seligman refererer til statistisk evidens på dette felt og bruger et eksempel med en kvinde, der er blevet fyret og skilt i samme periode, som får gentagne infektioner grundet nedsat immunforsvar og et eksempel med en ældre mand, der mister sin hustru gennem mange år, og som så efterfølgende selv dør, selv om han ikke havde erkendte sygdomstegn.

Endelig er den fjerde forklaring på, at optimister har bedre helbred, social support eller fællesskab. Evnen til at etablere dybe venskaber og indgå i kærlige relationer med andre mennesker ser ifølge Seligman også ud til at være vigtig for helbredet. Det, at have mindst én fortrolig ven, man kan ringe til (selv midt om natten), fører til bedre helbred end slet ingen venner at have. Social isolation fører til højere risiko for sygdom, især tilbagevenden af sygdomme eller lidelser, som dermed aldrig helt forsvinder. Pessimister bliver lettere passive, når der opstår vanskeligheder, og de tager sjældent initiativ til at få støtte fra omgivelserne, hvilket giver grund til at antage, at en optimistisk forklaringsstil sandsynligvis producerer godt helbred (Seligman, 2006: 172-174). Dårlige livsbegivenheder kombineret med en pessimistisk forklaringsstil fører til depression, som fører til immunsuppression, som fører til sygdom (Seligman, 2006: 182).

Hvis dette positiv-eksempel betragtes i lyset af den del af James' oprindelige kritik, der gik på, at Mind-Cure kun var for nogle typer mennesker, kan den positive psykologi måske kritiseres for at privilegere mennesker, for hvem det falder nemt at være optimist. Lært optimisme bygger på effekt-tænkning og omvendt/modsat-strategier. Sundhed, trivsel og gode præstationer hænger sammen i en slags lykkekompleks, og meget kan løses, hvis man kommer i flow og tænker positivt (Ørsted et al., 2012). Med James kan det diskuteres, om der er risiko for at udelukke de mennesker, der i forvejen er 'ramte', og om man derved risikerer at producere mere ulykke. Disse spørgsmål skal nu diskuteres mere indgående.

Diskussion

Oplevelse, tro, positive tanker og selvrealisering er centrale elementer i den nye 'mentalsundhedsfremmebølge'. Jeg har her forsøgt at belyse 'det nye' gennem de tre empiriske eksempler med afsæt i William James' beskrivelse af Mind-Cure-bevægelsen. Spørgsmålet er selvfølgelig også, hvad det er, der sker i dag? Mental sundhed har tilsyneladende sat sig radikalt igennem på såvel den praktiske som den politiske arena – nærmest som et mentalt boom, hvilket selvfølgelig ikke kan forklares med tilbageblikket på den amerikanske Mind-Cure-bevægelse. En mulig forklaring kan være postmaterialisme, der rækker ud efter ikke-økonomiske værdier og immaterielle sider af livet (Thomsen, 2010). Den amerikanske politiske sociolog Ronald Ingelhart's (1997) teori om postmaterialisme beskriver borgeres tilbøjelighed til at tillægge ikke-økonomiske goder større vægt end økonomiske. Postmaterialismen er ifølge Ingelhart en ny politisk kultur, der afføder nye immaterielle adfærdsmønstre (Ingelhart, 1997). Postmaterialistisk teori forklarer den markante interesse for livskvalitet og selvregulering, der har udviklet sig igennem de seneste årtier. En postmaterialist lægger eksempelvis vægt på miljø, sundhed, livskvalitet, ytringsfrihed, medbestemmelse, det vil sige demokratiske og kvalitetsbetonede værdier, hvilket kan forklare en metafysisk sundhedsøkonomi, hvor sundhed ikke som tidligere er organiseret gennem service, men gennem oplevelse (Andersen, 2004).

De tre eksempler fra den nye mentalsundhedsfremmebølge indeholder hver især metafysiske elementer og en stærk fokusering på livskvalitet og selvregulering. Både mindfulness og positiv psykologi trækker begge på forestillingen om, at "tanker er kræfter", og "lige tiltrækker lige". Tanker er menneskets allierede og møder andre tanker med samme karakteristika i omverdenen og i det metafysiske univers. Ifølge Mace møder mennesket via sin sande opmærksomhed (mindfulness) eller positive, optimistiske livsførsel 'forstærkning' andre steder fra og kan dermed realisere mål og ønsker (Mace, 2008). Eksemplet med religiøs eller eksistentiel coping illustrerer, at det er muligt at få de himmelske kræfter over på menneskers side ved at åbne sindet for deres indflydelse (Cour, 2008).

Som beskrevet præsenterede James den amerikanske Mind-Cure med en lignende tanke-filosofi: de styrende kræfter i naturen kunne blive personlige, tanker var kræfter, og universets kræfter ville svare i forhold til individuelle behov og præferencer. James beskrev, hvordan troen på at universet eller en højere magt kunne tage sig af mennesket, og på mange måder bedre end det selv, og hvis man på ægte vis 'gav slip' og indvilligede i at bruge de metoder, der var udviklet,

ville virkningerne blive bekræftet i praksis (James, 2008(1902)). Sådanne forestillinger, der bygger på individualiserede og metafysiske styrker, ser altså ud til at være dukket op igen. De tre eksempler, jeg har valgt ud, illustrerer hver især et spillerum for transcendentale og suggestive oplevelser. Specielt mindfulness demonstrerer, at en form for regeneration gennem afslapning og ved at give slip, er opnåelig for personer, som ellers ingen religiøs overbevisning har. Det handler om at give sig selv en pause ... og søge indad til den sande virkelighed, der er større end én selv. Mindfulness er som beskrevet ikke koncentration, men kan forklares som et instinkt, der fremmer kloge valg (Hölzel, 2011) og guider, beskytter og leder mennesket (Thera, 1994). Religiøs coping viser, at kraften i personlig tro og entusiasme og fremfor alt Guds kraft, altid er den vigtigste tankevækkende kraft i den form for succes (Pargament et al., 1988). Positiv psykologi samler resultaterne af den kombinerede optimisme og glade forventning om det regenerative fænomen, som følger af at være i flow (Seligman, 2006). Dette kan ses i lighed med Mind-Cure-bevægelsens slogan: "Du er sund og rask, hvis blot du tror det" (James, 1956(1897)).

Processen i mindfulness, potentialet i tro og idealerne i den positive psykolog udgør tilsyneladende en "praktisk sandhed", som tilgangene – hver på deres måde – insisterer på. Som en konsekvens heraf bliver tanker centrerede omkring det ideelle resultat. Evnen til at organisere sindet förstærkes af instinktet, troen eller optimismen. Mennesker kan lære at håndtere tanker og følelser, således at de kan blive samlet som en enhed mod det ønskede eller som en dybere sandhed eller et håb. Det kan diskuteres, om den stærke optimismefokusering i den positive psykologi risikerer at negligere 'livets skyggesider'. Vi ser i dag, at sociale og psykiske problemer, mentale forstyrrelser, sygdom og lidelse tilsyneladende ikke er forsvundet med mentale sundhedsfremmebølgen – heller ikke blandt mennesker med 'gode' eller positive livsfølelser. En del af den kritik af Mind-Cure, som James frembød, handlede netop om mind-curernes begrænsninger i kraft af deres positive holdninger, følelser og overbevisninger i forhold til sygdom og lidelse, og James pointerede vigtigheden i at være opmærksom på bevægelsens begrænsninger. Samme kritik kan ikke rejses overfor mindfulness, der som beskrevet ikke ser bort fra 'livet skyggesider', men accepterer tingene, som de er, på godt og ondt. Desuden er mindfulness snarere en sindstilstand fremfor et personlighedstræk. Religiøs coping rummer også en form for accept af den magtesløshed, der kan følge med problemer eller lidelser, hvilket James i øvrigt også beskrev, at troen gjorde. Spørgsmålet er her, om det er accepten – ikke afvisningen eller den kritiske holdning – der fremmer den mentale sundhed?

Den anden del af James kritik, der drejede sig om det privilegerende element, rammer til dels de nutidige bekræftede praksisser. Hvad gør man med mennesker, der er mentalt syge eller sårbare og samtidig for langt fra det metafysiske og derfor ikke kan 'cope' med det? Og hvordan lærer man ængstelige og ulykkelige mennesker den optimistiske livsførelse? Mennesker, som ville blive betegnet pessimistiske på James tid, ville sikkert ikke få samme betegnelse i dag. Alligevel vil jeg tillade mig at stille spørgsmålet, hvordan man undgår at tabe disse mennesker eller stemple dem som nervøse, stressede, svage med videre.

Disse empiriske spørgsmål kan åbne for nogle mere grundlæggende erkendelsesteoretiske refleksioner over den indledningsvist beskrevne sundhedspædagogik med de tre hovedperspektiver på mental sundhed: I) WHO perspektivet med fokus på selvrealisering og produktiv tilpasning, II) Den salutogenetiske idé med fokus på, hvad der holder folk raske og friske selv under svære livsbetingelser (Antonovsky, 2000) og III) Lyst og lykkeperspektivet med fokus på menneskers motivation og potentiale i forhold til at lykkes (Haidt, 2006; Nussbaum, 1994). Som beskrevet hviler disse tre hovedperspektiver på en grundlæggende forestilling om, at menneskets mentale sundhed kan fremmes gennem dets handlepotentialitet. Vi har imidlertid set, hvordan både transcendentale og suggestive oplevelser kan påvirke menneskers mentale sundhed i en positiv retning. Dette kan i erkendelsesteoretisk forstand beskrives som a) en intenderet påvirkning/læring ud fra en bevidst hensigt eller b) en transformeret påvirkning/læring, der kommer til udtryk gennem selve oplevelsen, uden det nødvendigvis er erkendt af mennesket selv (Wistoft, 2009b). Påvirkningen – om den er intenderet eller transformeret – har betydning for måden at lære at leve et mentalt sundt liv på. En sundhedspædagogisk problemstilling kan imidlertid anskueliggøres, hvis påvirkningen betragtes som 'naturligt transformerende', hvorfor der ikke skelnes mellem intention og transformation. Med andre ord hvis de 'mentale sundhedsfremmeværdier' sættes op som naturlige præferencer for alle mennesker uden refleksion over de ovenfor beskrevne inklusions- og eksklusionskriterier.

Konklusion

Artiklen griber tilbage i historien for at undersøge 'det nye' i 'mentalsundhedsbølgen', der dels bryder med den etablerede handlingsorienterede sundhedspædagogik og dels skinner igennem i en lang række metoder og aktiviteter på sundhedsområdet. Den peger blandt andet på, at såkaldte selvrealiseringsteknikker

ikke nødvendigvis er opstået med en øget individorientering, således som det ofte skitseres i litteraturen, men kan spores tilbage i tiden. Det mest karakteristiske træk ved den amerikanske Mind-Cure bevægelse i begyndelsen af det tyvende århundrede var ifølge William James den meget direkte inspiration og intuitive tiltro til den almægtige kraft i 'healthy-minded' attituder. Virkningen bestod ifølge James af mod, håb og tillid og en korrelerende foragt for tvivl, frygt, bekymring eller nervøst betingede forholdsregler, som det enkelte menneske kunne tage på basis af disse følelser. I dag giver forskellige former for selvrealisering, som vist gennem artiklens tre empiriske eksempler, mennesker oplevelsen af sindsro, selvbeherskelse og glæde og forebygger også visse former for sygdom. Eksemplerne med mindfulness, religiøs coping og lært optimisme (positiv psykologi) viser, at det accepterende nærvær, erfaringerne med tro eller en positiv forklaringsstil er vigtige værktøjer i 'det gode liv'. De begrænsninger, som James noterede, rammer især den positive psykologi, som forudsætter enten ubetinget optimistisk forklaringsstil og mental selv-disciplinering, hvilket ikke alle kan indstille sig på. Med James' kritik konfronteres de værdier, som kan betegnes 'Mind-Cure-værdier'. Set fra et pædagogisk videnskabeligt perspektiv er der behov for udvikling af alternative eller supplerende tilgange til de optimistiske eller trosrettede metoder, det vil sige tilgange, der eksempelvis kan hjælpe magtesløse, lidende eller kronisk syge til at opretholde deres vilje til at lære at være i livet, selv under svære livsbetingelser. Med andre ord en mental sundhedspædagogik, der rummer refleksion over inklusions- og eksklusionskriterier, læring og den magtesløshed, der også er forbundet med at leve med eller uden sygdom, sorg, lidelse eller ulykke. Udfordringen er først og fremmest at undgå at privilegere de mennesker, der kan organisere sindet eller 'cope' med tro, eksistens eller positiv livsførelse og udelade dem, der ikke kan. Endvidere er det en udfordring at undgå at ende i overfladiskhed og reduktionisme, der set i et pædagogisk perspektiv kun kan forventes at skabe en umiddelbar lykkefølelse og et øjeblikks forandring.

Noter

- 1 Se fx EU Kommissionens Grønbog (2005): Forbedring af befolkningens mentale sundhed. På vej mod en strategi for mental sundhed i Den Europæiske Union; EU Kommissionens Hvidbog (2007): Together for Health; A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013; EU Parlamentets forslag til mental sundhedsfremmende initiativer (2009). Og i WHO-regi: WHO (2001): Mental Health: New Understanding, New Hope; WHO (2005): Mental Health Declaration for Europe; WHO (2005): Mental health: facing the chal-

- lenges, building solutions; WHO (2004): Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options; WHO – Europe (2008): Policies and practices for mental health in Europe meeting the challenges.
- 2 Se fx Sundhedsstyrelsen (2008): Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter.
 - 3 Bogen blev allerede i 1905 oversat til dansk af E. Lehmann og C. Mønster, med forord af Harald Høffding og titlen: Religiøse erfaringer – en undersøgelse af menneskets natur.
 - 4 Jon Kabat-Zinn er professor i medicin emeritus og stiftende direktør for Stress Reduction Clinic og Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, og Samfund på University of Massachusetts Medical School . Kabat-Zinn var en studerende af Zen Master Seung Sahn og et stiftende medlem af Cambridge Zen Center. Hans praksis af yoga og undersøgelser med buddhistiske lærere førte ham til at integrere deres lære med vestlig videnskab.
 - 5 Positiv psykologi forveksles ind imellem med positiv tænkning, der er en populærvidenskabelig retning indenfor NLP, New Age, selvledelse og -udvikling
 - 6 Da Seligman i 1998 blev valgt som formand for det amerikanske psykologiske selskab (APA), proklamerede han i sin åbningstale, at årelang fokusering på det syge sind havde betydet, at der var blevet viet alt for lidt opmærksomhed på det sunde og på studier af, hvad der gør livet værd at leve. Seligman, trækker i dag på mere end 30 års klinisk forskning, hvormed han viser, hvordan optimismen forbedrer livskvaliteten, og hvordan man kan lære at praktisere den (Seligman, 2006).

Referencer

- Ahmadi, F. (2006). *Culture, Religion and Spirituality in Coping*. PhD Thesis, Uppsala: Uppsala University.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ausker, N., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H. & Pedersen, L.M. (2008). Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. I: *Ugeskrift for læger*, 2008; 170(21): 1828.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Inc. A Pearson Education Company Upper Saddle River.
- Fallot, R. D. (2001). Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 110-116
- Ganzevoort, R. R. (1998). Religious coping reconsidered, Part one: An integrated approach. *Journal of Psychology and Theology*, 26(3), 260-275
- Germer, G. (2005). Teaching Mindfulness in Therapy. In G. Germer, R. Siegal & P. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 1-27). New York: Guilford.
- Goleman, D. (1988). *The Meditative Mind*. New York: Putnam.
- Grünenberg, K., Walker, H. K. & Knudsen, J. S. (2009). Mindfulness meditation: mellem autencitet og effektivisering *Dansk Sociologi*, 20(2), 89-109
- Gunaratana, H. (1992). *Mindfulness in Plain English*. Boston, MA: Wisdom Publications.
- Haidt, J. (2006). *The Happiness Hypothesis*. London: Heinemann.
- Hanh, T. N. (1991). *The Miracle of Mindfulness*. London: Rider.

- Hvidt, N. C., & Johansen, C. (2008). *Kan tro flytte bjerge? Om religion og helbred*. København: Gyldendal.
- Hopson, B. & Skally, M. (1981). *Life skills teaching*. McGraw-Hill, London.
- Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z, Vago, D.R. & Ott, U. (2011). How does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6(6), 537-559
- Ingelhart, R. (1997). *Modernization and Postmodernization*. Princeton: Princeton University Press.
- James, W. (1906). *Religiøse erfaringer, en undersøgelse af den menneskelige natur* (Vol. 1). København: Jespersen og Pio.
- James, W. (1956(1897)). *The Will to Believe and Other Essays on Popular Philosophy*. New York: Dover.
- James, W. (2008 (1902)). *The varieties of religious experience. Centenary edition. A study in human nature* London and New York Routledge
- Jensen, B. B. (2006). Sundhedsfremme i et dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv. In K. Akselsen & B. Koch (Eds.), *Sundhed, udvikling og læring. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed* (s. 56-76). Værløse: Billesø & Baltzer Forlagene.
- Jensen, B.B. & Schnack, K. (1995). Handlekompetence som pædagogisk udfordring. *Nordisk Pædagogik*, nr. 4, s. 209-216.
- Jensen, B. B., & Simovska, V. (2006). Involving students in learning and health promoting processes: clarifying »why?«, »what?« and »how?«. *Journal of Health Promotion and Education*, 150-156
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body an Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. London: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-171
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York Hyperion.
- la Cour, P. (2008). Existential and religious issues when admitted to hospital in a secular society: Patterns of change. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(8), 769-782
- la Cour, P. (2010). *Religiøs coping*. Etniske minoriteter i sygeplejen. Upubliceret paper
- la Cour, P., Avlund, K., & Schultz-Larsen, K. (2006). Religion and survival in secular region. A twenty year follow-up of 734 danish adults born in 1934. *Social Science and Medicine*, 62(1), 157-164
- la Cour, P., & Hvidt, N. C. (2010). Research on meaning making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science and Medicine*, 2010(71), 1292-1299
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lee, M. (2006). *Promoting Mental Health and Wellbeing in later Life*. London: Mental Health Foundation and Age Concern.
- Mace, C. (2006). Long-term impacts of mindfulness on psychological wellbeing: new findings from qualitative researc. . In A. delle Fave (Ed.), *Dimensions of Well-Being* (pp. 255-269). Milan: Franco Angeli.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health. Therapy, Theory and Science*. London and New York: Routledge.

- Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200
- Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire: Theory and Practice in Hellenistic Ethics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York, London: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem solving preces; Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-124
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881-1885.
- Paulus, P. (1994). *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Paulus, P. (2009). Mental health - backbone of the soul. *Health Education*, 109(4), 289-298.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, Millennial Edition*, 55(1), 5-14
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism. How to change your mind and your life* (Vol. 319). New York: Vintage Books
- Speeth, K. (1982). On psychotherapeutic attention. *Journal of Transpersonal Psychology*, 141-160
- Thera, N. (1965). *The Heart of Buddhist Meditation*. York Beach, ME: Weiser.
- Thera, N. (1994). The Power of Mindfulness. In N. Thera (Ed.), *The Vision of Dhamma* (2), 69-116. Kandy: Buddhist Publication Society.
- Thomsen, F. J. P. (2010). *Politologi. En introduktion* (Vol. 1). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health Promotion – effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes Ltd. Cheltenham.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional, and social health. A whole school approach*. London: Routledge.
- WHO. (2001). Mental Health: new understanding, new hope. World Health Report 2001. In W. H. Organisation (Ed.). Geneva.
- WHO. (2005a). Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2005b). Mental Health: facing the challenges, building solutions: reprot from the WHO European Ministerial Conference. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2007). Mental Health - strengthening mental health promotion.: World Health Organisation.
- WHO. (2008a). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2008b). Social cohesion for mental well-being among adolescents. In W. H. Organisation (Ed.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wood, H. (1893). *Ideal Suggestion through Mental Photography*. Boston: Lea & Shepard.
- Wistoft, K. (2007). *Kvalificering til sundhedspædagogisk værdiafklaring*. Ph.d.-afhandling. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.

- Wistoft, K. (2009a). Pedagogical competence and value clarification among health educators. *IUHPE - Global Health Promotion*, 16(3), 24-34.
- Wistoft, K. (2009b). Sundhedspædagogik, viden og værdier. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wistoft, K. (2010). Health strategies and reservoirs of knowledge. Among adolescents in Denmark. *IUHPE - Global Health Promotion*, 17(2), 16-24.
- Wistoft, K. (2011). Mindfulness og mental sundhed. *Psyke & Logos*, 2011(32), 146-169
- Wistoft, K. (2012). *Trivsel og selvværd. Mental sundhed i skolen.* . København: Hans Reitzels Forlag.
- Wistoft, K., & Grabowski, D. (2010). Mental sundhed i skolen. Evidensbaseret grundlag for fremme af børns mentale sundhed. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.
- Wistoft, K., & Nordentoft, H. M. J. (2011). Value reflected health education. *Nordic Studies in Education*, 31, 1-13
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601.
- Ørsted A. F., Mørck, L.L., Nissen P.E. & Christensen, G (2012). Den positive psykologis metoder: Forskning, assessment, test, udviklingsarbejde og intervention. København: Dans Psykologisk Forlag