

**Håkon Kagnes**

## **Oppmerksomt nærvær som terapeutisk holdning**

**Teoretiske og empiriske perspektiver**



**NTNU våren 2013**

*"A sine qua non for effective therapy outcome is a proper therapeutic relationship"*

(Yalom, 1998, S. 25)

# Innholdsfortegnelse

Sammenheng .....	3
1.0 Innledning.....	4
2.0 Den terapeutiske relasjonen .....	6
2.1 Arbeidsalliansen .....	8
2.2 Psykodynamisk perspektiv på den terapeutiske relasjonen .....	10
3.0 Den terapeutiske holdningen .....	12
3.1 Analytisk rom.....	13
3.2 Terapi som korrektiv emosjonell opplevelse .....	15
3.3 Terapeutisk tilstedeværelse .....	16
3.4 Forforståelse.....	20
4.0 Oppmerksomt nærvær som terapeutisk holdning.....	22
4.1 Buddhistisk psykologi .....	23
4.2 Oppmerksomt nærvær.....	26
4.3 Definisjoner av Oppmerksomt nærvær.....	30
4.4 Oppmerksomt nærvær i psykoterapi .....	33
5.0 Oppmerksomt nærvær og empati.....	36
5.1 Empati.....	37
5.2 Tilstrekkelig og adekvat empati.....	40
5.3 Oppmerksomt nærvær og holdningsvekst.....	41
5.4 COAL .....	45
5.5 Oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse.....	46
6.0 Forskning på Oppmerksomt nærvær .....	48
6.1 Nevrologiske funn.....	49
6.2 Terapeuter og Oppmerksomt nærvær .....	54
7.0 Konklusjon .....	58
8.0 Referanseliste .....	62

## Sammendrag

Denne oppgaven fokuserer på hvordan Oppmerksomt nærvær kan fremme relasjonskompetansen til terapeuter. Innenfor flere terapeutiske retninger har det foregått en utvikling, hvor det realistiske møtet mellom pasient og terapeut har fått opphøyet verdi. Terapiforskningen komplementerer dette synet med funn som bekrefter relasjonens betydning for effekt av psykologisk behandling, hvor terapeutens relasjonskompetanse er avgjørende. Dette fører til spørsmålet om hvilket utgangspunkt som er best for terapeuten i opprettelse og opprettholdelse av en god terapeutisk relasjon. Dette utgangspunktet, som her innebærer terapeutens intensjoner, holdninger og verdier i samhandling med andre, omtales i denne oppgaven som *terapeutisk holdning*. Den terapeutiske holdningen foreslås å kunne fremmes av *Oppmerksomt nærvær*, som både i klassisk Buddhistisk psykologi og moderne, vestlig psykologi, blir forstått som en metode for å etablere et indre mentalt rom, hvor utøveren får økt kjennskap og forståelse om seg selv. Et mulig møtepunkt mellom relasjonens betydning i terapi og Oppmerksomt nærvær, foreslås å være begrepet empati. Empatibegrepet blir belyst i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv, hvor terapeuten opplever pasienten gjennom seg selv, en form for selvmedfølelse. I dette perspektivet kan Oppmerksomt nærvær øke terapeutens relasjonskompetanse gjennom dets potensiale for selvutvikling. Dette underbygges med en gjennomgang av nevrologisk forskning på effekten av Oppmerksomt nærvær, samt inkludert studier på terapeuter. Det konkluderes med at Oppmerksomt nærvær kan ha en positiv effekt i utviklingen av relasjonskompetansen til terapeuter, med behov for større empirisk støtte.

## 1.0 Innledning

Denne oppgaven tar utgangspunkt i funn fra psykoterapiforskning som fremhever effekten av den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og pasient (Lambert & Simon, 2008) og den historiske utviklingen av teorimodellene til ulike behandlingsretninger, som også har lagt betydelig vekt på denne relasjonen og terapeutens tilstedeværelse (Aron, 1996; Bugental, 1987). Når det viser seg at noen terapeuter er mer effektive enn andre i å skape positive endringer hos pasientene sine (Lambert & Ogles, 2004) blir det ikke bare viktig hvorvidt terapeuten benytter seg av teknikker og behandlingsmanualer, men også hvem terapeuten er som person.

Røknes og Hanssen (2002) deler helsepersonells yrkeskompetanse inn i to like store og gjensidige deler: handlingskompetanse og relasjonskompetanse. Handlingskompetansen omhandler fagpersonens kunnskap og instrumentelle ferdigheter, mens relasjonskompetansen omhandler fagpersonens relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og etiske refleksjoner. Som terapeut må man forholde seg til pasienten både som objekt og subjekt; pasienten er både en kropp og et medmenneske med egne opplevelser, følelser, ønsker og vilje. En dyktig terapeut må balansere og flette sammen disse to arbeidsperspektivene til en helhet, slik at han eller hun kan samhandle like mye som å handle med pasienten. I denne oppgaven velger jeg å fokusere på relasjonskompetansen fremfor handlingskompetansen. Nærmere bestemt vil fokuset være på terapeutens holdning til seg selv og pasienten, i dannelsen og opprettholdelsen av en god terapeutisk relasjon.

I denne sammenhengen presenteres *Oppmerksomt nærvær* som et verktøy for å utvikle relasjonskompetansen til terapeuten. Oppmerksomt nærvær er et moderne og vestlig begrep, men er sterkt inspirert av gammel Buddhistisk metodikk for å trene oppmerksomheten på en systematisk måte. Den vanligste definisjonen man finner i moderne litteratur kommer fra

Kabat-Zinn (1994), hvor Oppmerksomt nærvær omtales som: ”paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgementally” (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). Dette er derfor både en type oppmerksomhet og holdning i ett, hvor oppmerksomheten rettes mot det nåværende øyeblikket, og hvor tanker, følelser og andre fornemmelser som oppstår blir møtt med både bekreftelse og aksept. Gevinsten ligger i dette nye perspektivet på de mentale hendelser som oppstår i øyeblikket. Utgangspunktet for denne tilstanden er formelle øvelser, oftest referert til som meditasjon, men hovedintensjonen er å overføre holdningen til hverdagen (Gunaratana, 2002). Dette begrepet, og verktøyene som finnes for å kultivere denne type oppmerksomhet, har fått en sentral plass i mange evidensbaserte, psykologiske behandlingsmanualer (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991), men lite fokus har blitt lagt på hvordan denne oppmerksomhetstreningen kan benyttes for å kultivere en terapeutisk holdning, som kan øke terapeutens relasjonskompetanse.

I denne oppgaven presenteres Oppmerksomt nærvær som en metode hvor terapeuten både kan få økt tilgang til seg selv som person, økt kjennskap til seg selv som terapeut, og sine evner til å skape gode relasjoner med pasientene. På samme måte som formelle meditasjonsøvelser i Oppmerksomt nærvær for pasienter skal overføres til hverdagslige og uformelle situasjoner, presenteres og diskuteres i denne oppgaven terapeutens potensielle gevinster på å oppnå denne tilstanden i det relasjonelle møtet med pasientene sine. Slik musikeren stemmer sine instrumenter før enhver opptreden, kan det være at terapeuten ikke har noe å tape på å stemme seg selv før møtet med pasienten.

For å underbygge betydningen relasjonskompetansen i terapi, vil jeg først gjennomgå viktige funn og konklusjoner fra psykoterapiforskningen i del 2. I del 3 følger en gjennomgang av hvilket fokus som er blitt tildelt terapeutens grunnholdning, tilstedeværelse og oppmerksomhet i møte med pasienten gjennom psykoterapiens historie. Jeg presenterer så

i del 4 Oppmerksomt nærvær som et alternativ til disse tidligere foreslåtte faktorene for dannelsen og opprettholdelsen av en terapeutisk relasjon. I del 5 presenteres empatibegrepet i perspektiv av oppmerksomt nærvær. I del 6 fremstilles forskning på kultiveringen av denne type oppmerksomhet. Del 7 sammenfatter og konkluderer oppgaven.

## 2.0 Den terapeutiske relasjonen

Etter at man kunne konkludere med at psykologiske-, pedagogiske- og atferdsrettede behandlinger generelt hadde positiv effekt på pasienter (Lipsey & Wilson, 1993), ble det en stor interesse for komparative studier for å undersøke effektiviteten til de ulike terapimetodene (Aveline, Strauss & Stiles, 2005). Resultatene fra disse studiene viser at til tross for en bred variasjon av terapimetoder, har de overraskende likestilt positiv effekt. Dette oppsummeres ofte som Dodo-dommen: ”*Everybody has won, and all must have prizes*” (Carroll, 1946, s. 28; originaltekst utgitt 1865, kursiv i original; omtalt i Aveline, Strauss & Stiles, 2005). Dette er selvsagt en unyansert forenkling. Det foreligger også studier som viser at noen terapiformer er bedre enn andre for gitte problemstillinger, som for eksempel eksponeringsterapi mot angstlidelser (Emmelkamp, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

En følge av Dodo-dommen har vært et økt fokus på fellesfaktorer i psykoterapi, hvilket postulerer at det er de grunnleggende likhetene mellom de ulike terapimetodene som er de såkalte kurative ingrediensene (Lambert & Ogles, 2004; Karasu, 1986; Grencavage & Norcross, 1990). Lambert og Ogles (2004) deler fellesfaktorene inn i tre kategorier: a) Støttefaktorer, som inkluderer katarsis, terapeutisk allianse, terapeutens varme, respekt og empati; b) lærefaktorer, som inkluderer innsikt og korrektiv emosjonell opplevelse; c) handlingsfaktorer, som mestring, realitetstesting og atferdsregulering. Fellesfaktorene er noe

de mener er sentrale hos alle de ulike terapiretningene, selv om de respektivt benytter seg av ulike modeller for å beskrive sine endringsfaktorer.

Det er hevdet at fellesfaktorer har en større betydning for utfall i psykoterapi enn spesifikke, teoribaserte teknikker. Et eksempel på dette er Lamberts estimat av ulike faktorerers betydning for effekt av terapi: Den største faktoren som er relatert til terapiutfall er på 40 %, og omhandler faktorer ved pasienten som alder, kjønn, tidligere historie, sosial støtte og andre ekstraterapeutiske variabler (Lambert, 1992, 2004). 15 % av variasjonen for endring tilfaller pasientens forventninger og placeboeffekten, og ytterligere 15 % tilfaller spesifikke teknikker unike for hver behandlingsmodell. De gjenstående 30 % tilfaller fellesfaktorer man finner i de fleste modellene, og det er derfor mulig at disse faktorene har mer å si for utfallet av terapi enn de spesifikke teknikkene (Lambert & Ogles, 2004). Blant de fellesfaktorene som etter hvert har fått en veldokumentert plass, er kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient (Lambert & Simon, 2008).

Den humanistiske tradisjonen påpekte tidlig hvilke faktorer som må ligge til grunn for suksessfull terapi, gjennom Rogers (1957) framheving av de nødvendige og tilstrekkelige betingelsene: ektehet, ubetinget positiv anerkjennelse og presis empati. Terapirelasjoner som er karakterisert av disse faktorene hos terapeuten viser seg å være mest gunstig (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Lorr (1965) fikk 523 pasienter til å beskrive terapeutene sine, og en faktoranalyse av responsene identifiserte fem hovedbegreper: forståelsesfull, aksepterende, autoritær, uavhengig-oppmuntrende og kritisk-fiendtlig. Pasientenes skåring av terapeutens forståelse og aksept korrelerte høyest med bedringer. Lafferty, Beutler og Crago (1991) viste at de mindre effektive studentterapeutene hadde et lavere nivå av empatisk forståelse, som rapportert av pasienten. Miller, Taylor og West (1980) målte pasienters skåring av terapeutens empati ved oppfølgingsintervju, som viste seg å korrelere signifikant med pasientresultatet, selv innen teknikkorienterte behandlinger. Lambert og Ogles (2004)



skriver oppsummerende at noen terapeuter viser seg å være mer effektive og skape større positiv endring hos sine pasienter enn andre terapeuter. Pasientene karakteriserer disse terapeutene som mer forståelsesfulle og aksepterende, empatiske, varme og støttende. Disse terapeutene inngår også sjeldnere i negative handlinger som bebreidelse, ignorering, likegyldighet, avvisning eller pågående med teknikker når pasienten viser motstand (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Ryum, 2012).

## **2.1 Arbeidsalliansen**

I moderne psykoterapiforskning er Bordins konseptualisering av arbeidsalliansen (1979, omtalt i Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008) kjent for å være en av de mest integrerende og velbrukte modellene for opprettelsen og opprettholdelsen av terapeutisk samarbeid (Safran, Crocker, McMains & Murray, 1990). I hans modell består arbeidsalliansen mellom terapeut og pasient av tre gjensidig avhengige terapeutiske komponenter: emosjonelt bånd, oppgaver og mål (Safran et al., 1990). Med emosjonelt bånd menes den menneskelige relasjonen som etableres mellom terapeut og pasient, som innebærer kvaliteter som varme, gjensidig tillit og fortrolighet, hvilket oppmuntrer til samarbeid. Mål handler om hvilke forventninger pasienten har av samarbeidet som opprettes, og oppgaver er hvilke midler terapeut og pasient blir enige om å benytte seg av for å oppnå målene (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008).

Disse tre faktorene i arbeidsalliansen påvirker hverandre i terapiforløpet. For eksempel vil det emosjonelle båndet påvirke hvor godt man samarbeider i utførelsen av oppgavene, eller i avgjørelsen av hvilke mål man mener er ønskelig og oppnåelig. Modellen er en av de første til å inkludere pasientens aktive medbestemmelse i alliansedannelsen og terapiprosessen, samtidig som dens relevans er generell for alle typer psykoterapi (Safran et

al., 1990). Det er dokumentert at arbeidsalliansen er moderat forbundet med effekten av psykologisk behandling, og at det er pasientens opplevelse, og ikke terapeutens, som viser best prediksjonverdi, uavhengig av type behandling (Martin, Garske & Davis, 2000; Norcross, 2002; Hovarth, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Det ser dessuten ut til at alliansen kan være helende i seg selv ved behandling av depresjon, men ikke i like stor grad ved angstlidelser; man kan konkludere med at alliansen er nødvendig, om ikke tilstrekkelig, i all psykologisk behandling (Ryum, Stiles, Vogell, 2009).

At alliansen fremstilles som et produkt som både terapeut og pasient aktivt og egalitært bidrar til, utelukker ikke at den iverksettes og holdes ved like av den som står ansvarlig for det terapeutiske arbeidet: terapeuten. Det finnes forskning som viser at variabler ved pasienten bidrar signifikant til opprettelsen av alliansen, for eksempel tilknytningsstil og objektrelasjoner (Goldman & Anderson, 2007), men det er også blitt et større fokus på terapeutens personlige bidrag i dette arbeidet. Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers og Schauenburgs (2008) studie av 50 terapeuter og 2554 pasienter viste for eksempel at terapeutene stod for 33 % av variasjonen knyttet til kvaliteten på alliansen. En norsk studie (Hersoug, Høglend, Monsen & Havik, 2001) fant at erfaring, profesjonell opplæring, profesjonelle ferdigheter og progresjon som terapeut ikke hadde en signifikant påvirkning på pasientenes opplevelse av alliansen, mens personlige variabler viste seg å ha en moderat påvirkning. Terapeuter med en dominant og aktiv involverende stil var sterkere forbundet med alliansen enn en nøytral holdning.

Det ser derfor ut til at terapeutkvaliteter bidrar betydelig til opprettelsen og opprettholdelsen av den terapeutiske relasjonen, og terapeuten har en overordnet og ansvarlig rolle for terapiutfall. Dette bør bevisstgjøre og ansvarliggjøre terapeuter i deres utvikling som behandlere, hvor fokuset ikke kun skal ligge på å erverve seg et arsenal med teknikker, men også et introspektivt arbeid med seg selv for å få økt kunnskap og erfaring med hvordan man

som person bidrar til relasjonsdannelsen i det terapeutiske rom. I et slikt perspektiv spiller det ingen rolle om relasjonen er nødvendig eller tilstrekkelig, for terapien vil alltid være et møte mellom mennesker, hvor ingen handler i et vakuum, men ut ifra en relasjon og holdningene den etableres på (Safran & Muran, 2000). Jeg vil derfor videre i teksten velge å fokusere på terapeutens relasjonskompetanse fremfor fagkompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006), og mer bestemt den terapeutiske holdningen terapeuten har med seg i arbeidet med å opprette emosjonelle bånd med pasientene sine.

## **2.2 Psykodynamisk perspektiv på den terapeutiske relasjonen**

For å gi et bredt bilde av relasjonens betydning i psykologisk behandling presenteres det i denne delen av oppgaven et psykodynamisk og psykoanalytisk perspektiv i fokuset på den terapeutiske relasjonen. Historien til psykoanalysen går parallelt med den økte kunnskapen om det relasjonelle arbeidet i terapi, og komplementerer de ovenfor nevnte funnene med et annet språk og bilder av hvordan dette arbeidet utøves.

Den klassiske psykoanalytiske skolen har et stort fokus på relasjonen mellom analytiker og pasient, og begreper som overføring, motoverføring og motstand ble ansett som grunnleggende i de analytiske og dynamiske terapiretningene (Gabbard, 2005). Perspektivet disse skolene hadde på relasjonen og de kurative faktorene i analysen, var preget av den viktorianske og positivistiske tradisjonen, som hadde styrket naturvitenskapelige retninger som biologi og medisin (Teigen, 2004). Terapeuten skulle derfor ifølge Freud forholde seg til abstinensregelen, hvor behandlingen skulle gjennomføres uten å tilfredsstille pasientens ønsker og behov som kommer frem under overføringen. Det var derfor et fravær av aktivt arbeid med den affektive relasjonen, siden dette ble sett på som manifestasjoner og

epifenomener av underliggende konflikter som først og fremst skulle tolkes, og ikke tilfredsstilles (Killingmo, 2001). I tråd med dette ble terapeutens motoverføring sett på som et tegn på konflikter hos terapeuten, som måtte bearbeides i egenbehandling og ikke bringes opp som tema i møte med pasienten (Safran & Muran, 2000). Aron (1996) påpeker hvordan psykoanalytiske retninger har vokst fra denne én-persons psykologien, og divergert seg med et økt fokus på den realistiske relasjonen mellom terapeut og pasient, som omtales som to-persons psykologi. Arbeidet til Sullivan (1953) kan sees på som en motvekt til Freud, siden han i størst grad vektla observerbare interpersonlige faktorer i sin teori om å være deltagende observatør. Objektrelasjonsteori (St. Clair, 2004) har flere teoretikere som på hver sin måte belyser både interne og eksterne faktorer i relasjoner, og er mulig den mest dominerende teoretiske modellen innen nåtidens psykoanalytiske terapi (Gabbard, 2005). Selvpsykologien (Lessem, 2005), med Kohut som foregangsperson, beskriver hvordan terapeutens empati både som observasjonsmetode og prosess er fundamental for å øke pasientens selvopplevelse.

Greenberg og Mitchell (1983) velger å dele psykoanalysen inn i to konkurrerende perspektiver: Freuds klassiske driftsmodell og den relasjonelle modellen. Relasjonsteori konseptualiseres som en eklektisk teori forankret i teoriene som anser mennesket som grunnleggende relasjonssøkende, hvor både eksterne, interne og forestilte relasjoner er sentrale (Aron, 1996; Binder, Nielsen, Vøllestad, Hølgersen & Schanche, 2006). Killingmo (2001) påpeker også hvordan affektene, som blir utløst i terapien, har kommet i fokus i denne nye bølgen. Mitchell (1997) påpeker at en ny teoretisk model fører til nye terapeutiske holdninger:

”The kind of participation required of the analyst is a complex blend of listening; silently responding; giving oneself over to the explicit and subtle interactional gambits offered by the patient; observing the impact on the patient of one’s own ideas and emotional commitments; and giving oneself over to a range of states of mind that allow a broad array of one’s own feelings and imaginings, past and present, fantastic and realistic, to come alive” (Mitchell, 1997, s. xii).

Her er det tydelig at oppmerksomheten skal rettes både mot pasienten, terapeuten selv, og begge to som en unik bevegelig enhet.

Denne historiske holdningsutviklingen viser at den realistiske relasjonen som oppstår i møteøyeblikket mellom terapeut og pasient, har fått en opphøyet verdi; terapeutens subjektive og realistiske deltagelse i den terapeutiske relasjonen blir fremhevet.

### **3.0 Den terapeutiske holdningen**

Dette økte fokuset på relasjonen i terapirommet, som inkluderer terapeuten som aktiv bidragsyter, har naturligvis ført til økt fokus på hvordan terapeuten skal utvikle seg som behandler og bidra på best mulig måte, slik at det som foregår i relasjonen skal gi pasienten best mulig effekt av terapien. Spørsmålet blir derfor hvilket utgangspunkt som er best for terapeuten, i det han eller hun skal opprette og opprettholde en positiv terapeutisk relasjon. Hvilke terapeutiske holdninger er blitt foreslått for å kultivere relasjonskompetanse?

For å tydeliggjøre hva jeg mener med terapeutisk holdning velger jeg å bruke et begrep fra Bugental (1999), som beskriver terapeutens personlige utgangspunkt, lytteperspektiv og stillingtaken som *pou sto*: "... a place from which to exert power, a place to ground one's work, a base of operations. It needs to be solid, well founded" (s. 85). En terapeuts *pou sto* er ikke en statisk tilstand, og er verken ønskelig eller terapeutisk hvis han eller hun forholder seg til den på en rigid måte. Forskjellige terapeuter vil ha forskjellig innhold i sin *pou sto*, men for at den skal være optimal må man være den bevisst. Utgangspunktet for dette er god selvinnsikt, som innebærer både personlige og faglige prosesser. Dette handler derfor om å gjøre seg selv kjent med bestanddelene i sin livsverden,

som i en terapeutisk sammenheng inkluderer terapeutens intensjoner, holdninger og verdier i samhandlinger med andre. I denne oppgaven velger jeg å omtale dette som *terapeutisk holdning*. Den kommende gjennomgangen av teori nedenfor vil også belyse hva dette begrepet innebærer ved å vise til begreper som analytisk rom, korrektiv emosjonell opplevelse, terapeutisk tilstedeværelse og forforståelse.

### 3.1 Analytisk rom

Freud (1912, omtalt i Safran & Muran, 2000) foreslo at analytikeren skulle lytte til sine pasienter med *evenly hovering attention*: ”making no effort to concentrate the attention on anything in particular, and maintaining in regard to all that one hears the same measure of calm, quiet attentiveness” (s. 111). Hvis terapeuten først velger fra materialet til pasienten, mener han at dette vil være et resultat av våre forventninger. Man kan da stå i fare for ikke å finne annet enn det vi allerede vet, eller vil skal være der. Den observasjonelle holdningen som Freud påpeker, blir ikke etterfulgt av instruksjoner for hvordan den skal læres eller kultiveres frem. Den blir presentert i kontekst til en-personspsykologi, og har derfor behov for revidering i lys av det moderne relasjonsperspektivet (Safran & Muran, 2000). Som denne teksten skal vise, var Freud inne på noe som moderne teorier og praksiser skulle videreutvikle, hvor terapeutens oppmerksomhet blir stadig mer vektlagt.

Flere psykoanalytikere har påpekt risikoen ved å la seg føre av sin egen forforståelse, blant annet skriver Bion (1967, omtalt i Safran & Muran, 2000) at terapeuter burde gå inn i alle terapitimer som om det var den aller første, uten hukommelse eller ønsker. Buber (1923) vektla evnen til å oppleve hvert øyeblikk som et nytt øyeblikk, ved å ha en åpen og nysgjerrig holdning. Reik (1948) mente terapeuten burde utsette viktige bedømmelser, slik at inntrykk som ennå ikke er fordøyet blir inkludert i avgjørelsen. Han understreket hvor viktig det er for

terapeuten å vende oppmerksomheten inn i seg selv, for å overvære relevant informasjon som stammer fra egen opplevelse. Ogden (1994) beskriver hvordan terapeuten kan forbedre sin forståelse av pasienten, ved å fokusere på sine indre assosiasjoner til det pasienten presenterer. Hans begrep *the analytic third* henviser til terapeutens flytende assosiasjoner, bilder og fantasier, som kan anses som en informativ tredjeperson i relasjonen som dannes mellom terapeuten og pasienten. Terapeuten bruker denne tredjepersonen som en indre veileder i samhandlingene med pasienten. En lignende teori, om hvordan terapeuten kan bruke sitt introspektive arbeid for å fremme den terapeutiske relasjonen, finner vi hos Jacobs (1991, omtalt i Safran & Muran, 2000), som hevder at terapeuten kan oppnå en større empatisk forståelse av pasienten ved å vende oppmerksomheten mot sine egne personlige minner og følelser som oppstår i kontakt med pasienten. Stern (1990) mener på samme måte at det ikke bare er kunstnere og forfattere som bør tillate seg å fostre ubudne tanker, følelser og bilder, men også terapeuter. Slike tanker oppstår spontant og uten forventning, men vil ikke bli oppdaget uten at man akseptere at de først er der. Det er først gjennom bevisst arbeid med disse tankene at de kan brukes konstruktivt. Stern mener man bør tillate seg å bli overrasket over hva sinnet vårt har å by på.

Det er bemerkelsesverdig hvor like disse teoriene er i hvordan de hevder at terapeuten kan øke sin relasjonskompetanse gjennom introspektivt arbeide. Teorienes mål virker å være skapelsen eller åpningen av et indre rom i terapeuten, hvor en kan forholde seg til, og reflektere over, både psykologiske bevegelser som stammer fra terapeuten selv, fra pasienten og fra møtet som oppstår mellom disse. Gabbard (1996) omtaler dette som et *analytisk rom*, hvor to bevisstheter eksisterer parallelt, der terapeuten tillater seg å både bli sugd inn i pasientens subjektive verden, samtidig som en opprettholder evnen til å observere og reflektere over denne opplevelsen. Teoriene er også like hverandre med tanke på at ingen av dem presenterer noen måter å lære seg hvordan en skaper eller åpner et slikt rom; ingen av

teoretikerne viser til noen metoder for å fremme denne introspektive evnen, hvilket naturligvis er en begrensning.

Både klassiske- og moderne psykodynamisk/analytiske teoretikere ser derfor ut til ikke bare å ha lagt vekt på en gitt observasjonell stilling, men også gradvis inkludert terapeuten som subjekt, og har dermed foregrepet det moderne relasjonsperspektivet.

### **3.2 Terapi som korrektiv emosjonell opplevelse**

Utviklingspsykologi og tilknytningsteori har bidratt med en forklaringsmodell for relasjonsdannelsen i psykoterapi (Sonkin, 2005; Wallin, 2007; Allen, Fonagy & bateman, 2008). Bowlby mente at teorien kunne bli integrert i den terapeutiske konteksten, hvor terapeuten fungerer som en tilknytningsfigur og en sikker base for pasienten: "unless a therapist can enable his patient to feel some measure of security, therapy cannot even begin. Thus we start with the role of the therapist in providing ... a secure base" (Bowlby, 1988, s. 140). Terapeuten skal derfor, på samme vis som en forelder overfor et barn, være emosjonelt tilgjengelig, med varme og empatisk forståelse. Det er viktig at det etableres et holdende miljø, hvor relasjonen klarer å bære pasientens ubehag, og dermed skape sikkerhet, slik at man er nedregulert nok til å inngå i en personlig utforskning (Sroufe, 1997). På denne måten står den terapeutiske tilknytningsrelasjonen som en korrektiv emosjonell opplevelse, hvor pasienten lærer å regulere følelsene sine på en mer adaptiv måte.

Stern (1985) påpeker hvordan affektinntoning spiller en viktig rolle i å hjelpe barn med både å oppleve, og uttrykke, hele det menneskelige følelsesregistret. Når tilknytningspersonen klarer å erkjenne sine egne følelser, klarer den også å erkjenne disse i barnet, og på denne måten inntone seg til barnet slik at det får sine følelser bekreftet (Tronick,



1989). En godt inntonet, god nok forelder, sørger på denne måten for at potensielt overveldende følelser blir opplevd som regulerbare og aksepterende for barnet (Winnicott, 1965), som øker de indre, sikre arbeidsmodellene som barnet tar utgangspunkt i sitt forhold til både indre og ytre virkelighet (Bowlby, 1988). Forutsetningen for dette er forelderens forhold til egne følelser og opplevelsesverden. Hvis terapi forstås som en korrektiv emosjonell opplevelse, blir derfor terapeutens forhold til egne følelser og opplevelsesverden særlig aktuell. Denne inntoning, som er rettet både mot en selv og barnet (eller pasienten) krever en kapasitet for å være tilstede: ”In the parent or therapist, such receptive states of mind – which I’m tempted to characterize as ’mindful’ – seem to engender responses that follow naturally from the requirements of the moment including, in particular, the emotional needs of the child or patient.” (Wallin, 2007, s. 107).

### **3.3 Terapeutisk tilstedeværelse**

Eksistensiell psykoterapi (Jacobsen, 2000; Yalom, 1980; Bugental, 1987; May, 1981) og gestaltterapi (Hycner & Jacobs, 1995) vektlegger en terapeutisk holdning de kaller *terapeutisk tilstedeværelse*. Disse teoretikerne hevder at tilstedeværelse spiller en vesentlig rolle i utviklingen av et helbredende miljø og trygge, intime terapeutiske relasjoner, som er den eneste konteksten hvor endring og vekst kan foregå (Krug, 2009). For Bugental er fokuset på her-og-nå-opplevelser i terapi essensielt for å forstå denne tilnærmingen: “A truly vital and often overlooked truth: Actual and effective psychotherapy – like living itself – is always and only a present-tense event” (Bugental, 1999, s. 48). Bugental (1987) beskriver terapeutisk tilstedeværelse ved å fokusere på tre komponenter: at terapeuten er tilgjengelig og åpen for alle aspektene ved pasientens opplevelser; at terapeuten er åpen til sine egne opplevelser i samvær med pasienten; at terapeuten har kapasiteten til å respondere til pasienten gjennom de

to øvrige opplevelsene. Terapeuten handler derfor helt subjektivt, samtidig som han eller hun opprettholder evnen og muligheten til å observere interaksjonen mellom seg og pasienten, og gjøre valg basert på denne kunnskapen. Dette kan også beskrives som et dialektisk forhold mellom å handle som subjekt og objekt; forholdet mellom *being-mode* og *doing-mode* (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Hycner og Jacobs (1995) beskriver terapeutisk tilstedeværelse som at terapeuten utsetter sine forforståelser, biaser, generelle kunnskap om mennesker, psykopatologi, diagnoser og teorier, for å oppleve pasienten i sin unikhhet. De forklarer tilstedeværelsen som at terapeuten tar med hele sitt selv inn i relasjonen, og er fullstendig i øyeblikkene med og for pasienten, uten selvsentrerte hensikter eller mål.

Yalom (1980) beskriver sin terapeutiske holdning som *disiplinert naivitet*, hvor han bevisst og intensjonelt holder sine egne forforståelser og måter-å-være-i-verden til side for å oppleve pasientens livsverden så ekte som mulig. Gehart og McCollum (2008) beskriver terapeutisk tilstedeværelse som en holdning og stilling ovenfor nåværende opplevelser, som terapeuten tar med seg til hvert øyeblikk i møtet med sin pasient. På sine eldre dager ble Carl Rogers intervjuet, hvor også han gjorde et poeng ut av denne formen for tilstedeværelse: "I am inclined to think that in my writing I have stressed too much the three basic conditions (congruence, unconditional positive regard, and empathic understanding). Perhaps it is something around the edges of those conditions that is really the most important element of therapy – when my self is very clearly, obviously present" (Baldwin, 2000, s. 30).

I et forsøk på å lage en modell ut av terapeutisk tilstedeværelse, gjorde Geller og Greenberg (2002) en kvalitativ undersøkelse av syv erfarne terapeuter for å finne fellesfaktorer i deres opplevelse av tilstedeværelse i terapi. Modellen ble delt inn i tre domener: forberedelse, prosess og opplevelse. Det første domenet kalles "Forberedelse", og beskriver to underkategorier: før eller i starten av en terapitime, samt at man forbereder seg i hverdagen. Terapeutene brukte pusten som anker før og i starten av terapitimene, slik at de

lager et mentalt rom hvor de kan gi slipp på egne opplevelser, bekymringer og behov. De beskrev også at de satte til side forventninger, antakelser, planer og teorier om pasienten de skulle møte og hvordan timen skulle gjennomføres, samtidig som de åpnet seg for en nysgjerrig, åpen, aksepterende og ikke-dømmende holdning. Terapeutene vektla også deres innstilling for å være tilstede i sine egne liv, hvor blant annet meditasjon var en fellesfaktor for kultivering av tilstedeværelse. Å være oppmerksom på egne behov og bekymringer i sitt privatliv var ifølge disse terapeutene en viktig bidragsyter for å være tilstede i terapi.

Det andre domenet i modellen (Geller & Greenberg, 2002) kalles ”Proessen”, og omhandler hva terapeuten gjør når han eller hun er tilstede med pasienten. Dette kan deles inn i tre underkategorier: reseptivitet, innvendig oppmerksomhet, og utstrekning og kontakt. Reseptivitet handler om terapeutenes forsøk på å være involvert med pasienten på et multisensorisk nivå; intensjonell åpenhet, aksept og tillatelse for alle former for opplevelse som oppstår. På denne måten bruker terapeutene hele sitt selv og sin kropp som middel for å få optimal kontakt med pasienten. Innvendig oppmerksomhet handler om terapeutenes fokus på seg selv i terapien, hvor terapeuten er sitt eget instrument for å forstå pasienten, som krever tillitt til intuisjon og egenopplevelse. Terapeutene beskrev også at å ha kontakt med seg selv under timen gjør det lettere for dem å opprettholde tilstedeværelsen, ved at disse opplevelsene ankrer dem til den nåværende situasjonen med pasienten. Utstrekning og kontakt handler om terapeutens forsøk på å opprette og opprettholde kontakt med pasienten, gjennom å bruke sin kontakt med seg selv utad mot pasienten; terapeutene brukte bevisst egenopplevelse som verktøy for å møte pasienten på en autentisk måte.

Det tredje domenet i modellen (Geller & Greenberg, 2002) handler om terapeutenes beskrivelser av ”Opplevelsen av å være tilstede”. Dette deles inn i fire underkategorier: fordypelse, ekspansjon, jording og å være med og for klienten. Fordypelse handler om at terapeutene opplever at ingenting annet eksisterer i øyeblikket enn opplevelsen sammen med

pasienten, at denne opplevelsen er dyp, men uten å klenge så mye til den slik at åpenheten for hva som foregår blir innsnevret. De beskrev opplevelsen av tilstedeværelse som at de er intenst fokuserte, oppmerksomme og årvåkne for hva som foregår fra øyeblikk til øyeblikk. En av terapeutene beskrev det slik: "I'm much more aware of what the client is saying. The associated affect, the associated cognitions, the subtleties of it, the taste of it, the smell of it" (Geller & Greenberg, 2002, s. 80). Ekspansjon handler om terapeutenes opplevelse over at de har større mental plass, og større perspektiv på det som foregår internt og eksternt når de er tilstede med pasienten. For eksempel opplever de å være absorbert i pasientenes lidelser, samtidig som at de opplever dette som en del av noe større, som om de gjennom en form for mental romlighet får et bredere perspektiv på lidelsen. De beskriver en økt bevissthet for sanser og persepsjoner, og en påfølgende økt kvalitet i kognitive og emosjonelle opplevelser.

Jording handler om deres opplevelser av å være mer sentrert, stødige og helhetlige under tilstedeværelsen, samtidig som de opplever å kunne absorbere og påvirkes av en større og bredere emosjonell skala. De beskriver også at de kan oppleve pasienten på en empatisk måte, uten å samtidig miste opplevelsen av seg selv. En av terapeutene beskrev det slik: "... it's like being, feeling so steady so the client can go through all that and you are really aware of that terrible suffering, and the details of the suffering, but you feel so steady that it does not touch you" (Geller & Greenberg, 2002, s. 81). Den siste kategorien handler om at terapeutene opplever å være sammen med og for pasienten sin skyld; opplevelsen av at deres handlinger og uttrykkelser er for å hjelpe pasienten. De beskriver å føle intensjonen for å lindre pasientens lidelser. De føler æresfrykt, undring, varme, medlidenhet og kjærighet når de er tilstede. Å være tilstede med og for pasienten inkluderer også en opplevelse av en uteblivelse av selvbevissthet, i form av tanker om seg selv som terapeut, egen smerte, tretthet og fysisk utseende.

De oppsummerer at ”Therapeutic presence means being willing to be impacted and moved by the client’s experience, while still being grounded and responsive to the client’s needs and experience” (Geller & Greenberg, 2002, s. 85). Tilstedeværelse blir sett på som et nødvendig utgangspunkt for relasjonelle handlinger, som for Yalom forstås som ”the sine qua non for effective therapy ... [a] proper therapeutic relationship is characterized by trust, warmth, empathic understanding, and acceptance” (Yalom, 1998, s. 25). Terapeutisk tilstedeværelse regnes derfor som å være fundamentet for å etablere Rogers’ (1957) terapeutbetingelser for vellykket terapi – empati, ekthet og ubetinget positiv aksept.

Krug (2009) mener at til tross for at Yalom og Bugental har to litt ulike utgangspunkt for terapeutisk tilstedeværelse, så er de like i den forstand at de begge har utforsket sine forutsetninger og lært seg å ta utgangspunkt i disse. Denne selvvinnsikten og introspeksjonen gjør de mer jordet og fleksible til å tilpasse seg ulike pasienter: ”I believe that to be an effective and skillful therapist, one must be grounded in one’s therapeutic assumptions and that this is more helpful than mastering a variety of therapeutic techniques” (Krug, 2009, s. 351).

### **3.4 Forforståelse**

Hermeneutikken og konstruksjonismen har, i likhet med psykoterapeutiske teorier og utviklingspsykologien, påpekt utfordringene med å forholde seg til sin opplevelsesverden. Gadamer (1960) hevder at vår forståelse av virkeligheten alltid vil være avhengig og innskrenket av våre forforståelser, og at oppgaven med å nærme oss fenomenet i seg selv er å endre vårt forhold til det. Dette gjøres ved at man først blir bevisst egne forforståelser, og hvordan disse stadig former vår forståelse, og at man tester disse gjennom åpen dialog og genuin samtale. Når man først blir klar over egne og andres forforståelser, vil man tillate seg å

utvikle denne, og dermed være nærmere fenomenet slik det virkelig er. Denne ydmyke og nysgjerrige holdningen ovenfor egen forståelse av virkeligheten, vil redusere terapeutens tendens til reifikasjon: å ikke skille mellom egne begreper og de underliggende fenomenene disse er ment å beskrive; å ikke være ydmyk over at en konseptualisering bare er en tilnærming til sannheten, og ikke sannheten i seg selv (Safran og Muran, 2000). Safran og Muran skriver at denne tendensen til å være naiv ovenfor sin forståelse er fristende både for erfarne og nye terapeuter; nye terapeuter strever ofte med å rettfærdiggjøre sin egen opplevelse av kompetanse, og forstår ofte pasientene sine i lys av nylærte faguttrykk og konsepter. Erfarne terapeuter faller ofte i en rutinert og vanedrevet forståelse av sine pasienter. Eksempler på reifikasjon av pasienter er å betrakte dem som diagnostiske merkelapper, å trekke empatiske slutninger om pasienters opplevelser uten å betrakte denne slutningen som tentativ, å anta at noe som var sant om en pasient tidligere vil være sant ved en senere anledning, eller å likestille en pasients opplevelse av en gitt situasjon med en annen pasients opplevelse av lignende situasjoner. Alt dette handler om å bevisstgjøre seg slike tendenser, og forholde seg til dem på en ydmyk og nysgjerrig måte.

En kjent Zen-fortelling går slik: en universitetsprofessor reiste for å intervju den berømte Zen-mesteren Nan-in. Mens mesteren i ro og mak serverte gjesten sin te, satt professoren og snakket om Zen. Mesteren helte te i koppen til det begynte å renne over kanten. ”Det er overfullt! Det er ikke plass til mer!” utstøtte professoren. ”Du er som denne koppen”, svarte mesteren, ”hvordan kan jeg vise deg hva Zen er hvis du ikke først tømmer koppen din?”, (Suzuki, 2011).

I Japan har de uttrykket *shoshin*, som er et Zen-buddhistisk begrep for *beginner's mind* (Suzuki, 2011). Å praktisere Zen er vanskelig, skriver Suzuki, fordi man må praktisere å ha et sinn fritt for førkonsepter. Når vi opplever noe nytt vil dette oppleves som godt og spennende, men når opplevelsen gjentas flere ganger vil du miste mer og mer av den originale

opplevelsen; holdningen til fenomener du har opplevd før endrer seg ved gjentakelse. "If your mind is empty, it is always ready for anything; it is open to everything. In the beginner's mind there are many possibilities; in the expert's mind there are few" (Suzuki, 2011, s. 2). For Zen-buddhister er dette den hemmelige teknikken: vær alltid en nybegynner; oppretthold den samme ferske æresfrykten og begeistring for hver gang du opplever eller gjenopplever noe. Dette begrepet kaster lys over flere av de vestlige forsøkene nevnt ovenfor på å beskrive terapeutiske holdninger som tar en respektfull stilling til våre konseptualiserende og reifiserende tendenser.

#### **4.0 Oppmerksomt nærvær som terapeutisk holdning**

"The faculty of voluntarily bringing back a wandering attention, over and over again, is the very root of judgment, character, and will. . . An education which should improve this faculty would be the education par excellence" (James, 1890, s. 401).

Vi har til nå sett hvordan moderne psykoterapi og dets forskning har satt et stadig større fokus på hva terapeuten bidrar med i utfallene av relasjonen som dannes med pasienten. Vi har også sett at det er blitt gitt forslag til hvordan terapeuten skal rette oppmerksomheten sin i arbeid basert på denne kunnskapen, og hvilken holdning som bør ligge til grunn. Videre skal jeg utforske begrepet Oppmerksomt nærvær og vise hvordan dette kan benyttes som et moderne alternativ til kultiveringen av en god, terapeutisk holdning. For å gi en god forståelse av dette begrepet velger jeg å ta utgangspunkt i den Buddhistiske filosofien, hvor begrepet har sitt opphav.

## 4.1 Buddhistisk psykologi

En religiøs, filosofisk og systematisk psykologi ble ført frem fra de nordlige deler av India for 2 500 år siden av den myteomspunnede prinsen Siddhartha Gautama; han skal ha frigjort seg fra lidelse og oppnådd absolutt opplysning. Hans lære og ettermæle er det vi i dag omtaler som Buddhisme, og fenomenet Oppmerksomt nærvær har en sentral og gjennomgripende pragmatisk rolle i dette livssynet. For å forstå dette østlige begrepet, med dets mange oversettelser og konseptualiseringer i vestlige sammenhenger, argumenterer Wallace og Hodel (2008) for å fremstille en kontekstuell forståelse av den Buddhistiske meditasjonstradisjonen. For å forstå Oppmerksomt nærvær velger jeg først å ta utgangspunkt i den tradisjonelle forståelsen av begrepet, før jeg går gjennom den mer moderne begrepsbruken. Det vil komme fram at gevinstene ved Oppmerksomt nærvær kan forstås bedre med denne bakgrunnsforståelsen enn i sin nye, vestlige ramme. I de påfølgende avsnittene vil det så bli presentert en gjennomgang av moderne vestlige konseptualiseringer av Oppmerksomt nærvær, med bakgrunn i Buddhistiske tradisjoner.

Den grunnleggende læresetningen for alle de Buddhistiske skolene kalles *De fire edle sannheter*, og presenteres som regel på denne måten: ”1: Lidelse er, 2: Lidelse har en årsak, 3: Lidelse kan stoppes og 4: Det er en måte å leve på som forhindrer lidelse”, (Bien, 2006).

Lidelse er oversatt fra det paliske begrepet *Dukkha*, som kan forstås bedre som å omhandle utilfredsstillelse. Dette inkluderer både åpenbar smerte, som å miste en man elsker, samt mindre uheldige hendelser som for eksempel å komme for sent til bussen eller når alle avtalene dine for dagen er blitt avlyst. Den edle sannheten om at det eksisterer utilfredsstillelse skal ikke misforstås som at livet *er* utilfredsstillende; selv om det å lide og være utilfreds med noe er en naturlig del av livet, så er også det å oppleve lykke og tilfredsstillelse en like stor del av det å eksistere. Poenget i denne postuleringen er at hvis man



klarer å inkludere lidelse som en like stor sannhet i livet som glede, så klarer man å leve livet i den helheten det faktisk er (Bien, 2006).

”The heart of the difficulty lies not in the nature of things, but in the nature of our perceptions”, skriver Bien (2006, s. 81), og viser til at for å inkludere denne sannheten i livet må man endre måten vi forholder oss til det på – våre persepsjoner og fortolkninger av livet. Den Buddhistiske metoden for å oppnå frigjørelse fra denne utilfredsheten kalles *Den Åttefoldige Vei*, som systematiseres slik: ”Morality: right living, right action and right speech; Wisdom: right view and right intention; Mental discipline: right effort, right concentration and right Mindfulness”, (Mace, 2008). I den åttefoldige veien blir ofte Oppmerksomt nærvær forklart som en forutsetning for de andre syv, siden den representerer utgangspunktet for å oppnå visdom (Mace, 2008). ”Mindfulness contains the other seven elements of the eightfold path. For if you are calm enough, aware enough, you will have insight about these other areas, without trying to remember all eight at once” (Bien, 2006, s. 188). Oppmerksomt nærvær kan derfor forstås som selve hjørnesteinen i levemåten som skal føre mennesket ut av et utilfredsstillende liv.

Den praktiske anvisningen til hvordan man skal gå frem for å oppnå Oppmerksomt nærvær, kommer blant annet frem i ”Mahasatipatthana Sutta” (Soma & Pereira, 1949), som beskriver fire fundament i praktiseringen: Kontemplering av kropp, følelser, sinn og sinnets objekter. I denne klassiske teksten foreligger det en sirkulær og repetitiv henvisning (for at man skal huske lærdommen bedre) til hvordan man skal tilnærme seg Oppmerksomt nærvær i henhold til disse fire fundamentene. Dette regnes som en av de første grundige meditasjonsinstruksjonene, og det beste er å la teksten tale for seg:

”And how, bhikkhus [munker], does a bhikkhu dwell perceiving again and again the body as just the body? Here (in this teaching), bhikkhus, a bhikkhu having gone to the forest, or to the foot of a tree, or to an empty, solitary place; sits down cross-legged, keeping his body erect, and directs his mindfulness

(towards the object of mindfulness). Then only with keen mindfulness he breathes in and only with keen mindfulness he breathes out. Breathing in a long breath, he knows, 'I breathe in a long breath'; breathing out a long breath, he knows, 'I breathe out a long breath'; breathing in a short breath, he knows, 'I breathe in a short breath'; birthing out a short breath, he knows, 'I breathe out a short breath' ...” (Jotika & Dhamminda, 1986, s.8).

Slik fortsetter teksten og påpeker de fenomenologiske aspektene ved pusten, som gjennom en gitt kvalitativ oppmerksomhet vil oppleves så nær, naken og levende som mulig. Slik instruerer den også for de tre andre fundamentene; kontemplerer følelser for hva de er, kontemplerer sinnet for hva det er, og kontemplerer sinnets objekter for det de er. Når en utfører disse instruksjonene kommer en i kontakt med sin egen livsverden, sine forforståelser og måter en har lært å forholde seg til seg selv og omverdenen på.

Den siste delen av denne klassiske teksten går i dybden på det varierte landskapet man støter på under meditasjon, som forstås som utfordringer og hindringer for å opprettholde et Oppmerksomt nærvær. Dette er et forsøk på å beskrive og konkretisere forstyrrelser som meditasjonspraktikerne møter i sitt forsøk på å etablere Oppmerksomt nærvær: De seks sanser (øyne, øre, nese, tunge, kropp og sinn); de fem begjær (materiell form, følelser, persepsjon, mental proliferasjon og bevissthet); fem hindringer (lyster, uvilje, trøtthet, uro og tvil). Disse utfordringene må, ifølge teksten, møtes og balanseres med de syv opplysningsfaktorene: Oppmerksomt nærvær, virkelighetsutforskning, energi, henrykkelse, ro, konsentrasjon og likevekt (Mace, 2008).

Disse fenomenene som presenteres som motstandsfaktorer (Mace, 2008) kan oppfattes, av personer som ikke har hatt tidligere erfaring med Buddhisme eller meditasjon, som naturlige bestanddeler av livet. I lys av fenomenologien og hermeneutikken (Røkenes & Hanssen, 2002) kan det trekkes en sammenligning mellom disse fenomenene, bevissthetens intensjonalitet og begrepet “forforståelse“. Da kan disse grunnfenomenene av bevissheten

forstås som utgangspunktet for all fortolkning av seg selv og verden, og meditasjonen som en måte å tilnærme seg disse, og lære seg dem, og derfor deg selv, å kjenne (Mace, 2008):“... the objects in question need to be apprehended for what they are, as distinct experiences that arise and dissolve, impersonally and without attachment. This applies to the various aspects of the body, sensations, and mental states discussed through the sutta’s first three sections. It’s final section, on mental objects, includes both negative contents (e.g. the five hindrances) as well as positive ones (e.g. the enlightenment factors).” (Mace, 2008, s. 17).

En tolkning av denne meditasjonsinstruksjonen er at formålet med meditasjonen er å kultivere Oppmerksomt nærvær, som skal styrke kapasiteten vår til å iaktta både indre og ytre aspekter ved tilværelsen med en ren oppmerksomhet og aksepterende holdning – for å oppnå en ren, direkte og ikke-konseptuell innsikt i hva som er virkeligheten; for å løse opp vår innlærte betingning og se verden med nye øyne.

## 4.2 Oppmerksomt nærvær

Buddhismen presenterer i sin grunnfilosofi et eksistensielt fundament gjennom De fire edle sannheter, at lidelse er, har en årsak, kan stoppes og at det finnes en levemåte som forhindrer lidelse, og videre en systematisk psykologisk modell over hvordan dette kan arbeides med for å oppnå lykke (Bien, 2006). Videre i teksten skal vi se nærmere på det underliggende begrepet og fenomenet *Oppmerksomt nærvær*, som anses som hjørnesteinen i denne modellen og som er blitt tatt i bruk i vestlige, moderne kontekster.

Å definere Oppmerksomt nærvær er en paradoksal affære, siden ord er utilstrekkelige for å beskrive et fenomen som anses å være førkonseptuelt. ”Mindfulness is extremely difficult to define in words – not because it is complex, but because it is too simple and open”

(Gunaratana, 2002, s. 154). Personer som praktiserer Oppmerksomt nærvær over lengre tid opplever at språkbaserte definisjoner og operasjonaliseringer mister mer og mer av hva de opplever som fenomenets kjerne (Hick, 2008; Bien, 2006). ”Nevertheless, Mindfulness can be experienced - rather easily – and it can be described, as long as you keep in mind that the words are only fingers pointing at the moon. They are not the moon itself” (Gunaratana, 2002, s. 137). Det er derfor vanlig å innlede med en praktisk tilnærming for å få praktikanter og interesserte til å forstå hva Oppmerksomt nærvær handler om. Den mest grunnleggende instruksjonen for praktisering av formell Oppmerksomt nærvær-meditasjon er den sittende stillingen, hvor oppmerksomheten rettes mot pusten (Kabat-Zinn, 2005):

Sett deg på en stol med føttene ledig plassert på gulvet, Vær rett i ryggen og ha armene i fanget. Lukk øynene og rett oppmerksomheten på pusten din; disse sensasjonene er mest levende ved nese og munn, samt i magen. Prøv å ikke kontrollere pusten, men la kroppen ta seg av dette mens du fullt og helt opplever den som den er. Vær med pusten når den går inn, og vær med den når den går ut. Når du opplever at sinnet ditt begynner å vandre bort fra pusten, skal du legge merke til hva det har festet seg til, ikke bedømme innholdet i disse tankene og følelsene, men akseptere at det har skjedd og vennlig geleide oppmerksomheten tilbake til pusten. Å merke at man ikke lenger er i ett med pusten sin, og at man har vandret inn tankene sine, vil skje hele tiden; aksepter trangene til å feste seg til tankene dine og la pusten bringe deg tilbake der du allerede er.

Det finnes instruksjoner om hvordan man kan gjøre dette liggende, stående, gående - med variasjoner av fokusobjekt: hørsel, syn, smak, taktilt etc. (Kabat-Zinn, 2005). Det eksisterer en rekke ulike meditasjonsretninger og tradisjoner, men den eldste og mest utbredte i vestlige land stammer fra Satipatthana Sutta (Soma & Pereira, 1949), som er én av de teoretiske dialogene attribuert til Buddha selv, som bygger den kort skisserte Buddhistiske psykologiske modellen presentert tidligere. Det Paliske begrepet for denne type

innsiktsmeditasjon er *vipassana bhavana*, hvor *bhavana* betyr å kultivere noe relatert til sinnet, og *vipassana* betyr å se noe med klarhet og presisjon, å oppfatte den mest fundamentale virkeligheten: ”Put these words together and *vipassana bhavana* means the cultivation of the mind towards the aim of seeing in the special way that leads to insight and full understanding” (Gunaratana, 2002, s. 33). Satipatthana Sutta (Soma & Pereira, 1949) beskriver fire fundamentaler i denne praksisen: kontemplering av kropp, følelser, bevissthet og *dhamma*, som oversettes med ”mind objects”- som kan forstås som tanker og mentale bilder.

Begrepet *Mindfulness* ble innført av Rhys David for et århundre siden da han skulle oversette begrepet *Sati* fra Pali. Andre synonymer på engelsk er *awareness* og *bare attention*, men ordet har også konnotasjoner til for eksempel kapasiteten til å ”rydde sinnet” (Mace, 2008). I denne oppgaven velger jeg å forholde meg til den norske oversettelsen *Oppmerksomt nærvær* (Binder, 2011). Denne rene oppmerksomheten eksisterer før du starter å tenke på hva du opplever; det er en kontinuerlig ekte bevissthet, som ofte oppleves å forsvinne når sinnet vil objektifisere og symbolisere opplevelser. Målet med *vipassana bhavana* er å trene oss i å forlenge dette øyeblikket av ren oppmerksomhet (Gunaratana, 2002). Oppmerksomt nærvær er både målet og middelet i denne meditasjonsformen

Den vanligste erfaringen når man mediterer på denne måten, er at man opplever hvordan bevisstheten stadig er i bevegelse, er impermanent og forgjengelig. Det Buddhistiske begrepet *anicca* beskriver denne kontinuerlige bevegelsen av både interne og eksterne fenomener, som på engelsk ofte oversettes til *impermanence* (Bien, 2006). Dette kan sammenlignes med vestlige begreper som *stream of consciousness* (James, 1892, omtalt i Teigen, 2004) og Heraklits *panta rhei*: ”Alt flyter” (Bien, 2006, s. 146, egen oversettelse). I et Buddhistisk perspektiv lever ikke de fleste mennesker etter dette konseptet, selv om det er et universelt prinsipp: ”We view impermanent things as permanent, though everything is changing all around us... Even as you read these words, your body is aging. But you pay no

attention to that” (Gunaratana, 2002, s. 34). Den Buddhistiske læren hevder at det er menneskets forhold til denne kontinuerlige bevegelsen som ligger til grunn for våre lidelser, derav De Fire sannheter. ”Reality does not change at our convenience. But if we fail to live in harmony with reality, we simply suffer more” (Bien, 2006, s. 147). På denne måten vil lidelse være et resultat av at vi motarbeider eksistensielle fenomener som allerede er gitt, og som av natur ikke forsvinner. For eksempel har de fleste mennesker potensialet til å føle sinne, og selv om mange vil leve foruten, så vil det være fånyttet å motarbeide seg sinne når det først oppstår, siden det bare vil forverre det: ”Suffering = pain x resistance” (Bien, 2006, s. 87); sinne kommer og går, men man lider ikke under det i Buddhistisk forstand før man forsøker å motsette seg den. ”What the Buddha understood is that we do not suffer because everything is impermanent; rather, we suffer because we resist this fact, because we delude ourselves into believing that everything is, or should be, permanent” (Bien, 2006, s. 146).

Det er denne impermanente, forgjengelige bevissthetsstrømmen man i Oppmerksomt nærvær får et opplevelsesbasert og mer direkte forhold til, ved å rette oppmerksomheten mot den med aksepterende og ikke-dømmende holdninger. ”Thus, Mindfulness involves simply knowing what is arising as it is arising without adding anything to it – without trying to get more of what one wants (pleasure, security), or pushing away what one doesn’t want (e.g., fear, anger, shame)” (Shapiro & Carlson, 2009, s. 5). Oppmerksomt nærvær er derfor en stillingstaken hvor man er sammen med all sin opplevelse, uten å klenge seg til det gode eller skyve unna det vonde. Dette innebærer en mulighet for større innsikt over hvilke faktorer som fører til større glede i deg selv og hos andre, og hvilke som fører til lidelse. Oppmerksomt nærvær har i Buddhistisk tradisjon en gjennomgripende etisk forankring, hvor den som mediterer har mulighet og tilgang til å skjelne mellom mentale aspekter som er sunne og usunne, og handle deretter (Shapiro & Carlson, 2009; Bion, 2006). Derfor er det vanskelig å overføre konseptet inn til vestlige, naturvitenskapelige modeller, da man ikke kan skille

mellom fenomenet som oppmerksomhet og holdning uten å fjerne seg langt fra originalkonseptet og dermed danne et nytt.

For mange kan opphold i templer over lengre tid være en trygg kontekst for å utforske seg selv gjennom meditasjon. Men man må huske at man ikke mediterer for å komme seg unna virkeligheten, og at man normalt ikke har like god tid og ro rundt seg til å meditere når man kommer tilbake til hverdagen. Både vestlige (Kabat-Zinn, 2005) og østlige tradisjoner (Gunaratana, 2002) legger derfor vekt på at man skal finne måter å anvende Oppmerksomt nærvær på i hverdagen. For Thich Nhat Hahn (1987) er rasjonale ved meditasjon å trene opp menneskelige egenskaper som vi ellers i hverdagen motarbeider. ”In any given moment, we are either practicing mindfulness or, de facto, we are practicing mindlessness” (Kabat-Zinn, 2005, s. 71). Shapiro og Carlson (2009) skiller derfor mellom Oppmerksomt nærværs praksis og Oppmerksomt nærværs bevissthet, hvor den første handler om prosessen, mens den siste handler om resultatet. På samme måte skiller man mellom formell- og uformell meditasjon, hvor formell meditasjon inneholder utførelsen av konvensjonelle meditasjonsinstruksjoner som nevnt ovenfor, mens uformell meditasjon omhandler forsøk på å overføre Oppmerksomt nærvær til dagligdagse situasjoner: ”True meditation is the capacity to have that same attitude in any activity” (Bion, 2006, s. 54).

### **4.3 Definisjoner av Oppmerksomt nærvær**

En av de mest brukte definisjonene av Oppmerksomt nærvær i vesten er: ”paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally” (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). Martin (1997) definerer det som: ”... a state of *psychological freedom* that occurs when attention remains quiet and limber, *without attachment* to any particular point of view” (s. 291-292, kursiv fra originaltekst). Hahn skriver at det handler om “keeping one’s

consciousness alive to the present reality” (Hahn, 1991, s. 11). Bhikkhu Bohdi (Wallace & Bodhi, 2006) mener Oppmerksomt nærvær handler om å huske å være oppmerksom på det som foregår i ens øyeblikkelige opplevelser, med forsiktighet og skarpsindighet.

Shapiro, Carson, Astin og Freedman (2006, s. 375) gir et forsøk på å organisere ordbruk som kan oppleves for svevende og poetisk ved å bryte definisjonen til Kabat-Zinn (1994) i tre aksiomer: ”On purpose” or intention; ”Paying attention” or attention; ”In a particular way” or attitude. De foreslår at å intensjonelt (I) være oppmerksom (A) med åpenhet og uten å dømme (A) fører til *repersepsjon*, en metakognitiv mekanisme som styrer fire mekanismer: Selvregulering, klarering av verdier, kognitiv-, emosjonell og atferdsfleksibilitet, og eksponering.

Repersepsjon omfavner på mange måter begreper som *decentering* (Safran & Segal, 1990), *deautomatization* (Deikman, 1982) og *detachment* (Bohart, 1983, omtalt i Shapiro, Carson, Astin & Freedman, 2006). Det er et radikalt skifte av perspektiv, hvor man ikke lenger opplever å være i ett med sine tanker og følelser; en rotasjon av kognisjonen, hvor det som tidligere var subjektivt, blir objektivt (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). I klassisk Buddhistisk kontekst kan man forstå dette perspektivskiftet som å oppdage at man ikke har fem, men seks sanser: syn, hørsel, smak, taktil, lukt og sinn, hvor sistnevnte innebærer hva vi i vestlige kulturer omtaler som tanker, mentale bilder og følelser (Mace, 2008). På denne måten erfarer man at fenomenet man har oppmerksomheten rettet mot, ikke er den samme som retter oppmerksomheten. Det oppleves ikke lenger som å være tanken, men personen som observerer tanken. Tanker og følelser oppleves derfor som noe man kan ta mer mental avstand til enn tidligere. Shapiro og kolleger (2006) postulerer at å øke kapasiteten for tydelighet i relasjon til ens interne og eksterne opplevelser, er grunnpilaren i Oppmerksomt nærvær.



Bishop og kolleger (2004) har gjort et forsøk på å lage en operasjonell definisjon av Oppmerksomt nærvær, basert på kognitive- og emosjonelle selvreguleringsmodeller, samt nyere kognitive modeller for psykopatologi. De foreslår en todelt modell av Oppmerksomt nærvær, hvor den første komponenten er selvregulering av oppmerksomhet, mens den andre komponenten er en bestemt orientering til sine opplevelser. Vedvarende oppmerksomhet på for eksempel pusten holder oppmerksomheten ankret til nåværende opplevelser, slik at tanker, følelser og andre opplevelser kan bli lagt merke til når de kommer og går. Deres prediksjoner er at Oppmerksomt nærvær vil øke evnene til vedvarende oppmerksomhet og oppmerksomhetsskifting. Siden oppmerksomhet har en begrenset kapasitet (Schneider & Shiffrin, 1977), predikerer de at Oppmerksomt nærvær fører til økt tilgang til informasjon, som ellers ville ligget utenfor oppmerksomhet. Man vil derfor komme nærmere den tilstanden som omtales som *Beginner's Mind* (Suzuki, 1970), hvor opplevelsen av objekter og personer ikke lenger er farget av forforståelser, forventninger, stereotyper, begjær og andre mentale konstruksjoner. I stedet oppleves og erfares de så virkelighetsnært og nyansert som mulig.

Bishop og kollegers (2004) andre komponent omhandler en gitt orientering man har til opplevelser, hvor man vedlikeholder en nysgjerrig, aksepterende og ydmyk holdning til interne- og eksterne opplevelser. Oppmerksomt nærvær kan derfor konseptualiseres som en utforskende introspektiv stilling, som vil føre til en økt differensiert og integrert forståelse av kognitive- og emosjonelle opplevelser. Denne innsikten vil inneholde en forståelse av tanker og følelser som kontekstuelle, relativistiske, forbigående og subjektive (Bishop et al., 2004).

Som denne teksten innleder med er definisjonsspørsmålet for Oppmerksomt nærvær en paradoksal affære. Det er så langt ingen konsensus om en operasjonell definisjon, og dette har nok bakgrunn i de mange formene Oppmerksomt nærvær har i de ulike psykologiske, så vel som Buddhistiske, retningene, samt at konseptet har dype religiøse og spirituelle betydninger som ble etablert før de vitenskapelige paradigmene man benytter seg av i dag

(Hayes & Shenk, 2004). Det er trolig derfor det legges vekt på en opplevelsesbasert forståelse av fenomenet.

#### **4.4 Oppmerksomt nærvær i psykoterapi**

Innen den moderne psykologien har Oppmerksomt nærvær fått plass i en rekke etablerte psykologiske behandlingsmodeller. I denne delen av oppgaven skal fire psykologiske behandlingsmodeller presenteres: MBSR, MBCT, ACT og DBT. Dette er for å vise hvordan Oppmerksomt nærvær har fått en gjennomgripende plass som handlingskomponent i moderne psykoterapi, men dette er ikke en fullendt liste av aktuelle behandlingsmodeller som benytter seg av Oppmerksomt nærvær.

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) er et klinisk selv- og emosjonsregulerende program, som opprinnelig ble utviklet for å effektivisere pasienters tilpasning til somatiske lidelser (Bishop, 2002). Det er et strukturert gruppeprogram, som varer mellom åtte til ti uker, med ukentlige møter og én heldagssamling per program. Der er 10 til 14 deltagere i hver gruppe, som oppfordres til å meditere hjemme hver dag i 45 minutter (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Hvert møte omhandler temaer og øvelser som er knyttet til Oppmerksomt nærvær, blant annet ulike meditasjonsteknikker, yoga, kroppsskanning, Oppmerksomt nærvær i stressituasjoner og i sosiale interaksjoner, emosjoner, samt betydelig vektlegging på å overføre Oppmerksomt nærvær til hverdagslige situasjoner (Bishop, 2002). Forskningen som er blitt gjort på dette behandlingsprogrammet viser resultater som indikerer en positiv effekt, men det kreves flere randomiserte og kontrollerte studier for å underbygge dette ytterligere (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2010).

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002) er basert på det samme som MBSR, men benyttes i større grad på lidelsesspesifikke diagnostiske grupper, og har integrert elementer fra kognitiv atferdsterapi for depresjon (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). I tillegg til å lære seg grunnleggende Oppmerksomt nærvær, inkluderer programmet kognitive ferdighetstilnærmelse hvor pasientene tillater seg selv å gjenkjenne automatisk aktivering av vanedannede dysfunksjonelle kognitive skjemaer, desentrere seg fra negative tanker og koble seg fra disse tendensene ved å bruke teknikker fra Oppmerksomt nærvær (Piet & Hougaard, 2011). Meta-analysen til Piet og Hougaard fant at behandlingsprogrammet har en effektiv tilbakefallsprevalens ved terapi for tilbakevendende alvorlig depressiv lidelse.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) er en behandlingsmodell som er filosofisk forankret til Functional Contextualism (Hayes, 1993), og teoretisk til Relational Frame Theory (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Denne modellen hevder at psykologiske problemer primært utvikles ved måten språk og kognisjon interagerer med uforutsette omstendigheter og blir mindre fleksibel, som reflekterer en ineffektiv kontekstuell kontroll over språk- og kognisjonsprosesser i seg selv (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Kontakt med det nåværende øyeblikket synker når språk og tanker blir kontrollert på en måte som fører til unngåelse, uflexibel oppmerksomhet og reduserte forsøk på å etterstrebe verdifulle handlinger, som kalles psykologisk stagnasjon (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Aksept blir lært som et alternativ til unngåelse, hvor private hendelser blir omfavnet uten forsøk på å endre deres frekvens eller form via kognitive defusjonsteknikker, som promoterer pågående ikke-dømmende kontakt med interne og eksterne hendelser i nåværende øyeblikk. Terapien har et overordnet fokus på utviklingen og forpliktelsen i effektive handlinger, som er nært knyttet opp mot verdibaserte mål (Hayes et

al., 2006). Oppmerksomt nærvær hevdes her å ha en viktig filosofisk og pragmatisk funksjon, som både middel og mål til mental fleksibilitet.

Dialektisk Atferdsterapi (DBT; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991) er en atferdsorientert behandling som ble uformet spesifikt for suicidale pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Navnet stammer fra dens modell, som legger fokuset på hvordan behandlingen skal være en dialektisk pendel mellom komponenter fra Zen-prinsipper og radikal behaviorisme (Swales, 2009). Det vil si at i tillegg til problemløsning basert på atferdsanalyser, legger terapeuten også vekt på å bekrefte pasienten og lære bort aksepterende holdninger mot seg selv og verden. Terapeuten må balansere mellom disse to ytterpunktene, slik at endringsarbeid vil foregå innenfor et rammeverk av aksepterende og bekræftende holdninger, hvilket er det motsatte av det mange pasienter med denne personlighetsforstyrrelsen har opplevd tidligere (Linehan, 1993a). Oppmerksomt nærvær skal assistere pasientene i å tolerere og tilpasse seg vanskelig og vonde følelser og tanker mer effektivt; man understreker aksept for det nåværende øyeblikket i stedet for endring (Swales, 2009). Swales oppsummerer funn fra fem randomiserte kontrollerte studier med at behandlingen er effektiv for denne pasientgruppen. Det eksisterer også forskning på denne behandlingen for ustabil personlighetsforstyrrelse med komorbid rusmisbruk, overspising, kriminelle, ADHD, kronisk depresjon, suicidal atferd hos ungdom og i krisesettinger (Feigenbaum, 2007).

Hvis vi følger yrkeskompetansemodellen til Røknes og Hanssen (2002), har Oppmerksomt nærvær fått en stadig større posisjon innen handlingskompetansen til terapeuter i disse fire behandlingsmodellene. Oppmerksomt nærvær blir derfor en viktig handlingskomponent og verktøy som rettes mot pasienten, ofte i form av opplæring og trening. Tanken er at effekten i seg selv skal være symptomlindrende, eller være en støttefaktor for andre komponenter i behandlingen. Selv om det oppfordres til at terapeutene

som arbeider innen disse behandlingsformene skal praktisere øvelsene selv, blir det ikke nødvendigvis alltid presentert som et krav (for eksempel Segal, Williams & Teasdale, 2002). Det ser derfor ut som at Oppmerksomt nærvær har fått et bedre fotfeste i moderne psykologisk behandling, med særlig vekt på handlingskompetanse. Videre i denne oppgaven vil Oppmerksomt nærvær diskuteres i lys av den potensielle bidrag til terapeutens relasjonskompetanse.

## 5.0 Oppmerksomt nærvær og empati

Hvor kan Oppmerksomt nærvær og begreper fra moderne psykoterapiforskning møtes? For at oppgaven ikke skal flyte ut ved å fokusere på alle mulige møtepunkter, velger jeg å vektlegge et terapeutisk- og relasjonsorientert begrep som har funnet sin plass i flere teoretiske retninger og empiriske funn: empati (Rogers, 1957; Duan & Hill, 1996; Bohart, Elliott, Greenberg og Watson, 2002). Spørsmålet er hvordan Oppmerksomt nærvær som terapeutisk holdning kan fremme, utfylle og komplementere empati i terapeutiske situasjoner. Et frampek på dette kan man finne i den tradisjonelle Buddhistiske forståelsen av *Anatta* (no-self):

”We have all tasted the boundarylessness of awareness on those occasions when we were able to suspend our own point of view momentarily and see from another person’s point of view and feel with him or her. We call this feeling empathy. If we are too self-absorbed and caught up in our own experience in any moment, we will be unable to shift our perspective in this way and won’t even think to try ... Our emotions, and particularly the intensely afflictive emotions that ‘sweep us away,’ such as anger, fear, and sadness, can all too easily blind us to the full picture of what is actually happening with others and within ourselves” (Kabat-Zinn, 2005, s. 167).

Det å bli altfor absorbert i egenopplevelse kan være en barriere for å sette seg inn i andres opplevelse, samtidig som at det å lære andre å kjenne alltid vil ta utgangspunkt i ens egen

opplevelse. Foregangspersonene innen tradisjonell og moderne Oppmerksomt nærvær hevder at denne type oppmerksomhet og medfølgende holdning kan lede mennesker gjennom denne balansegangen (Gunaratana, 2002; Bien, 2008).

I denne delen av oppgaven følger en gjennomgang av empati-begrepet, og en diskusjon som understreker at empati kan forstås i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv, hvor empatiprosessen vil være terapeutens kontinuerlige arbeid i å tilnærme seg pasienten, som ikke kan oppnås som nøyaktig empati, men heller på en tilstrekkelig og adekvat måte. Deretter følger en gjennomgang av hvordan Oppmerksomt nærvær kan være med på å utvikle holdninger og verdier som styrker terapeutens empatiske tilnærming.

## 5.1 Empati

Begrepet *Empati* stammer fra det tyske ordet *Einfühlung*, som betyr menneskers projeksjon av følelser i tingene og personene de persiperer (Duan & Hill, 1996). McDonough-Means, Kreitzer og Bell (2004) bruker også det greske ordet *empathia*, som betyr ”å forstå ting hinsides seg selv” (min oversettelse). Begrepet har fått mye oppmerksomhet innenfor den humanistiske tradisjonen, ved at Rogers (1957) foreslo det som en av de nødvendige og tilstrekkelige betingelsene for psykoterapeutisk endring. Han definerte det slik: ”To sense the client’s private world as if it were your own, but without ever losing the ’as if’ quality” (s. 829). Han beskriver det også som: ”accurate understanding of the [client’s] world as seen from the inside. To sense the [client’s] private world as if it were your own” (1961, s. 284). Kohut (1959, omtalt i Lessem, 2005) brukte begrepet ”vikarierende introspeksjon” for å beskrive den empatiske prosessen; hvor en person forsøker å oppleve det indre livet til en annen, men samtidig beholde en objektivt observerende holdning. Det handler om å være i en annen persons livsverden, samtidig som en er forankret i sin egen.

Det er gjort mange forsøk på å analysere begrepet, men det ser ut til at det fortsatt mangler konsensus i forståelsen og bruken av det. Rogers (1961) mente at den ene komponenten av empati handler om den private emosjonelle opplevelsen for terapeuten, mens den andre komponenten handler om i hvor stor grad terapeuten klarer å kommunisere dette til pasienten, som viser hvor godt inntonet terapeuten er på pasientens emosjonelle tilstand (Troncik, 1989). Duan og Hill (1996) skiller mellom de kognitive- og affektive komponentene til empati. De mener at disse komponentene kan anses som to forskjellige prosesser; man kan kognitivt sette seg inn i perspektivet til en annen, og reagere affektivt på dette perspektivet, som om det var ditt eget. Davis (1983) beskriver enda mer spesifikke faktorer: perspektivtagning; empatisk bekymring; personlig lidelse, som omhandler egne reaksjoner i emosjonelle sosiale situasjoner; og fantasi, som omhandler evnen til å flytte seg selv inn i tanker og følelser til fiktive karakterer. Differensieringen mellom empati, sympati og emosjonell smitte er ikke tydelig nok, og de terapeutiske retningene som har vektlagt empati i størst grad (humanistiske/opplevelsesorienterte) fokuserer i stor grad på de kognitive aspektene (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Bohart og medforfattere foreslår empati som en overordnet kategori, hvor ulike underkategorier kan bli implementert. Empati blir her referanserammen, og underkategoriene er de ulike aspektene en kan velge å fokusere på fra pasientens livsverden; om det er emosjonelt, kognitivt, om det er fra enkeltstående øyeblikk eller en mer overordnet slutning om hvordan det er å være denne pasienten.

Bohart og kolleger (2002) foreslår å skille mellom tre empatiske moduser i terapi: empatisk forståelse, hvor terapeuten har en medlidende holdning til pasienten som utgangspunkt for å forstå, støtte og gi effektiv intervensjon; kommunikativ inntoning, som er aktivt og pågående forsøk på å være inntonet med pasientens kommunikasjon og prosesser for hvert øyeblikk; personempati, som er vedvarende forsøk på å forstå pasientens opplevelser, både fra fortid og i øyeblikket, hvor terapeuten veklegger en helhetlig forståelse av hvem

pasienten er og har opplevd som bakgrunn for hvordan han eller hun opplever aktuelle situasjoner. Selv om disse forskjellige modusene kan sies å bli vektlagt ulikt i forskjellige terapiretninger, er de ikke gjensidig utelukkende. De er forskjellige fra hverandre i den grad man fokuserer på ulike underkategorier i den empatiske prosessen (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002).

Walsh (2008) skriver at de fleste forsøk på å forstå utviklingen av empati kan deles inn i to antakelser: at empati er en medfødt evne som kan bli tatt i bruk bevisst, eller at empati er en ferdighet som kan bli lært og forbedret gjennom praksis. Hvis dette er tilfelle betyr det at empati er noe som kan læres, uavhengig av hvilke av antakelsene som er riktige.

Til tross for at empati anses som et av terapeutens viktigste bidrag til suksessfull terapi (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002), har man ikke funnet noen effektive måter å fremme, eller kultivere, det på (Shapiro & Izett, 2008). I sin gjennomgang av litteraturen over opplæring av empati, fant Shapiro og Izett kun seks utgitte studier av forskjellige treningsprogrammer for kultivering av empati (Bierman, Carkhuff & Santilli, 1972; Cutcliffe & Cassedy, 1999; Lesh, 1970; Nerdrum, 1999; Nerdrum, 2002; Shapiro & Walsh, 2007, omtalt i Shapiro & Izett, 2008). Diskrepansen mellom den påviste effekten av empati og fraværet av et godt opplæringsprogram, viser at utdanning av helsepersonell har en stor utfordring i å vite hvordan man skaper fagpersoner med både sterk fagkompetanse og relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006).

Oppsummert kan en si at empati forstås som et multidimensjonelt begrep, som inkluderer affektive-, kognitive-, selvfokuserte og andre-fokuserte dimensjoner (Davis, 1983); empati blir forstått som relasjonelt, med både intra- og interpersonlige komponenter (Bennett, 1995). Disse mangfoldige og stridende definisjoner og konseptualiseringer kan forklare variasjonen av funn i litteraturen om empatiens verdi for terapi (Duan & Hill, 1996).



## 5.2 Tilstrekkelig og adekvat empati

Walsh (2008) skriver at han opplever at klinisk erfaring kan være et hinder for god empati, og at empati ikke er noe som utvikles av seg selv med tiden eller som følge av erfaring. I stedet er det noe man må arbeide med for å utvikle. Walsh tar utgangspunktet i Rogers (1961) begrep ”nøyaktig empati”, og hevder at dette er en utopisk tilstand, og at man heller burde se på empati som en dimensjon fra nøyaktig til unøyaktig. Rogers beskrev ikke godt nok hva som var begrensningene i det å kunne legge sitt eget til side, og skille mellom hva som var terapeutens livsverden og hva som var pasientens (Binder, 2011). Tilstrekkelig og adekvat empatisk forståelse er et begrep som vil være mer praktisk å strekke seg etter.

Fenomenologene (Heidegger, 1927; Gadamer, 1975) påpeker hvordan mennesker bare kan strekke seg mot en nøytral observasjon av omverdenen, siden vi ikke kan løsrive oss fra våre forforståelser og deduktive natur. Dette er bakgrunnen for at Walsh (2008) legger frem sin forståelse av empatiprosessen i lys av den hermeneutiske sirkel. Forståelsen, og derav opplevelsen av andre personers private opplevelser, vil alltid være en tentativ affære som bør drives fremover med en reflekterende, skeptisk, nysgjerrig og ydmyk holdning. Den empatiske prosessen vil derfor alltid være sirkulær, og terapeuten bør tjene godt i å rette oppmerksomheten mot sine nåværende opplevelser og antakelser, så vel som mot pasienten (Walsh, 2008). Dette skaper igjen en åpning for å kultivere et indre rom, hvor terapeuten bør gjøre seg kjent med sin egen aktuelle livsverden, for å inntone seg pasienten med tilstrekkelig og adekvat empatisk forståelse. Dette rommet foreslår jeg kan fremmes gjennom Oppmerksomt nærvær.

Oppmerksomt nærvær kan være et moderne alternativ til hvordan en kan kultivere innsikt og praksis av empati i terapien. Utgangspunktet for empati er å kunne lese andre gjennom seg selv; å ha kjennskap til egen livsverden og forforståelser, blir kravet for å møte

andres livsverden og forforståelser. Det hevdes at Oppmerksomt nærvær er et middel for den selvinntoning som kreves for å kunne inntone seg andre mennesker (Bruce, Manber, Shapiro & Constantino, 2010). Kommentert fra et Buddhistisk perspektiv: "You feel love toward others because you understand them, and you understand others because you have understood yourself", (Gunaratana, 2002, s. 15).

### 5.3 Oppmerksomt nærvær og holdningsvekst

Alle måter å forstå den relasjonelle terapiprosessen på, vil bestå av å analysere den ned i mindre komponenter. Til syvende og sist vil alle disse måtene å samhandle med pasienten på alltid være relatert til terapeutens fundamentale medmenneskelige holdninger (Bien, 2008). På samme måte som Oppmerksomt nærvær underbygger de andre faktorene i Den åttefoldede vei i Buddhisme (Mace, 2008), kan vi også se på Oppmerksomt nærvær som en måte å fremme en terapeutisk grunnholdning, som omslutter og underbygger alle andre handlinger i terapirommet. Det vil derfor være interessant å se hvilke holdninger man ønsker å fremme i den Buddhistiske praksisen, og om dette kan være relevant for moderne psykoterapeutisk praksis.

I de Buddhistiske tekstene fremstilles ikke Oppmerksomt nærvær som en ren oppmerksomhetstrening, men som en bevissthetstrening som veves sammen med grunnleggende holdningsendringer (Hanh, 1998; Sucitto, 2012; Bien, 2008; Morgan & Morgan, 2005). Meditasjonen, og de påfølgende endringene i ens forhold til verden, kan sammenlignes med de endringene eksistensialpsykologien omtaler som *grensetilfeller* (Yalom, 1980). Dette vil si at individet, i konfrontasjon med livets gitte betingelser (død, isolasjon, frihet og meningsløshet), opplever en radikal endring i sitt forhold til seg selv, andre og livet. På samme måte har den Buddhistiske lære sett på meditasjonspraksis, og den

meditative tilstanden i seg selv, som katalyserende for holdningsendringer i forhold til seg selv, og som det understrekes, endret forhold til andre (Sucitto, 2012; Shapiro et. al., 2006; Mace, 2008). Dette kan være av betydning for terapeutens utvikling av sin relasjonskompetanse, hvor det å meditere kan være både inngangen og utskyttingsrampen for de holdningene som er konstruktive i terapeutiske relasjoner, som for eksempel empati (Lambert & Ogles, 2004; Rogers, 1957). I denne delen av oppgaven fokuseres det derfor først på meditasjonens tradisjonelle forhold til holdningsvekst, og deretter avsluttes med et moderne perspektiv.

Sucitto (2012) skriver at kultiveringen av empati kan deles inn i kultiveringen av fire ”measureless states”, det samme som Bien (2008) og Nhat Hanh (1998) kaller ”the four immeasurable minds”: kjærlighet (*metta*), medfølelse (*karuna*), glede (*mudita*) og likevekt (*upekkha*). Kollektivt omtales disse fire holdningene som *brahmavihara*. Kjærlighet betyr i denne konteksten en persons evne til å skape glede og lykke, og ikke bare intensjonen til å gjøre det, men også kapasiteten (Bien, 2008). *Metta* blir ofte oversatt til *loving-kindness* (Kabat-Zinn, 2005), for å understreke at begrepet ikke bare omhandler det som betraktes som romantisk kjærlighet; *metta* er den type kjærlighet man har for gode venner. Denne kjærlige holdningen til andre starter med deg selv. Faktisk gjør de fleste *metta*-meditasjoner et poeng ut av dette i sine instruksjoner, hvor denne holdningen først skal rettes mot praktiseren selv, før den rettes mot andre (Kabat-Zinn, 2005).

Medfølelse handler om kapasiteten til å lette lidelsen til andre, som inkluderer ferdighetene til å gjøre dette, som intensjonen (Bien, 2008). Bien gjør et poeng av at vestlige oversettelser av *karuna* feilaktig har lagt vekt på ord som hentyder at personer skal ”lide sammen”. I buddhistisk sammenheng er det derimot ikke nødvendig å føle tristheten til andre personer til den grad at man selv lider sammen med dem. ”A caring physician may care deeply about a patient but need not actually suffer with the patient to bring healing” (s. 43).

Sucitto (2012) skriver at denne holdningen også må utvikles mot deg selv, sånn at man sørger for å ta vare på seg selv til den grad at man har et godt utgangspunkt for å hjelpe andre. Det er bedre å ha føttene på land og tilby hjelp derfra, enn å drukne i vannet sammen med pasienten.

Mudita blir oversatt til sympatisk glede, og handler om evnen til å tillate andres gleder å bli en del av din egen glede, en empatisk faktor som ofte ikke blir vektlagt i bøker om terapi (Bien, 2008). Empati er ikke et fenomen som er forbeholdt negative opplevelser. Som terapeuter er vi trent opp til å gå inn i andre menneskers vonde opplevelser, og glemmer ofte at et helt menneskeliv også innebærer mye glede og lykke. For å være konstruktive i denne delen av den empatiske prosessen, må du selv være i kontakt med det som gir deg selv glede. Sucitto (2012) skriver at denne type glede er analogt med forelderes opplevelse av å se barnet sitt vokse opp og mestre ting for egen hånd. ”.. the rejoicing in another’s -or in one’s own - good fortune, strength or skillfulness” (s.2).

Upekkha oversettes til engelsk som equanimity (Bien, 2008), som på norsk tilsvarende begrepene *sinnsro* og *likevekt*. Begrepet omtaler kapasiteten til å akseptere det som skjer både internt og eksternt, uten å bli forstyrret. Dette er ikke det samme som å være likegyldig til tanker og følelser, men heller å oppleve dem uten å la seg bli overveldet; å se tristhet som tristhet, sinne som sinne og glede som glede, og vite at dette oppstår fra øyeblikk til øyeblikk og forsvinner like fort som det oppstod. Gjennom Oppmerksomt nærvær lærer vi oss at vi er mer enn våre tanker og følelser, så terapeuten kan ha større trygghet ved innpass i pasientens tanker og følelser uten å bli overveldet. Sinnsro er dette rommet vi har etablert mellom oss selv og våre følelser; metaperspektivet. Sinnsro handler om at vi stoler på tilstedeværelsen av Oppmerksomt nærvær og effektene dette har. I enkelte vanskelige situasjoner med pasienter vet man ikke annet enn å være i de vanskelige situasjonene, være empatisk tilstede uten å legge noe til eller trekke noe fra. Sinnsro innebærer å vite hvilke handlinger som er opp til deg som terapeut, og hvilke som er opp til pasienten: ”We as therapists require a clear, keen sense

that we cannot make our clients' choices for them, nor can we alter the facts of the natural world" (Bien, 2008, s. 45). En annen måte å forklare dette begrepet på for terapeuter, er forholdet man har til det faktum at vi ikke kan kontrollere de 40 % av variansen som skyldes faktorer utenfor terapi (Lambert, 1992).

Alle disse fire sinnstilstandene er avhengige av hverandre; differensieringen mellom dem vil alltid være kunstig. Kjærlighet og medlidelse er for eksempel ikke det samme uten å tillate pasienten et rom av sinnsro og frihet. Uten å kunne inntone seg til pasientens gleder vil ikke andre former for medlidelse være ekte og fullendte. "If you are truly mindful of another person, your mindfulness contains love, compassion, joy and equanimity. If any of these elements are lacking, then all are lacking" (Bien, 2008, s. 46).

Slik Sucitto (2012) skriver det, er disse fire holdningene verktøy for å integrere Oppmerksomt nærvær fra formelle meditasjonsøvelser til resten av livet. For terapeuter vil dette være konkrete holdninger å forholde seg til, slik at Oppmerksomt nærvær får spillerom i terapien, og ikke bare når terapeuten mediterer. Disse holdningene handler om meditatørens bevisstgjørelse og trening i sine intensjoner og engasjementer i livet – bevisstgjørelsen av livsverdier og grunnholdninger. Dette er også et argument for at Oppmerksomt nærvær ikke handler om å trekke seg tilbake eller bort fra virkeligheten, men heller vende seg mot og gå inn i den; det handler ikke om å passivisere eller resignere seg fra livet, men å engasjere seg i det med konstruktive holdninger. Selv om den formelle meditasjonen oppfattes som en enslig aktivitet, så er målet økt interpersonlig involvering (Morgan & Morgan, 2005).

## 5.4 COAL

Siegel (2010) omformulerer mange av de ovenfor nevnte buddhistiske begrepene, og integrerer dem i sin moderne forståelse av Oppmerksomt nærvær, nevropsykologi, empati og terapeutisk tilstedeværelse. I sin teori om hvordan mennesker i helende relasjoner skaper en subjektiv resonans mellom seg, kommer han frem til at denne relasjonen kan skape en kraftig opplevelse som kan forklares som "kjærlighet". På samme måte som brahmavihara, mener Siegel at denne helende relasjonelle opplevelsen innebærer følgende faktorer: Nysgjerrighet (Curiosity), Åpenhet (Openness), Aksept (Acceptance), som sammen tilsvarer Kjærlighet (Love; brukes som akronymet COAL). COAL er ifølge Siegel den essensielle tilstanden ved Oppmerksomt nærvær, og kan anses som en underliggende holdning som rettes både mot deg selv og mot pasienter. "As a mindful therapist, I must bring the curiosity, openness, acceptance, and loving-kindness to my own states of mind in order to be mindfully attentive to the states in my patient" (s. 212). Han ser for seg terapeuten og pasienten i en gjensidig resonans, hvor terapeuten intoner seg pasientens subjektivitet, som registreres i sosiale nevralt nettverk, og kan bevisstgjøres gjennom introspeksjon. Hvis terapeuten har ekskludert gitte, indre opplevelser fra sitt eget følelsesrepertoar, vil terapeuten heller ikke være i stand til å registrere pasientens lignende opplevelser, siden disse faktorene kan nås gjennom egen subjektivitet. COAL blir derfor både middelet og målet i utviklingen av relasjonelle evner.

I forhold til Shapiro og kollegers (2006) tidligere nevnte definisjon av Oppmerksomt nærvær, AAI (4.1, s. 30), mener Bruce, Manber, Shapiro og Constantion (2010) at Siegels (2010) COAL passer godt inn som holdningen (Attitude) terapeuter bør kultivere for å danne gode relasjoner til sine pasienter. Bruce og kolleger mener at akronymet kan betraktes som hierarkisk, hvor det er lettest å betrakte pasienten med nysgjerrighet, og vanskeligst å elske, særlig vanskelige pasienter. De mener, på samme måte som Siegel, at utgangspunktet for å

praktisere dette mot sine pasienter, er at terapeuten danner en relasjon til sine egne tanker, følelser og sensasjoner, uansett om de er gode eller vonde, slik at uavhengig av hvilket nivå den terapeutiske relasjonen er i, så kan terapeuten sørge for å være i relasjonen på en helende og produktiv måte.

En parallell kan trekkes til spedbarnsforskningen og intersubjektivitet (Stern, 1985; 2004; Benjamin, 1994). En forelder som ikke anerkjenner sine egne følelser, for eksempel sinnefølelsen, vil ikke klare å anerkjenne disse i barnet sitt. Skal vi som terapeuter kun bekrefte utvalgte sider ved pasienten fordi vi ikke anerkjenner våre egne, slik forelderen allerede har gjort? Skal vi heller anerkjenne oss selv som hele og totale mennesker, iboende hele følelsesregistret, og gi pasienten den affektive inntoning som det bør ha for å leve som et helt selv? Slik både den tradisjonelle og moderne forståelsen av holdningsvekst gjennom meditasjon hevder, kan Oppmerksomt nærvær være et middel for å komme i kontakt med hele sitt følelsesregister, livsverden og forforståelse.

## **5.5 Oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse**

Et begrep som har teoretiske likheter med både Oppmerksomt nærvær og empati, er selvmedfølelse. Begrepet defineres som å bestå av tre komponenter: en utvidet vennlighet og forståelse til seg selv, i motsetning til selvkritikk og selvdømming, å se sin opplevelse som delt med den større menneskeheten, i motsetning til en separat og isolert opplevelse, og å holde sine vanskelige tanker og følelser i balansert bevissthet, i motsetning til å overidentifisere seg med dem (Neff, 2003, omtalt i Birnie, Speca & Carlson, 2010).

Selvmedfølelse kan derfor sies å handle om å erkjenne sine negative opplevelser, lidelse som et eksistensielt gitt fenomen – som en del av det å være menneske, som man klarer å holde oppe i sin opplevelsesverden med en gitt sinnsro, og som man klarer å forholde seg til med en

aksepterende holdning. Ikke bare kan dette ligne på hva de tradisjonelle Buddhistiske tekstene hevder at meditasjon skal gjøre i forhold til De fire edle sannheter, men også et begrep som kan relateres til den terapeutiske holdningen som er blitt påpekt og etterspurt i psykoterapeutisk litteratur. Økt selvmedfølelse kan innebære økt tilgang til sine forforståelser og økt tilgang til sitt følelsesregister med aksepterende holdning.

Det er blitt funnet at selvmedfølelse har positive assosiasjoner med livstilfredshet, sosiale forbindelser, emosjonell intelligens, lykke, optimisme, behag, ekstroversjon og personlig initiativ til å leve produktive og tilfredsstillende liv (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007b, omtalt i Birnie, Speca & Carlson, 2010). De fant også at selvmedfølelse beskytter mot negative selvfølelser, og har en negativ korrelasjon med depresjon, angst, nevrotisisme, grubling, selvkritikk og tankeundertrykkelser. Hvis Oppmerksomt nærvær rent teoretisk kan føre til holdningsendringer, hva viser forskningen om forholdet mellom Oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse?

En validitetsundersøkelse av målene på Oppmerksomt nærvær, viste sterk positiv korrelasjon mellom selvmedfølelse og fem fasetter av Oppmerksomt nærvær, inkludert observering av interne opplevelser, beskrive egne opplevelser, handle med bevissthet, ikke-dømming og ikke-reaktivitet (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006, omtalt i Birnie, Speca & Carlson, 2010). Ryan, Safran, Doran og Muran (2011) fant at terapeuter med høyere nivåer av Oppmerksomt nærvær-trekk rapporterte høyere nivåer av selvmedfølelse og terapeutens mål av styrken på arbeidsalliansen. Det ble ikke funnet sammenheng mellom terapeutens grad av Oppmerksomt nærvær og pasientenes globale nedgang i symptomatologi, men en assosiasjon til pasientenes forbedring i sin interpersonlige fungering. Studiet er langt fra konkluderende, men viser til at terapeuters disposisjon for Oppmerksomt nærvær kan være en viktig terapeutvariabel i utslaget av psykoterapi.



Birnie, Speca og Carlson (2010) undersøkte MBSR-programmets innvirkning på selvmedfølelse og empati. 51 studenter fullførte programmet som viste en signifikant økning i selvmedfølelse, perspektivtaking, spiritualitet og Oppmerksomt nærvær, samt nedgang i personlig lidelse, humørforstyrrelser og stressymptomer. De fant også at økningen i Oppmerksomt nærvær var relatert til økningen av selvmedfølelse. Det ser derfor ut til at deltakerne ble flinkere til å sette seg inn i andres perspektiv, opplevde mindre stress ved andres negative opplevelser, og viste økt spiritualitet og medfølelse ovenfor seg selv. Dette støtter både antakelsen om at Oppmerksomt nærvær er en sentral aktiv ingrediens i MBSR-programmet, og antakelsen om at Oppmerksomt nærvær kan fremme utviklingen av selvmedfølelse.

## **6.0 Forskning på Oppmerksomt nærvær**

For å argumentere at Oppmerksomt nærvær skal være en terapeutisk holdning å fremme hos terapeuten, må det vises at konsekvensene av denne type meditasjon kan generaliseres til ikke-formelle meditasjonssituasjoner. Spørsmålet som stilles er om de som praktiserer meditasjon oppnår varige endringer eller ikke, slik både tradisjonelle og moderne teorier hevder.

Omfanget til denne oppgaven tillater ikke en gjennomgang av alle studiene på meditasjonens effekt på hjernen. Jeg har derfor valgt å fokusere på de nyeste studiene, for å gi et lite innblikk i aktuelle funn. Dette kan derfor ikke leses som en omfattende gjennomgang av litteraturen slik som den foreligger i skrivende stund. Jeg har kun gjort søk via Psychinfo på nøkkelordene ”Mindfulness” og ”Neuroscience”, samt funnet noen artikler referert til i

populære tekster som diskuterer temaet. Dette er utvilsomt en begrensning i denne oppgaven, og det vil heller ikke foreligge noe forsøk på å trekke noen spesifikke konklusjoner ut fra dette utvalget. Da denne oppgaven har også påpekt den teoretiske gevinsten som Oppmerksomt nærvær kan ha for terapeuten i sitt arbeid. Det vil derfor bli presentert studier som er blitt gjort på dette området.

## **6.1 Nevrologiske funn**

De fleste forfattere innen Vipassana Bhavana- og Oppmerksomt nærvær-tradisjonen legger vekt på at gevinstene ved formell meditasjon skal kunne overføres til hverdagen (Nhat Hahn, 1987; Kabat-Zinn, 2005; Bien, 2006; Shapiro & Carlson, 2009). Nevropsykologiske studier av hjernens respons (EEG og fMRI) på meditasjonspraksis er basert på premisset om at forskjellige bevissthetstilstander vil føre til forskjellige nevrofysiologiske tilstander, samt teorien om at meditasjon induserer distinkte tilstander og trekk (Eng: states og traits) i bevisstheten til praktikere (Cahn & Polich, 2006). Tilstander omhandler mer endringer av sensorisk, kognitiv og selvrefererende bevissthet som oppstår under meditativ praksis, mens trekk omhandler varige endringer i disse dimensjonene utover situasjoner med denne praksisen (Austin, 1998). Beskrivelser av meditasjonstilstander inkluderer en dyp følelse av ro og fred, opphør og nedgang av indre dialog og bevegelse, perseptuell klarhet og et metakognitivt skifte i forhold til egne tanker og følelser, mens trekkbeskrivelser omtaler en dypere opplevelse av ro, økt komfortfølelse, endret selv-opplevelse og et metakognitivt endret forhold til bevissthetsfenomener, som vedvarer over tid (Wallace, 1999).

Nervesystemet er plastisk, som vil si at det evner å endre sin struktur og funksjon som svar på endrete krav (Brodal, 2001). Denne evnen er mer begrenset hos voksne enn hos barn i

utvikling, men det har i løpet av de siste tiårene blitt en konsensus om den ferdigutviklede hjernes evne til å tilpasse seg nye krav (for eksempel Doidge, 2007). Dette perspektivet ligger til grunn for de studiene som blir presentert her.

Det er vanskelig å trekke spesifikke slutninger fra EEG-studier annet enn at meditasjon ser ut til å påvirke theta og alpha aktivitet, som også i flere studier viser tendenser til endringer i trekk, blant annet i den forstand at erfarne praktikere viser endret baseline kontra nybegynnere og kontrollgrupper (Cahn & Polich, 2006). Forfatterne konkluderer deres gjennomgang av studiene med at de store variasjonene i funnene kan ha årsak i dårlige metodologiske standarder, samt diffus operasjonalisering av flere ulike typer meditasjonsformer. Billeddiagnostiske studier viser en tendens til konsistente funn, hvor aktivitet i frontale- og prefrontaler regioner blir assosiert med meditasjon (Cahn & Polich, 2006). Her følger en kort gjennomgang av seks studier (Davidson et al., 2003; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard & Davidson, 2004; Farb, Anderson, Mayberg, Bean, McKeon & Segal, 2010; Lazar et al., 2005; Hözel et al., 2011; Luders, Kurth, Mayer, Toga, Narr & Gaser, 2012).

Davidson og kolleger (2003) gjorde et randomisert kontrollert studie av MBSR, hvor de målte nevrologiske endringer og immunfunksjoner hos deltakerne. Bakgrunnen for studiet var etablerte funn som viser at venstresidig aktivisering av frontale regioner er aktivert under gitte former for positive emosjoner, og hos personer som er disposisjonelt positive (Davidson et al., 1990; Davidson, 1992, omtalt i Davidson et al., 2003). Siden MBSR har vist seg å redusere negative emosjoner og øke positive emosjoner (Baer, 2003), var hypotesen at deltakere i dette meditasjonsprogrammet ville oppnå en høyere venstresidig aktivisering enn kontrollgruppen. De testet også hvilke sammenhenger dette ville ha med deltakerenes immunforsvar, som ble operasjonalisert som deres respons på en influensavaksine. MBSR-gruppen viste en signifikant reduksjon i negativtrekk affekt både rett etter intervensjon og fire

måneder senere. De viste også signifikant større venstresidig aktivering ved disse tidspunktene sammenlignet med kontrollgruppen. Meditasjonsgruppen viste også en signifikant større produksjon av antistoffer som respons mot vaksinen, sammenlignet med kontrollgruppen, og det viste seg at det var en sammenheng mellom økt venstresidig aktivering og mengde antistoffer innad i meditasjonsgruppen. Disse funnene er de første som dokumenterer at meditasjon kan øke venstresidig frontal aktivering utenfor formelle meditasjonsøvelser, som har sammenheng med redusert negativ affekt og økt immunfunksjon.

Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard og Davidson (2004) sammenlignet EEG-målinger til åtte meditasjonspraktikere med opp til 40 års erfaring, med 10 frivillige studenter som fikk en uke med meditasjonstrening. Meditasjonsformen som ble lagt vekt på under målingen var *Metta*-meditasjon, som i likhet til vipassana bhavana og Oppmerksomt nærvær praktiseres uten mantra eller konsentrasjonsobjekt (Kabat-Zinn, 2005). Resultatene viste at de to gruppene hadde forskjellige EEG-profiler ved baseline, med høyere forhold av gammalytmer (25-42 Hz) til saktevingende aktivitet (4-13 Hz) hos erfarne praktikere enn nybegynnerne. Denne gruppeforskjellen økte under meditasjon, og fortsatte til hvileperioder etter meditasjonen. Dette stemmer overens med teori og anekdoter fra praktikere, og selv om studiet fant at antall timer med praksis og ikke alder predikerte disse gruppeforskjellene, så kan fortsatt andre tredjevariabler ha påvirket funnet. Funksjonen og konsekvensen av en slikt økt gamma-aktivitet under mental aktivitet er ikke studert tilstrekkelig (Lutz & Thompson, 2003).

Farb, Anderson, Mayberg, Bean, McKeon & Segal (2010) viste at til tross for at en MBSR-gruppe og en kontrollgruppe rapporterte like dysforiske nivåer etter å ha sett klipp fra en trist film, demonstrerte MBSR-gruppen lavere nevralt reaktivitet. Blant annet viste de en relativt lavere aktivering i områder som er assosiert med autobiografiske minner og selvrefererende prosesser (Cavanna & Trimble, 2006, omtalt i Farb et al., 2010). MBSR-

gruppen viste også en økt aktivering i insula under den dysforsiske induksjonen. De fant også negativ korrelasjon mellom aktivering av venstrelateraliserte språkområder og aktivering av høyre insula, samt en negativ korrelasjon mellom BDI-skårer og aktivering av insula. Farb og kolleger mener at dette ikke representerer en generell avstumpning av følelsene, siden begge grupper rapporterte like affektive nivåer. Forfatterne mener heller at dette kan tyde på en endring av den emosjonsregulerende prosessen, hvor emosjoner blir opplevd som ufarlig sensorisk informasjon, i motsetning til affektladet trussel mot selvet. Funnene foreslår at det kan være en tradeoff mellom språkområder og insula i forhold til humør; muligens er språkbaserte reguleringsprosesser prediktor for høyere BDI-skåre.

Lazar og kolleger (2005) ville teste om Oppmerksomt nærvær resulterte i signifikante varige endringer i kortikale strukturer som blir aktivert under meditasjonen. 20 erfarne meditasjonspraktikere, med en gjennomsnittlig erfaring på 9,1 +- 7,1 år med 6,2 +- 4,9 timer i uka, ble sammenlignet med 15 deltakere uten meditasjon eller yoga-erfaring. En stor region av høyre anterior insula og Brodmanområde 9 og 10 var signifikant tykkere hos erfarne praktikere enn i kontrolgruppen, og en lignende tendens viste seg også i auditor korteks og somatosensorisk korteks. De erfarne meditasjonspraktikerne viste også en korrelasjon mellom antall selvrapperte meditasjonstimer og fall i respirasjonsrate, som igjen korrelerte med kortikal tykkelse. Disse funnene var fortsatt signifikante når de kontrollerte alderen på deltakerne. Dette studiet viser at meditasjonspraksis er assosiert med økt tykkelse i gitte kortikale regioner, som er relatert til somatosensorisk, auditorisk, visuel og interoseptiv prosessering. Blant annet viser funnene at gjennomsnittlig tykkelse på Brodman område 9/10 hos 40-50 år gamle praktikere er lik den hos 20-30 år gamle praktikere og kontrolldeltakere. Disse funnene kan tyde på at meditasjon reduserer aldersbetinget tynning av frontalkorteks. Dette er foreløpig bare korrelasjonelle funn, og det er mulig at for eksempel personer som allerede har denne relative større tykkelsen i disse områdene blir lettere opptatt av meditasjon.

Høyre anterior insula, som viste størst gruppeforskjell, har vist seg å ha en sentral funksjon og aktivering av bevissthet, kroppssoppmerksomhet, og introspeksjon (Craig, 2009), hvilket er logisk sett ut ifra meditasjonsformens teori og instruksjoner (Guranatana, 2002; Kabat-Zinn, 2005). Dette kan derfor være funn som tyder på at økt selvinnsikt og konstruktiv emosjons- og stressregulering muligens manifesterer seg som økt nevrologisk tykkelse i aktuelle hjerneregioner.

Et annet nylig funn var Hölzel og kollegers (2011) kontrollerte longitudinelle studie av MBSR deltakere, hvor de målte konsentrasjonen av grå substans med fMRI i prioriterte områder av hjernen. Resultatene viste endringer i en del av venstre hippocampus, hvor deltakere etter MBSR viste økt tetthet sammenlignet med før programstart og kontrollgruppe. Andre områder som hadde fått økt tetthet etter intervensjonen var posterior cingulate korteks, left tomoporoparietal junction og to områder i cerebellum. Hippocampus er blitt assosiert med meditasjon tidligere (Hölzel et al., 2008), og strukturelle endringer i dette området av hjernen kan reflektere forbedret funksjon i emosjonsregulering (Milad, Wright, Orr, Pitman, Quirk & Rauch, 2007). Redusert volum eller tetthet i Hippocampus er også assosiert med patlogiske tilstander som depresjon og PTSD (Sheline, 2000; Kasai et al., 2008). Forfatterne hadde også forventet funn i Insula, men disse viste seg å ikke være signifikante. Det er mulig at endringer i dette området krever erfaring på linje med deltakerne i studiet til Lazar og kolleger (2005).

Luders, Kurth, Mayer, Toga, Narr og Gaser (2012) målte forskjeller i kortikal gyrifikasjon, som er mønster og grad av folding i cerebral korteks, mellom en meditasjonsgruppe og en kontrollgruppe. De fant at meditasjonsgruppen hadde signifikant større gyrifikasjon i venstre precentralgyrus, høyre fusiform gyros, høyre cuneus og venstre og høyre anterior dorsal insula. Den største forskjellen fant de i høyre anterior dorsal insula. De fant også at disse funnene hadde en positiv korrelasjon med hvor lenge meditatørene hadde praktisert meditasjon. Selv om implikasjonene for hva større gyrifikasjon betyr, så

foreslår disse funnene at det kan være en sammenheng mellom meditasjon, endring i gyrifikasjon, med særlig endringer i insula.

Det ser derfor ut til at nyere studier er blitt mer konsistente i sine funn, hvor det ikke lenger er tvil om at meditasjon påvirker sentralnervesystemet, men at de underliggende neurofysiologiske mekanismene fortsatt er uklare (Cahn & Polich, 2006; Chiesa & Serretti, 2010). Fra disse studiene som er trukket frem i denne oppgaven, kan det se ut til at meditasjon ikke bare fører til en endret sinnstilstand, men også endring i trekk, som målt ved kortikale endringer.

## **6.2   Terapeuter og Oppmerksomt nærvær**

Møtepunktet mellom Oppmerksomt nærvær og psykologiske behandlingsmetoder har i all hovedsak vært som en integrert teknikk i større behandlingsmodeller (MBSR; Kabat-Zinn, 1990; MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002; ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; DBT; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). Forskningen som foreligger har derfor også hovedsakelig hatt fokus på effekten Oppmerksomt nærvær har for pasienter. I denne oppgaven har fokuset vendt seg mot effekten Oppmerksomt nærvær kan ha for terapeutens relasjonskompetanse. Siden dette er en forholdsvis ny interessebølge (Hick, 2008), foreligger det få studier som omhandler dette. Avslutningsvis i denne oppgaven presenteres noen av de studiene som er utført, men tentative preliminnære konklusjoner.

Shapiro, Brown og Biegel (2007) undersøkte effekten av MBSR på studentterapeuter på bakgrunn av studier som viser at helsepersonell blir utsatt for stress i arbeidet sitt. Dette kan resultere i ”compassion fatigue” (Figley, 2002; Showalter, 2010), som er en form for emosjonell utbrenthet. 22 studentterapeuter deltok i MBSR, mens to andre kurs

(Psychological Theory og Research Methods) med studenter fra samme populasjon fungerte som én samlet kontrollgruppe. Resultatene viser at deltakerne i MBSR-gruppen rapporterte signifikante reduksjon i oppfattet stress, negativ affekt, angst-tilstand og trekk, grubling, samt økt positiv affekt og selvmedfølelse. Dette er også et av få studier som har studert sammenhengen mellom grad av Oppmerksomt nærvær som ingrediens i intervensjonen. Deltagerne viste en signifikant økning i Oppmerksomt nærvær etter fullført kurs, og økningen i Oppmerksomt nærvær og bevissthet predikerte reduksjon i grubling, angst og opplevd stress, samtidig som den predikerte økningen i selvmedfølelse.

Dette studiet viser at MBSR bedrer den mentale helsen til studentterapeuter, og at endringer i målt Oppmerksomt nærvær kan ha sammenheng i disse resultatene. Studiet viser også at programmet har en gunstig effekt på helspersonell, og ikke bare pasientgrupper. Dette studiet er det andre som viser at MBSR gir økt Oppmerksomt nærvær for deltakere. Det første studiet var gjort av Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel & Shapiro (2005). Disse funnene støtter derfor MBSR-programmets teori om at det er denne faktoren som er sentral aktiv ingrediens.

May og O'Donovan (2007) undersøkte hvilken sammenheng Oppmerksomt nærvær har med tre faktorer som viser seg å ha en sterk sammenheng med terapeutens effektivitet: velvære, utbrenthet og tilfredshet på jobb. 58 psykologer, rådgivere og sosialarbeidere fullførte undersøkelsen. Resultatene indikerte at personene som skåret høyere på Oppmerksomt nærvær også rapporterer å være mer fornøyd med livene sine, opplevde høyere frekvens av positiv affekt og lavere frekvens av negativ affekt enn de som skåret lavere på disse skårene. I forhold til utbrenthet viste resultatene at de som skåret høyere på Oppmerksomt nærvær, rapporterte høyere nivåer av personlig prestasjon, lavere emosjonell utmattelse og depersonalisering, sammenlignet med de som skåret lavere på Oppmerksomt nærvær. Oppmerksomt nærvær hadde også positiv korrelasjon med deltakernes opplevelse av



tilfredshet på jobb. Disse funnene tyder på at Oppmerksomt nærvær kan være en sentral faktor i terapeuters effektivitet i arbeidet sitt, siden det kan påvirke viktige moderatorer ved terapeuten.

Grepmaier, Mitterleher, Loew, Bachler, Rother og Nickel (2007) undersøkte om terapeuters opplæring i Oppmerksomt nærvær påvirket pasientenes effektivitet. 18 psykologstudenter ble tilfeldig fordelt til enten en Zen meditasjonsgruppe eller en kontrollgruppe som ikke utførte noen meditasjon. Meditasjonsgruppen møttes på morgenen én time før arbeidsdagen begynte, hvor de ble instruert av en Zen-mester fra Japan. Pasientene til begge gruppene ble målt med Session Questionnaire for General and Differential Individual Psychotherapy (STEP), Questionnaire of Changes in Experience and Behavior (VEV) og Symptom Checklist (SCL-90-R). Alle pasientene var innlagt og mottok integrativ psykiatrisk-psykoterapeutisk behandling, som inkluderte individualterapi, gruppeterapi, gestaltterapi, gruppeterapi med fokus på kropp, samt muskelavslapningstimer og sport- og gymnastikkgrupper. Resultatene viser at pasientene som ble behandlet av terapeuter i meditasjonsgruppen skåret signifikant høyere på to av tre STEP-skalaer: klarifisering og problem-løsningsperspektiv. Rett etter terapitimer opplevde deres pasienter også progresjon i andre områder: forståelse av egen psykodynamikk, strukturen, fenomenologien og karakteristikkene ved deres vanskeligheter, samt mulighetene og mål i deres utvikling. De skåret også bedre enn kontrollgruppen på deres subjektive progresjon i å overkomme vanskeligheter i livet og symptomer, utviklingen av ny atferd, og implementeringen av dette i hverdagen. Skåringen av VEV var også signifikant bedre enn kontrollgruppen. Resultatene på SCL-90-R viste at pasientene til meditasjonsgruppen hadde endret seg signifikant sammenlignet med kontrollgruppen. Selv om dettes studiet har sine mangler i forhold til at behandlingsprogrammet var så bredt, og at man dermed ikke kan trekke konklusjoner om mekanismene i endringene som ble funnet, så tyder resultatene på at å promotere

Oppmerksomt nærvær, og terapeuten som verktøy i seg selv, har en positiv påvirkning på pasientene. Videre forskning må inkludere større utvalg av studentterapeuter, samt inkludere forskning på erfarne terapeuter, for at funnene skal kunne generaliseres. Dette er en av studiene som brukes mest i litteraturen innen den nye interessebølgen, hvor det hevdes at Oppmerksomt nærvær hos terapeuten har målbare gevinster hos pasienten.

## 7.0 Konklusjon

Yrkeskompetansen til terapeuter består av to like viktige komponenter:

handlingskompetansen og relasjonskompetansen (Røknes & Hanssen, 2002). Ut ifra denne modellen må en terapeut kunne balansere mellom å forholde seg til pasienten både som objekt og subjekt for å utføre arbeidet sitt optimalt. Med andre ord kan man si at terapeutens kompetanse består av hans eller hennes evner til å samhandle med sine pasienter, så vel som å handle. Et av de mest konsistente funnene i forskning på psykologisk behandling er at den terapeutiske relasjonen er en viktig bidragsyter for pasientens positive endringer (Lambert & Simon, 2008). En god terapeutisk relasjon mellom terapeut og pasient blir derfor en faglig måloppnåelse, som terapeuten står til ansvar for å opprette og opprettholde. Denne oppgaven har hatt et fokus på utviklingen av terapeutens relasjonskompetanse (terapeutens relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og etiske refleksjon), som er helt sentral for å opprette og opprettholde den terapeutiske relasjonen.

Denne oppgaven har gitt en oversikt over utviklingen innen flere terapeutiske retninger (Aron, 1996; Safran & Muran, 2000; Bugental, 1987; Stern, 1990; Rogers, 1957; Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008), hvor den realistiske relasjonen mellom terapeut og pasient ser ut til å ha blitt stadig mer fremhevet. Hvem terapeuten er som person, og i hvor stor grad vedkommende er bevisst dette selv, ser ut til å være et fellestrekk mellom de ulike retningenes utvikling. Dette kan sammenlignes med hva hermeneutikken og konstruksjonismen hevder er menneskets utfordring i møte med sin opplevelsesverden: å bli kjent med sine forforståelser, og forholde seg til dem på en nysgjerrig og ydmyk måte (Gadamer, 1960). Som en sekkebetegnelse for denne tilstanden, hvor terapeuten er kjent med sine egne forforståelser i en terapeutisk kontekst, har jeg brukt begrepet *terapeutisk holdning*.

Oppmerksomt nærvær kan være en mulig tilnærming til hvordan terapeuten kan finne og utvikle sin terapeutiske holdning - sin relasjonskompetanse. I denne oppgaven har Oppmerksomt nærvær ikke bare blitt presentert i lys av å være et moderne, vestlig begrep, men også som den tradisjonelle Buddhistiske disiplinen begrepet har hentet sin inspirasjon fra. Både det tradisjonelle- og moderne perspektivet hevder at Oppmerksomt nærvær fører til et introspektivt perspektivskifte, hvor man får etablert en større visshet om sitt mentale liv. Begge er også tydelige på at meditasjonsutøveren går inn i dette utvidete, indre rommet med gitte holdninger. Særlig de tradisjonelle teoriene vektlegger at den formelle meditasjonen, og erfaringen man får fra sin opplevelse derfra, vil endre grunnleggende holdninger vedkommende har til seg selv og andre. Det blir lagt frem slik at en persons økte kjennskap og forståelse av seg selv og sitt mentale liv vil føre til økt kjennskap og forståelse av andre og deres mentale liv. Et møtepunkt mellom Oppmerksomt nærvær og moderne psykoterapiforskning kan derfor være begrepet empati.

Både det klassiske og moderne perspektivet på Oppmerksomt nærvær vektlegger prinsippet om at den formelle meditasjonens gevinst skal kunne overføres til uformelle situasjoner (Kabat-Zinn, 1994), som også kan være terapisisituasjonen. Kan man være til stede med et Oppmerksomt nærvær når man pusser tennene sine eller spiser en rosin, så kan man også være det når man gir psykoedukasjon, forklarer kognitive skjemaer, gir hjemmeoppgaver, arbeider med motstand, overføringer og motoverføringer, eller benytter seg av andre psykoterapeutiske teknikker fra den store verktøykassen vår. På denne måten kan man si at det handler om å være tilstede i handlingene våre, som ikke er en passivisering, men aktivisering.

Begrensningene ved å foreslå Oppmerksomt nærvær som en tilnærming for å utvikle relasjonskompetanse, er mangelen på et større empirisk grunnlag som kan understøtte dette. De behandlingsmodellene som hevder at Oppmerksomt nærvær har en gunstig effekt for

pasienter, har et større og tyngre vitenskapelig fundament enn hva teoriene og påstandene i denne oppgaven hevder. Det eksisterer mer teori og forskning på effekten det har for pasienter enn det har for terapeuten i sitt arbeid. Dette er en tydelig begrensning i denne oppgaven. Det vil derimot ikke si at forslagene som denne oppgaven fremhever ikke stemmer, men at man må ha mer forskning og et sikrere grunnlag å basere dem på før de implementeres i utdannelsen og utviklingen av terapeuter. Det vil derfor være behov for videre forskning innen dette området.

Det har derimot vært interessant å se hvordan svært gamle teorier, i moderne og mer presist operasjonaliserte former, har vært grobunn for studier som viser at trening av Oppmerksomt nærvær kan ha en effekt målt på nevrologisk nivå, og at de som praktiserer denne type meditasjon opplever et endret forhold til seg selv, blant annet i form av økt selvmedfølelse. De få studiene som foreligger ved skrivende stund viser også en tendens til at pasienter av terapeuter som praktiserer Oppmerksomt nærvær opplever en positiv effekt av dette.

Ingen terapi foregår i et vakuum. Ingen terapeuter arbeider uten intensjoner, motivasjoner, antakelser, affekter, forventninger, drivkrefter – og i den uunngåelige relasjonen trer det frem: terapeuten som person. Som ansvarlig for samhandlingen og handlingen som gjøres i terapi, stilles det krav til relasjonskompetansen ved terapeuten, en innsikt i seg selv, en kjennskap til sin egen opplevelsesverden, og der, i møte med seg selv, utgangspunktet for kjennskap til andre. Det er ikke utenkelig at Oppmerksomt nærvær kan være fremmede for denne relasjonskompetansen. Oppmerksomt nærvær kan hjelpe terapeuten i å være mer tilstede, åpen, med økt evne til å respondere på øyeblikkelige krav som oppstår i interaksjon med pasienten. Det kan også øke opplevelsen av å være i, og klar over, sin egen kropp, egne tanker, følelser, holdninger og verdier. Dette kan potensielt bedre terapeutens empati og evner til å komme i kontakt med pasienten. På den måten kan oppgaven

avsluttes med denne påstanden: “Når vi virkelig er til stede og forstår, innser vi også at vi lever og puster i det samme landskapet som den som kommer for å få hjelp av oss” (Binder, 2011, S. 19).

## 8.0 Referanseliste

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Austin, J. H. (1998). *Zen and the brain : toward an understanding of meditation and consciousness* . Cambridge, Mass.: MIT Press.

Aveline, M., Strauss, B. M., & Stiles, W. B. (2005). Psychotherapy research. I: G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes (Red.), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125–143.

Baldwin, M. (2000). Interview with Carl Rogers on the use of the self in therapy. I M. Baldwin (Red.) *The Use of Self in Therapy*, 2. utg. New York: Haworth Press.

Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Benjamin, Jessica (1995) *Like Subjects, Love Object*. New Haven and London: Yale University Press.

Bennett, J. A. (1995). Methodological notes on empathy: further considerations. *Advances in nursing science*, 8, 188-202.

Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bien, T. (2008). The four immeasurable minds: Preparing to be present in psychotherapy. I S. F. Hick & T. Bien (Red.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (S. 37-54). New York, NY: Guilford Press.

Bien, Thomas. (2006). *Mindful therapy*. Somerville: Wisdom Publications.

Binder, P-E. (2011). *Et oppmerksomt liv*. Bergen: Fagbokforlaget.



Binder, P-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.

Birnie, K., Speca, M. & Carlson, L.E. (2010) Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress & Health* 26(5), 359-371.

Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71–83.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., et al. (2004) Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. I: J. C. Norcross (Red.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). Meta-Analysis on the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Brodal, P. (2001). *Sentralnervesystemet* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bruce, N.G, Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapist process. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, and Training*, 47, 83-97.

Buber, M. (1923/2000). *I and thou*. New York: Scribner.

Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York: Norton.

Bugental, J., (1999). *Psychotherapy Isn't What you Think: Bringing the Psychotherapeutic Engagement Into the Living Moment*. Phoenix, AZ: Zeig.

Cahn, B. R., & Polich, J. (2009). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol bull*, 132, 180-211.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med.*, 40, 8, 1239-52.

Cohen-Katz J., Wiley S. D., Capuano T., Baker D. M., Kimmel S., & Shapiro S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice, 19*, 26–35.

Craig, A.D. (2009). How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 59–70.

Davidson, R. J., et al. (2003). "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation." *Psychosom Med, 65*(4): 564-570.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 1 13- 126.

Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Boston: Beacon Press.

Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F. & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64* (3), 344- 354.

Doige, N. (2007). *The brain that changes itself: stories of personal triumph from the frontiers of brain science*. New York: Penguin Books

Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 261-274.

Emmelkamp, P. M. (1994). Behaviour therapy with adults. I: A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Red.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4. utg.). New York: Wiley.

Farb, N.A., Anderson, A.K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z.V. (2010). Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion, 10*, 25–33.

Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behavior therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*(1), 51-68.

Figley, C. R. (Red.). (2002). *Treating compassion fatigue*. Hove, Great Britain: Brunner-Routledge.

Gabbard, G. O. (1996). *Love and hate in the analytic setting*. Northvale, NJ: Aronson.

Gabbard, G. O. (2005). Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. I: G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Red.), *Oxford textbook of psychotherapy* (s. 3-15). New York: Oxford University Press.

Gadamer, H-G. (1960/1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.

Gehart, D., & McCollum, E. (2008). Teaching therapeutic presence: A mindfulness-based approach. In S. Hicks and T. Bien (Eds.) *Mindfulness and the healing relationship* (pp. 176-194). New York: Guilford.

Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter *Person-centered and experiential psychotherapies*, 1, 71-86.

Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 111–117.

Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.

Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., &Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35– 43.

Gunaratana, B. H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Boston: Wisdom Publication.

Hahn, T.N. (1991). *Peace is Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life*. New York: Bantam Books.

Hanh, T. N. (1987). *Being Peace*. Berkeley, Ca: Parallax Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11(3), 249-254.

Hayes, S. C., Strosahl, K. & Willson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. I S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese & T.R. Sarbin (Red.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Reno, NV: Context Press.

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hersoug, A. G., Høglend, P. A., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, s 205- 216.

Hick, S. F. (2008). Cultivating therapeutic relationships: the role of mindfulness. I: S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (S. 3-18). New York: The Guilford Press.

Hölzel, B.K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., & Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191, 36–43.

Hölzel, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 55–61.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Horvath, A.O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance. I J. C. Norcross' *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

Hycner, R., & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in Gestalt therapy: A dialogic/self psychology approach*. Highland, New York: The Gestalt Journal Press.

Jacobsen, B. (1998). *Eksistensens psykologi*. København: Bo Jacobsen og Hans Reitzel.

James, W. (1890/1950), *The Principles of Psychology, volume 1*. New York: Dover.

Jotika, U. & Dhamminda, U. (1986). *Mahasatipatthana sutta: the greater discourse on steadfast mindfulness*. Hentet fra: <http://www.holybooks.com/wp-content/uploads/Maha-Satipatthana-Sutta.pdf> .

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion Books.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. New York: Hyperion Books.



Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.

Kasai, K., Yamasue, H., Araki, T., Sakamoto, H., & Kato, N. (2006). Structural and Functional Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder. I: *PTSD: Brain Mechanisms and Clinical Implications*. Kato, N., Kawata, M., & Pitman, RK. (Eds.). (S. 203-209). Tokyo: Springer.

Killingmo, B (2001). Psykoanalysen ved milleniumskiftet - noen refleksjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 3 - 15.

Krug, O. T. (2009). James Bugental and Irvin Yalom: two masters of existential therapy cultivate presence in the therapeutic encounter. *Journal of Humanistic Psychology*, 49, 329-354.

Laferty, P., Beutler, L. E. & Crago, M. (1991). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Psychotherapy in Australia*. 12, 10-23.

Lambert, M. (1992). Implications for outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.

Lambert, M. (1992). Implications for outcome research for psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94–129). New York: Basic Books.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.

Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 19–33). New York: Guilford.

Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, *16*, 1893–1897.

Lessem, P. A. (2005). *Self psychology: an introduction*. Oxford: Rowman & Littlefield.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Saurez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.

Lorr, M. (1965). Client perceptions of therapists. *Journal of consulting psychology*, 29, 146-149.

Luders, E., Kurth, F., Mayer, E.A., Toga, A.W., Narr, K.L., & Gaser, C. (2012). The unique brain anatomy of meditation practitioners: alterations in cortical gyrification. *Front. Hum. Neurosci.*, 6, 34.

Lutz, A. & Thompson, E. (2003) Neurophenomenology: integrating subjective experience and brain dynamics in the neuroscience of consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 10 (9–10), 31–52.

Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Science*, 101(46), 16369–16373.

Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health*. New York: Routledge Publications.

Martin, D., Garske, J., & Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.

May, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York: Norton.

May, S., & O'Donovan, A. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13(4), 46-53.

McDonough-Means, S. I., Kreitzer, M. J., & Bell, I. R. (2004). Fostering a healing presence and investigating its mediators. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, 25-S41.

Milad, M.R., Wright, C.I., Orr, S.P., Pitman, R.K., Quirk, G.J., & Rauch, S.L. (2007). Recall of fear extinction in humans activates the ventromedial prefrontal cortex and hippocampus in concert. *Biological Psychiatry*, 62, 446–454.

Miller, W. R., Taylor, C. A. & West, J. C. (1980). Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48, 590-601.

Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Morgan, W. D., & Morgan, S. T. (2005). Cultivating attention and empathy. I C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Red.), *Mindfulness and psychotherapy* (S. 73–90). New York: Guilford Press.

Norcross, J. C. (Ed.). (2002b). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.  
Norton.

Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Aronson.

Piet, J., Hougaard, E. (2011). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 1032–1040.

Reik, T. (1948). *Listening with the third ear: the inner experience of a psychoanalyst*. New York: Farrar, Straus & Giroux.

Rogers, C. R. (1961/2004). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable & Robinson.

Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, *Journal of Consulting Psychology* 21(2): 95-103.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2002). *Bære eller briste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M. & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 1–9.

Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. A. (2009). Kvalitet på terapeutisk allianse som prediktor i behandling av pasienter med depresjons eller angstlidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 7, 651 - 657.

Ryum, T. (2012). *Terapeuteffekter i psykoterapi: betydningen av relasjonelle faktorer*. Manuskript innsendt for publisering.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiation the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press.

Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 27, 154-165.

Schneider, W., & Shiffrin, R.M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

Segal, Z.V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115.

Shapiro, S. L., Carson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.

Shapiro, S., & Izett, C. (2008). Mediation: A universal tool for cultivating empathy. I: S. F. Hick & T. Bien (Red.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (S. 161-175). New York: The Guilford Press.

Shapiro, S.L. & Carlson, L.E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association Publications.

Sheline, Y.I. (2000). 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: The role of stress and medical comorbidity. *Biol Psychiatry* 48, 791–800.

Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: what is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.

Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist*. New York: Norton & Company.

Soma, B & Pereira, C. A. (1949). *The way of mindfulness: the satipatthana*. Colombo: Kessinger Publishing.

Sonkin, D. (2005). Attachment theory and psychotherapy. *The California therapist*, 17, 68-77.

Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

St. Clair, M. (1996). *Object relations and self psychology: An introduction*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.

Stern D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1990). *Diary of a baby*. New York: Basic Books.



Sucitoo, A. (10.10.2012). *Cultivating empathy*. Hentet fra:  
<http://www.cittaviveka.org/files/articles/Cultivating%20Empathy%20-%20Ajahn%20Sucitto.pdf>

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Suzuki, S. (2011). *Zen mind, beginner's mind*. Boston: Shambala Publications.

Swales, M.A. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, Research and Future Directions. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 164-177.

Teigen, K. H. (2004). *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44, 112-119.

Wallace, A. B. & Hodel, B. (2008). *Embracing mind: the common ground of science and spirituality*. Boston: Shambhala Publications.

Wallace, B.A. (1999). The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 175-187.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Walsh, R. (2008). Mindfulness and empathy: A hermeneutic circle. I S. Hick, & T. Bien (Red.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (S. 72-86). New York: The Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (1998). *The Yalom Reader: On Writing, Living, and Practicing Psychotherapy*. New York: Basic Books.