

HVAD ER GODE FORUDSÆTNINGER FOR AT UNDERVISE I MINDFULNESS?

– om kvalitet og integritet i mindfulness-baseret klinisk intervention inden for psykologi og sundhedsvidenskab

Jacob Piet¹

Mindfulness-baserede kliniske interventioner er gennem de seneste årtier blevet populære, udbredte og bredt implementeret ved flere universiteter, hospitaler og klinikker i den vestlige del af verden. Der er på nuværende tidspunkt omfattende empirisk støtte for effekten af mindfulness-baseret stressreduktion (MBSR) og mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT) over for forskellige kliniske og ikke-kliniske populationer. I takt med den stigende popularitet og efterspørgsel er der imidlertid risiko for, at kvalitet og integritet i MBSR og MBKT kan gå tabt, særligt når de evidensbaserede interventioner ikke leveres som intenderet. På den baggrund præsenteres en overordnet model for kvalitet og integritet i mindfulness-baseret klinisk intervention med fokus på professionel træning, standarder for god praksis, undervisningskompetencer, etik og indsigt fra kontemplative traditioner. I artiklen fremhæves vigtigheden af, at professionel træning foregår over længere tid, med sigte på at udvikle, integrere, efterprøve og evaluere de nødvendige undervisningskompetencer. Hertil argumenteres der for, at undervisere i MBSR og MBKT arbejder personligt med at integrere mindfulness i deres eget liv.

Indledning

Den kliniske psykologi har i stigende grad interesseret sig for evidensbaserede tilgange til klinisk praksis, særligt siden den amerikanske psykologforening American Psychological Association i 2005 vedtog principper for evidensbaseret psykologisk praksis (APA, 2006). På det seneste er kliniske interventioner baseret på træning i mindfulness blevet undersøgt ved brug af stringente metodiske principper for moderne empirisk videnskab (Baer, 2006), og inden for kognitiv adfærdsterapi er tilgange med fokus på mindfulness og accept blevet kaldt den tredje bølge, næst efter klassisk adfærdsterapi og traditionel kognitiv terapi (Hayes, Folette & Linehan, 2004). I

1 Cand.psych., ph.d., psykolog og forsker ved Dansk Center for Mindfulness, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Vesten er begrebet mindfulness blevet mainstream og populært i takt med udvikling, undersøgelse og implementering af mindfulness-baserede kliniske interventioner (Williams & Kabat-Zinn, 2011).

Majoriteten af de relativt nyudviklede mindfulness-baserede interventioner er enten baseret på eller afledt af mindfulness-baseret stressreduktion (MBSR), der blev udviklet af Jon Kabat-Zinn i slutningen af 1970'erne ved University of Massachusetts Medical School. MBSR blev oprindelig udviklet som et generisk færdighedstræningskursus for heterogene grupper med forskellige fysiske og psykologiske problemer. Allerede i 1997 var MBSR implementeret ved mere end 240 hospitaler og klinikker i Nordamerika og Europa (Salmon, Santorelli & Kabat-Zinn, 1998).

I denne artikel refererer betegnelsen *mindfulness-baseret klinisk intervention* til MBSR samt interventionsprogrammer, der med udgangspunkt i MBSR er blevet tilpasset specifikke kliniske populationer. Der fokuseres primært på MBSR (Kabat-Zinn, 2013) samt mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT) (Segal, Williams & Teasdale, 2014). Begge er velstrukturerede interventionsprogrammer, der bygger på systematisk træning i mindfulness med inddragelse af forskningsbaseret viden om henholdsvis stress (i MBSR) og depression (i MBKT). En del af mindfulness-træningen består af enkle yoga- og strækøvelser, der er tilpasset, således at alle kan deltage. De to interventioner foregår i grupper på 15-30 deltagere og strækker sig over otte uger med to-tre timers ugentlige sessioner. Hertil kommer en hel dag i stilhed med intensiv træning i mindfulness. Inden tilmelding orienteres deltagerne om, at forløbet i MBSR/MBKT er krævende. Det kræver engagement samt villighed til at prioritere hjemmearbejde svarende til 45-60 minutters daglig træning af mindfulness. Den meditative træning i MBSR og MBKT strækker sig fra *koncentration*, hvor der fokuseres på et enkelt objekt (fx åndedrættet), til såkaldt *valgløs opmærksomhed*, hvor opmærksomheden hviler stabilt i nuet med bevidst registrering af det, som foregår i det brede opmærksomhedsfelt, inklusive kropslige fornemmelser, følelser, tanker og lyde, men uden at der holdes fast i noget bestemt fokus. Når den praktiserende bliver distraheret af tanker eller andre stimuli, er den grundlæggende instruktion ganske enkelt at vende tilbage til den meditative indstilling, for eksempel ved at genetablere fokus på åndedrættet.

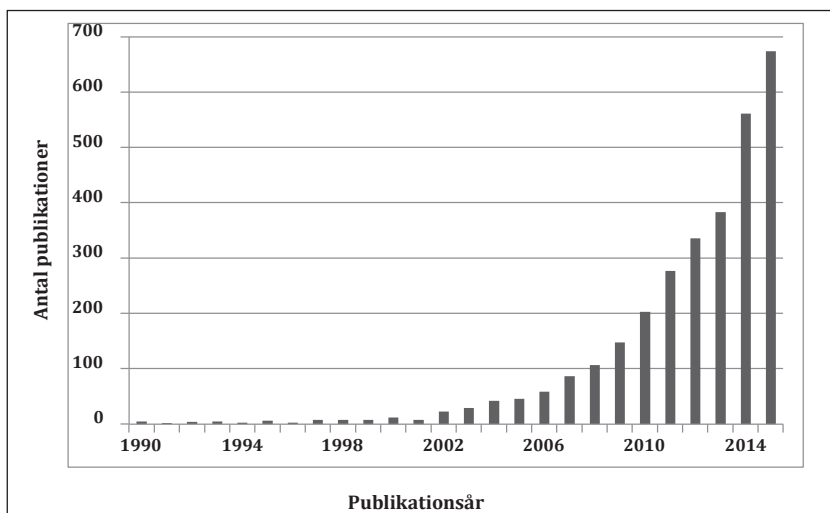
Gennem ugentlig undervisning og daglig træning af mindfulness inviteres deltagerne fra starten af forløbet til at opdage, hvad de ved brug af mindfulness selv kan gøre for aktivt at tage et ansvar for deres generelle sundhed og psykologiske velbefindende. Mindfulness-baseret klinisk intervention inden for psykologi og medicin fungerer ofte komplementært til etablerede behandlinger, eksempelvis i relation til fysisk sygdom, hvor stress, angst og depression kan være alvorlige følgesymptomer, der uden komplementær behandling kan forværre personens funktionsniveau og livskvalitet (Baer, 2006).

Mindfulness-baserede interventioner kan betragtes som et møde mellem to distinkte epistemologiske traditioner eller veje til erkendelse, nemlig empirisk videnskab og kontemplative discipliner, nærmere bestemt buddhistiske former for mindfulness-meditation samt den eksisterende forståelsesramme for sådanne praksisformers anvendelse (Williams & Kabat-Zinn, 2011). Mindfulness-meditation er således blevet tilpasset en vestlig kontekst, og empirisk forskning har siden udviklingen af MBSR og MBKT undersøgt de sundhedsrelaterede fordele ved systematisk træning i mindfulness-meditation.

Stigende forskningsaktivitet

Forskning inden for mindfulness-området er steget næsten eksplosivt gennem de seneste 15 år. Figur 1 nedenfor illustrerer den årlige vækst i antallet af fagfællebedømte artikler publiceret i internationale engelsksprogede tidsskrifter. Resultaterne er opnået ved systematisk søgning i databasen ISI Web of Science, hvor akademiske tidsskriftsartikler med ordet "mindfulness" inkluderet i artikeloverskriften er blevet udvalgt. Fra år 1990 til 2000 blev der på verdensplan per år publiceret mindre end 20 artikler med eksplicit fokus på mindfulness. Herefter stiger grafen eksponentielt med en tilvækst på mere end 100 artikler årligt de seneste par år. I 2015 blev der således publiceret mere end 650 artikler i henhold til ovennævnte kriterier.

Forskning i mindfulness-baserede kliniske interventioner er et relativt nyt område, men som grafen i figur 1 indikerer, er der de seneste 15 år blevet



Figur 1: Vækst i videnskabelige publikationer om mindfulness

publiceret en lang række af undersøgelser, der har bidraget med foreløbige resultater. En gennemgang af den eksisterende litteratur peger overordnet på, at mindfulness-baseret klinisk intervention kan reducere symptomer på negativ affekt, herunder symptomer på stress, angst og depression, blandt en række af psykologiske og medicinske lidelser. Der er præliminær evidens for effekten af mindfulness-baseret klinisk intervention over for personer med depression (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2008; Finucane & Mercer, 2006; Kenny & Williams, 2007; Mathew, Hayley, Kenny & Denson, 2010), tilbagevendende depression (se systematisk review af Piet & Hougaard, 2011), bipolar lidelse (Miklowitz et al., 2009; Weber et al., 2010), generaliseret angst (Cragie, Rees, Marsh & Nathan, 2008; Evans et al., 2008), panikangst (Kim et al., 2010), socialfobi (Koszycki, Bengel, Shlik & Bradwejn, 2007; Piet, Hougaard, Hecksher & Rosenberg, 2010), heterogene angstlidelser (Kabat-Zinn et al., 1992; Kim et al., 2009; Lee et al., 2007; Vøllestad, Sivertsen & Nielsen, 2011), ældre med kompliceret sorg (O'Connor, Piet & Hougaard, 2013), ADHD (Zylowska et al., 2008), spiseforstyrrelser (Kristeller & Hallet, 1999), alkohol og stofmisbrug (Bowen et al., 2006; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005), kronisk træthedssyndrom (Suryawati, Roberts & Silver, 2005), funktionelle lidelser (Fjorback et al. (2013), kronisk smerte (Kabat-Zinn, 1982; Rosenzweig et al., 2010; Sagula & Rice, 2004), psoriasis (eretrespons på en influenzavacel randomiserede løbige resultater. de seneste 15 år blevet publiceretrespons på en influenzavac (Kabat-Zinn et al. 1998), fibromyalgi (Kaplan, Goldenberg & Galvin-Nadeau, 1993; Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007; Lush et al., 2009; Sephton et al., 2007), hjerte-kar-sygdomme (Tacon, McComb, Caldera & Randolph, 2003) og cancer (se systematisk review af Piet, Würtzen & Zachariae, 2012). Ovenstående undersøgelser varierer fra åbne studier uden kontrol til store randomiserede kontrollerede forsøg.

Den første oversigtartikel inden for området blev lavet af Baer (2003). Siden er der blevet publiceret en række meta-analyser, der indikerer, at MBSR og MBKT er lovende interventioner, der tilsyneladende effektivt kan reducere symptomer på stress, angst og depression blandt ikke-kliniske populationer (Chiesa & Seretti, 2009), kroniske medicinske lidelser (Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2010), kræftpatienter og kræftoverlevende (Piet, Würtzen & Zachariae, 2012) samt på tværs af kliniske lidelser (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Hoffmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Khoury et al., 2013). For eksempel viste resultater for meta-analysen af Piet et al. (2012), der blev foretaget på baggrund af ni randomiserede kontrollerede forsøg med i alt 955 deltagere, at MBSR/MBKT sammenlignet med sædvanlig behandling eller venteliste-kontrol signifikant reducerede symptomer på angst og depression blandt kræftpatienter og kræftoverlevende, svarende til robuste moderate effektstørrelser (Hedges's g) på henholdsvis 0.37 og 0.44. Resultaterne viste desuden, at MBSR/MBKT førte til signifikante forbedringer i mindfulness-færdigheder (Hedges's $g = 0.39$) (ibid.).

Hertil har nyere meta-analyser af randomiserede kontrollerede forsøg demonstreret, at MBKT effektivt kan forebygge tilbagefald ved tilbagevendende depression (Piet & Hougaard, 2011; Kuyken et al., 2016). I flere nationale kliniske retningslinjer, herunder de britiske *NICE Guidelines*, anbefales MBKT som en omkostningseffektiv og foretrukken behandling for personer, der har oplevet gentagne depressive episoder (NICE, 2009).

En nyere systematisk gennemgang af studier, der har undersøgt potentielle virkningsmekanismer i MBKT, peger på, at reduceret rumination og bekymring samt forbedret mindfulness og medfølelse (målt ved brug af validerede spørgeskemaer) enten forudsiger eller medierer de positive effekter af MBKT (se van der Velden et al., 2015).

Læsere, der måtte være interesserede i neurofysiologiske studier af mindfulness-meditation, kan henvises til oversigtværker (Ivanovski & Malhi, 2007; Cahn & Polich, 2006) samt tre nyere undersøgelser, der hver især har fundet strukturelle forandringer i hjernen blandt personer med længerevarende meditationserfaring (Lazar et al., 2005; Pagnoni & Cekic, 2007; Vestergaard-Poulsen et al., 2009).

Problematisering

Forskningsresultater formidles hurtigt, men det tager tid at uddanne kompetente mindfulness-undervisere. Resultater af empirisk forskning vedrørende effekten af psykologiske interventioner distribueres effektivt over hele verden, ofte formidlet til fagpersoner og forskere fra dag til dag via online publiceringskanaler. Hvad angår undersøgelser af MBSR og MBKT er der imidlertid sket det uheldige, at den nærmere specificering af de to evidensbaserede interventioner som regel er gået tabt, når resultaterne er blevet formidlet videre til offentligheden via diverse medier. Overskrifter – online og på tryk i avisartikler og dagblade – reducerer næsten altid betegnelsen “mindfulness-baseret stressreduktion” til “mindfulness”. Problemet er herefter, at hverken klienter eller fagpersoner, der ikke nødvendigvis læser de seneste empiriske studier, ikke har en reel chance for at orientere sig i mangfoldigheden af forskellige mindfulness-tilbud. I Danmark og resten af den vestlige verden er der i kølvandet på dugfriske forskningsresultater, formidlet via populære medier, sket en opblomstring af det ene efter det andet “attraktive” tilbud om mindfulness-kurser og mindfulness-instruktøruddannelser. Denne udvikling kan have alvorlige konsekvenser for kvalitet og integritet inden for anvendelsen af mindfulness-baseret klinisk intervention. Det er vanskeligt at træffe et kvalificeret valg, hvis psykologer, læger og andre fagpersoner, der udbyder “mindfulness”, ikke specificerer, om det er et evidensbaseret interventionsforløb, eller om der snarere er tale om et selvkomponeret mindfulness-kursus, der i struktur, indhold og pædagogiske læringsmetoder kan ligge milevidt fra det originale empirisk testede forlæg. Med

andre ord: Hvordan kan mindfulness-baserede kliniske interventioner sikres at blive leveret og virke, således som det er intenderet, og som der hidtil er evidens for?

Med udgangspunkt i risikoen for udvanding af metoden i takt med stigende popularitet og efterspørgsel rettes der i denne artikel fokus på spørgsmålet: *Hvad er gode forudsætninger som underviser for effektivt at kunne varetage mindfulness-baserede kliniske interventioner?*

Interventionsintegritet

Det er blevet påpeget af flere forskere som bemærkelsesværdigt, at der midt i en epoke med stor entusiasme for evidensbaserede psykologiske interventioner er blevet tildelt så beskeden opmærksomhed fra forskningens side til underviserens/terapeutens evne til at levere sådanne interventioner (se fx Fairburn & Cooper, 2011).

Interventionsintegritet refererer til graden, hvormed en intervention implementeres, således som det er intenderet, og rummer sædvanligvis tre aspekter: overholdelse, differentiering og kompetence (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993). *Overholdelse* og *differentiering*, der kan betragtes som de kvantitative aspekter af interventionsintegritet, vedrører graden af underviserens/terapeutens overholdelse af de foreskrevne interventionsprocedurer samt undgåelse af ikke-foreskrevne elementer. *Kompetence* er niveauet af underviserens/terapeutens færdigheder i levering af interventionen, eller nærmere bestemt den kvalitet, hvormed de foreskrevne interventionsprocedurer udføres. Samtlige tre aspekter er vigtige, fx kan en intervention leveres med en høj grad af overholdelse og differentiering uden at blive leveret kompetent. Terapeutkompetence er blevet defineret som “graden, hvormed en terapeut har den viden og de færdigheder, der kræves for at levere en intervention til den standard, der er nødvendig for at kunne opnå dens forventede effekter” (Fairburn & Cooper, 2011, p. 374).

Ifølge Kazdin (2003) er de overordnede mål med psykoterapiforskning dels at specificere den pågældende behandling, dernæst at evaluere dens anvendelighed og virkninger. Manglende interventionsintegritet truer undersøgelsens eksperimentelle validitet og kan have alvorlige implikationer for fortolkningen af resultater. Det kan ydermere komplicere forsøg på at replikere undersøgelsen, ligesom det bliver vanskeligt at generalisere resultaterne (ibid.). Når resultater fra effektstudier tilskrives virkning af en given intervention, forudsætter det således en garanti for, at interventionen faktisk blev udført, som den er designet til at blive udført. Ikke desto mindre viser en gennemgang af randomiserede kontrollerede forsøg af psykosociale interventioner publiceret i de mest indflydelsesrige psykologiske og psykiatriske tidsskrifter, at grundig vurdering af interventionsintegritet i psykoterapiforskning stort set ikke eksisterer (Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007).

Det gælder også for effektforskning i mindfulness-baserede kliniske interventioner, hvor flere meta-analyser og systematiske reviews har fremhævet den manglende vurdering af interventionsintegritet i empiriske studier af MBSR og MBKT (se fx Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; van der Velden et al., 2015).

Som det fremgår af ovenstående, er underviserens kompetenceniveau og forståelse for, hvad det kræver at levere interventionen korrekt, afgørende faktorer med betydning for interventionens integritet. Mange psykologiske tilgange lægger derfor vægt på grundig professionel terapeutisk træning. Inden for kognitiv adfærdsterapi er der evidens for, at bestemte træningsmetoder og længerevarende træningsforløb for kommende terapeuter bidrager til bedre terapeutisk udbytte blandt klienter (se fx Shafran et al., 2009). Flere eksperter, der har bidraget til udviklingen af mindfulness-baserede interventioner, har påpeget, at de lovende forskningsresultater, der er fundet efter deltagelse i MBSR og MBKT, tydeligvis er baseret på, at interventionsdelen i de eksisterende empiriske studier er blevet varetaget af erfarne og kompetente mindfulness-undervisere (se Crane et al., 2010; Kabat-Zinn, 2003; Teasdale, Segal & Williams, 2003). Mange af dem er personer, der har modtaget omhyggelig professionel træning direkte fra grundlæggerne af MBSR og MBKT, og de fleste har gennem mange år været dybt dedikerede til meditativ praksis inden for forskellige kontemplative traditioner. Det personlige arbejde med mindfulness sammen med solide interpersonelle og didaktiske færdigheder – samt detaljeret viden om struktur og indhold for de respektive interventioner – har været udgangspunkt for den professionelle varetagelse af MBSR og MBKT i de omtalte videnskabelige studier, der overordnet peger på en række forbedringer i deltagernes mentale sundhed.

Det er imidlertid ikke nogen selvfølge, at den kvalitet og integritet, der generelt kendetegner den første generation af MBSR/MBKT-undervisere, uden videre vil blive overført til den kommende generation af mindfulness-undervisere. Behovet for at sikre kvalitet og integritet inden for feltet fremstår derimod som en aktuel udfordring, fordi mindfulness er blevet så populært, at mange sundhedsvidenskabelige fagpersoner, der er orienteret mod evidensbaserede kliniske interventioner, nu opsøger professionel træning i MBSR og MBKT uden at have nogen form for personlig erfaring med mindfulness-meditationstræning. Følgende udtalelse af Jon Kabat-Zinn antyder, at den professionelle træning af MBSR undervisere har afgørende betydning for forsøget på at sikre og vedligeholde kvalitet og integritet i kliniske interventioner baseret på træning i mindfulness:

”(...) kvaliteten af MBSR er alene så god som MBSR-underviseren og hans eller hendes forståelse af, hvad det kræver at levere et virkelig mindfulness-baseret interventionsforløb” (Kabat-Zinn, 2011, p. 281-282).

Pædagogisk forskning har påvist, at læreres relationelle, ledelsesmæssige og didaktiske kompetencer er afgørende for læring blandt elever i skolen (se fx Nordenbo et al., 2008). At noget tilsvarende gør sig gældende inden for

undervisning i MBSR og MBKT, er derfor ikke utænkeligt. Selvom det er en oplagt hypotese, så er der til dags dato ingen empiriske studier, der har undersøgt, hvorvidt niveauet af kompetencer hos den person, der varetager undervisningen i MBSR/MBKT, er en signifikant moderator for deltageres udbytte af interventionen.

Hvis interventionsintegritet imidlertid er en afgørende faktor i forbindelse med kompetent levering af mindfulness-baserede kliniske interventioner, så er det sandsynligt, at utilstrækkelig professionel træning af MBSR/MBKT-undervisere kan have alvorlige implikationer både for behandlingen og for resultaterne af fremtidig forskning inden for området. Et tænkeligt scenarie er, at fremtidig forskning med ikke-kompetente mindfulness-undervisere ikke længere finder gavnlige effekter af MBSR og MBKT og hertil ikke formår at replicere positive fund fra tidligere undersøgelser. Med andre ord: Professionel træning og uddannelse kan være en kritisk nødvendighed med henblik på at sikre og vedligeholde kvalitet og integritet i MBSR og MBKT.

Med afsæt i det forhold, at underviserens niveau af relevante kompetencer har afgørende betydning for interventionens integritet, skal vi i det følgende afsnit se nærmere på nogle af de facetter og karakteristika, der kendetegner exceptionelt dygtige mindfulness-undervisere.

Effektive undervisere

I et forsøg på at beskrive en række gode forudsætninger for at undervise i mindfulness kan det være hjælpsomt først at kikke nærmere på nogle af de karakteristika, der kendetegner særlig effektive og behændige undervisere, såkaldte eksperter.

På baggrund af forfatterens egne observationer følger først en beskrivende karakteristik af erfarne og kompetente mindfulness-undervisere, dernæst peges på en række fælles egenskaber blandt ekspertundervisere på tværs af forskellige discipliner og fag.

Gennem flere år i mange forskellige undervisningssituationer, herunder professionel træning, ved Center for Mindfulness, University of Massachusetts Medical School, har jeg bemærket følgende kendetegn ved særlig effektive og kompetente MBSR-undervisere: Deres undervisning er kreativ og samtidig velstruktureret. De følger og overholder programmets form og indhold, men skaber samtidig plads for kontekstuel sensitivitet og fleksibilitet i undervisningen. Undervisning og dialog udfolder sig i relation til og med inddragelse af deltageres konkrete oplevelser og erfaringer. Deres brug af sproget, når de guider andre i mindfulness, er klar, præcis, konkret og tilgængelig og samtidig med sans for stilhed og plads for deltageres egen proces og oplevelse. De responderer sjældent stereotyp, men snarere ud fra dyb indføling og kontakt med det, som foregår i situationen. De forsøger ikke at distancere sig fra deltagerne ved at tillægge sig en "professionel" attitude

eller persona, der måske står i kontrast til deres egentlige karakter. De fremstår naturligt afslappede og ærlige. De forsøger ikke at positionere sig selv som undervisere, og de ligger tilsyneladende ikke under for tendensen til, at andre helst skal synes godt om dem. De har en evne til virkelig at lytte til det, der bliver sagt og udtrykt, uden præmature forsøg på at skulle løse eller reparere på det. Ofte er deres respons efterfølgende præget af venlighed, forståelse og medfølelse.

Mens ovenstående beskrivelse bygger på mine egne iagttagelser, er det vigtigt at bemærke, at uafhængige bedømmere ved brug af *the mindfulness-based interventions-teaching assessment criteria* (MBI-TAC) har observeret og registreret tilsvarende kvaliteter og kompetencer blandt erfarne undervisere (se Crane et al., 2013).

Nu kunne man måske få det indtryk, at disse mindfulness-undervisere er noget helt særligt, men som vi skal se nedenfor, så udviser de mange af de samme træk og kvaliteter, som vi finder blandt dygtige undervisere, behandlere og terapeuter på tværs af fag og discipliner.

I den akademiske litteratur om pædagogik, læring og undervisning har man nøje undersøgt spørgsmålet: Hvad skaber en ekspert-underviser? Her peger diverse studier på, at såkaldte eksperter, tilsvarende ovenstående beskrivelse af særlig effektive MBSR-undervisere, er kendetegnet ved overordnede træk som autonomi og fleksibilitet (se fx Tsui, 2003; Berliner, 2004). Deres undervisning hviler på et fundament af nuanceret og velintegreret viden, de demonstrerer en høj grad af bevidsthed om vigtige kontekstuelle faktorer, de er gode til at monitorere læringsprocessen og give de studerende feedback, de udviser respekt for de studerende, de besidder effektive strategier til problemløsning, og de demonstrerer højtudviklede improvisatoriske færdigheder i relation til umiddelbare og uforudsigelige begivenheder i undervisningslokalet (ibid.).

Medfødt talent er tilsyneladende ikke den kritiske faktor for udviklingen af faglig ekspertise. Personer, der er blevet identificeret som eksperter, har derimod alle a) studeret gennem mange år under vejledning af dedikerede og kompetente mentorer, b) trænet intensivt, ofte adskillige timer dagligt og c) været dybt engageret i en krævende proces af kontinuerlig læring gennem villigheden til at modtage og anvende feedback (Ericsson, Charness, Felto-vich & Hoffman, 2006). Udviklingen af faglig ekspertise går som regel gennem anstrengelse og frustration og kræver mange fravalg til fordel for fokus på træning og udvikling af specifikke kompetencer. Hertil er vejen præget af en direkte, ærlig og ofte pinagtig selvrefleksion og evalueringsproces (Ericsson, Prietula & Cokely, 2007).

Ganske som eksperter inden for andre områder kan undervisere med ekspertise inden for mindfulness fungere som en kilde til motivation og inspiration, som levende bevis på det, som potentielt er muligt for novicen. Samtidig er det vigtigt, at kompetenceniveauet blandt mindfulness-eksperter ikke kommer til at repræsentere et såkaldt *benchmark* (en norm eller standard)

for, hvad der kræves for at kunne begynde at undervise andre i mindfulness. Ganske enkelt fordi eksperter demonstrerer træk og kvaliteter ved deres måde at fungere og undervise på, som er et resultat af mange års praktisk træning og undervisning i en proces, hvor de har været dedikeret til livslang læring inden for deres specifikke fagområde og ekspertise.

I den eksisterende litteratur peges der på en række forhold, der kan være med til at sikre kvalitet og integritet i mindfulness-baserede kliniske interventioner, herunder professionel træning, standarder for god praksis samt specificering af de undervisningskompetencer, der antages at være tilstrækkelige for effektivt at kunne levere en intervention baseret på systematisk træning i mindfulness. Inden disse præsenteres i en overordnet model, vil mindfulness blive nærmere beskrevet, og betydningen af underviserens egen mindfulness-praksis vil blive fremhævet.

Hvad er mindfulness?

“Mindfulness er deltagende observation. Den, der mediterer, er både deltager og observatør på en og samme tid. Hvis man betragter sine emotioner og fysiske fornemmelser, så mærker og oplever man dem i selvsamme øjeblik. Mindfulness er ikke en intellektuel bevidsthed. Det er blot bevidsthed. Spejlmetaforen bryder sammen her. Mindfulness er objektivt, men ikke koldt og ufølsomt. Det er den årvågne erfaring af livet, en vågen deltagelse i livets vedvarende proces” (min oversættelse) (Gunaratana, 2011, p. 135).

Mindfulness er blevet beskrevet som en almen kapacitet ved den almindelige menneskelige bevidsthed (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Nærmere bestemt er mindfulness den bevidsthed, der opstår gennem systematisk træning og udvikling af intentionel ikke-dømmende opmærksomhed over for nuværende oplevelser og begivenheder (Kabat-Zinn, 2005). Nuet som sådan inkluderer tanker, følelser og kropslige fornemmelser samt den mangfoldighed af oplevelser fra det omgivende miljø, som kan registreres via direkte perception og sansning, herunder visuelle, auditive, olfaktoriske, gustatoriske og taktile stimuli. Mindfulness indbefatter desuden evnen til at bemærke hertil knyttede vanemæssige og reaktive mønstre af tænkning og adfærd, der typisk er karakteriseret ved tilknytning og sympati (forsøg på at fastholde behagelige tilstande) eller aversion og antipati (forsøg på at fjerne sig fra ubehagelige tilstande). Endelig rummer mindfulness potentielt en åben, receptiv og medfølelse kvalitativitet i måden at være opmærksomt til stede på. Det er med andre ord evnen til at respondere med en åben og nysgerrig indstilling over for konkrete oplevelser i nuet, behagelige såvel som ubehagelige (Kabat-Zinn, 2003; Williams, 2008).

Den vågne opmærksomhed kan være bevidst om tanker, når de spontant og vanemæssigt manifesterer sig i nuet. Den tillader dem fuldt ud uden dom

og undlader samtidig at elaborere videre på indholdet i tankerne. Gennem træning i mindfulness meditation opdager man relativt hurtigt, at der er markant forskel på det at tænke og det at være bevidst nærværende. Ifølge Kabat-Zinn (2016) er bevidsthed den eneste menneskelige kapacitet, der er robust nok til effektivt at skabe en modvægt til vores tænkning, der ellers let kan blive styrende for vores oplevelse af os selv, andre og verden. Mange deltagere i MBSR/MBKT fortæller, at noget af det vigtigste, de har fået ud af mindfulness-træningen, er erkendelsen af, at tanker blot er tanker, at tanker kommer og går, at tanker ikke nødvendigvis er sande, og ydermere at tanker ikke behøver at diktere, hvad man skal gøre eller ikke gøre (Teasdale, Williams & Segal, 2014). Tanker opleves således som mentale begivenheder, der præsenterer relative frem for endegyldige udsagn om virkeligheden. Det skaber frihed til at vælge, hvordan man vil forholde sig til sine tanker, herunder frihed til at vælge ikke at reagere på dem.

Betydningen af underviserens egen mindfulness-praksis

Undervisning i mindfulness handler om at skabe de bedst mulige betingelser for, at deltagerne gradvist over tid kan opdage og udforske deres eget iboende potentiale for at være bevidst nærværende, herunder lære at håndtere vanskelige følelser, tanker og kropslige fornemmelser på konstruktive måder, der står i kontrast til adfærdsmønstre og mentale vaner præget af undgåelse, distraktion, rumination, bekymring, spekulation og selvkritisk evaluering.

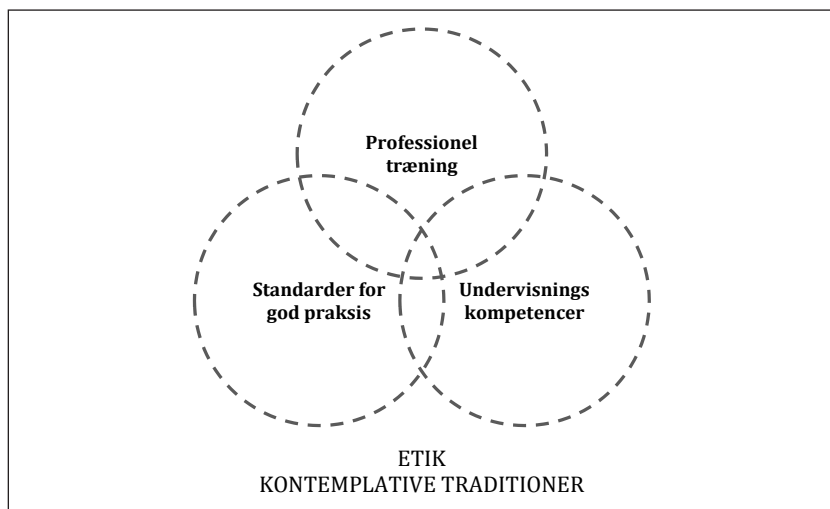
I litteraturen om pædagogikken, der ligger til grund for MBSR og MBKT, er der på basis af omfattende kliniske erfaringer gennem de seneste årtier lagt afgørende vægt på betydningen af underviserens egen mindfulness-praksis. Herunder at underviseren i tilstrækkelig grad har oparbejdet evnen til at være bevidst nærværende over for sig selv og sine deltagere med varme, rummelighed, omsorg og medfølelse. Denne evne eller basiskompetence – at mindfulness er integreret i underviserens egen person – beskrives som afgørende for, hvorvidt underviseren effektivt og kompetent kan a) formidle mindfulness videre til deltagerne samt b) håndtere konkrete situationer, hvor deltagerne gennem træningen kommer i kontakt med vanskelige oplevelser, herunder tanker, følelser og kropslige fornemmelser (Kabat-Zinn, 2013, 2003, 2005; McCown, Reibel & Micozzi, 2010; Segal, Williams & Teasdale, 2014). Underviserens måde at være på, når en deltager deler og giver udtryk for vanskelige oplevelser, kan være afgørende og vigtig læring for hele gruppen. At personlige kvaliteter som varme, nærvær, omsorg og medfølelse fremhæves som afgørende for kompetent undervisning, stemmer fint overens med det fund inden for moderne psykoterapiforskning, at personvariable hos terapeuten, særligt evnen til empati og evnen til at skabe en god terapeutisk alliance, er vigtigere end den konkrete teknik eller metode,

som anvendes (Lambert & Barley, 2002). Som påpeget tidligere er den mulige sammenhæng mellem underviserens kompetenceniveau og deltagerens udbytte af MBSR/MBKT endnu ikke empirisk afklaret.

En overordnet model

Modellen nedenfor er en videreudvikling af en arbejdsmodel af Crane et al. (2012). Den illustrerer tre indbyrdes forbundne aspekter af kvalitet og integritet i varetagelsen af mindfulness-baserede kliniske interventioner: a) *professionel træning*, b) *standarder for god praksis* og c) *undervisningskompetencer*.

Med henblik på at fremhæve, at vejen til at blive en kompetent mindfulness-underviser langt fra er et professionelt foretagende alene, er begrebet *livs-praksis* introduceret som overordnet ramme for den kontekst, hvori læring og udvikling foregår. Modellen peger desuden på, at det er vigtigt at bestræbe sig på at leve og undervise ud fra et indre etisk fundament, hvor selve det at være bevidst til stede i nuet danner forudsætning for at lære og udvikle sig som menneske og underviser. Endelig fremhæves betydningen af, at undervisere i MBSR og MBKT ligeledes orienterer sig mod de kontemplative traditioner, der gennem årtusinder har været dybt engageret i at udvikle og forbedre mindfulness – på meditationspuden og i det konkrete liv. Modellens forskellige komponenter vil blive nærmere beskrevet i artiklens følgende fem afsnit.



Figur 2: Integritet og kvalitet i mindfulness-baseret klinisk intervention

Som det fremgår af modellen i figur 2, er det vigtigt at bemærke, at der er et naturligt overlap mellem modellens tre hovedaspekter: professionel træning, standarder for god praksis og undervisningskompetencer.

Professionel træning

I takt med den stigende udbredelse af mindfulness-baserede interventioner er der ved flere internationale universiteter etableret institutter for professionel træning og uddannelse i MBSR og MBKT. Disse inkluderer følgende: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School; Oxford Mindfulness Centre, University of Oxford; Centre for Mindfulness Research and Practice, Bangor University; Dansk Center for Mindfulness, Aarhus Universitet. Nedenfor følger en skitsering af fire typiske faser – *forudsætninger*, *grundlæggende træning*, *avanceret træning* samt *vedvarende professionel og personlig udvikling* – der ved ovennævnte universitetscentre er karakteristiske for professionel træning og uddannelse i MBSR/MBKT.

1. Forudsætninger

En væsentlig forudsætning for personer, der ønsker at undervise andre, er, at de selv har deltaget i otteugers MBSR/MBKT varetaget af en kompetent underviser. Det kan betragtes som en introduktion til det interventionsforløb, som de på sigt selv skal kunne varetage, uden at det bliver på bekostning af kvalitet og integritet. Det giver samtidig mulighed for selv at lære, hvad det som deltager vil sige at være engageret i et intensivt og struktureret kursus, der sigter mod at integrere mindfulness i hverdagslivet. En anden gængs forudsætning for at påbegynde den professionelle træning er, at man har deltaget i et eller flere såkaldte stilhedsretreat baseret på mindfulness-meditation under vejledning af en kompetent retreatunderviser. Endelig kræves det ofte, at ansøgere til uddannelsen har en akademisk grad inden for psykologi eller sundhedsvidenskab.

2. Grundlæggende træning

Den grundlæggende professionelle træning, der består af en række intensive uddannelseskurser, strækker sig typisk over nogle år med sigte på at træne, udvikle og integrere en række grundlæggende undervisningskompetencer. De forskellige uddannelseskurser er typisk struktureret som internatforløb af ca. en uges varighed. Inden deltagerne kan fortsætte på det næste træningsforløb, er der hver gang krav om endnu et fem-ti dages stilhedsretreat.

Senere i denne fase begynder de studerende under vejledning at guide hinanden i forskellige former for mindfulness-praksis, således som de anvendes i MBSR og MBKT, og lærer samtidig at give og modtage kon-

struktiv feedback, der er essentiel for den videre læringsproces. Sidst, men ikke mindst, inkluderer den grundlæggende træningsfase undervisning inden for en række fundamentale områder, såsom forskning inden for MBSR/MBKT, videnskabelig viden om stress, perception og kommunikation (MBSR), psykoedukation om depression (MBKT), læringsteorier, viden om gruppedynamik samt introduktion til relevante aspekter ved buddhistisk psykologi.

3. Avanceret træning

Denne fase har fokus på videregående træningskurser samt supervision af den studerendes egne MBSR/MBKT-forløb. Supervision giver mulighed for en mere nuanceret forståelse af MBSR/MBKT-programmet og kaster lys over niveauet af den studerendes nuværende kompetencer. Også for denne fase betragtes deltagelse i et eller flere stilhedsretreats som obligatorisk for det videre træningsforløb.

4. Vedvarende professionel og personlig udvikling

Denne fase vægter videre udvikling samt vedligeholdelse af kompetencer. Det fremhæves som afgørende vigtigt, at MBSR/MBKT-undervisere forpligter sig til daglig formel mindfulness-praksis samt regelmæssig deltagelse i retreats. Hertil er det vigtigt, at de holder sig orienteret i forhold til den empiriske evidensbase inden for feltet. Det fremhæves desuden som god klinisk praksis, at den enkelte underviser fortløbende foretager evaluering af deltagerens udbytte af interventionen. Med tilstrækkelig erfaring, supervision, evaluering af egne underviserkompetencer samt deltagerudbytte, såvel som en mængde akkumuleret undervisningsmateriale, kan der ved flere af ovennævnte universitetscentre søges om certificering i MBSR/MBKT.

Standarder for god praksis

Som det fremgår af ovenstående afsnit, er der i universitetsregi blevet lagt vægt på relativt omfattende professionel træning inden for MBSR og MBKT. Forskellige arbejdsgrupper af førende eksperter har i forlængelse heraf foreslået en række standarder og retningslinjer for god praksis med henblik på at sikre kvalitet og integritet i forskningsbaserede interventioner, der bygger på systematisk træning i mindfulness (se Kabat-Zinn et al., 2016; Santorelli, 2014; UK Network for Mindfulness-based Teacher Training Organisations, 2015). De væsentligste principper og aspekter af disse standarder og retningslinjer er opsummeret nedenfor.

- I. Forpligtelse på selv at praktisere mindfulness-meditation gennem daglig disciplin og vedvarende deltagelse i intensive retreats med henblik

- på at fordybe egen forståelse for mindfulness, som er selve fundamentet for at formidle det videre til andre.
- II. Efterlevelse af princippet, der vedrører den daglige mindfulness-praksis, om ikke at forlange mere af sine deltagere, end hvad man selv kan leve op til, samt ikke at undervise andre i former for mindfulness-praksis, som man ikke selv har grundig personlig erfaring med.
 - III. Forståelse for, at mindfulness dybest set ikke er en række teknikker eller metoder, der skal tilegnes, eller en særlig tilstand, der skal opnås, men derimod en bestemt måde at være opmærksom på i relation til indre og ydre stimuli.
 - IV. Engagement i vedværende læring og udvikling gennem blandt andet a) videregående professionel træning og supervision fra erfarne MBSR/MBKT-undervisere, b) samarbejde med kollegaer inden for feltet, c) vedværende opdatering af den relevante forskningslitteratur, d) forståelse for de historiske rødder, der ligger til grund for mindfulness-meditation.
 - V. Efterlevelse af de etiske retningslinjer, der gælder for underviserens faglige baggrund og arbejdsmæssige kontekst.

Undervisningskompetencer

I den tidligere omtalte litteratur, der vedrører pædagogikken for MBSR/MBKT, er der forskellige om end beslægtede bud på centrale undervisningskompetencer.

McCown, Reibel og Micozzi (2010) peger på fire sæt af centrale færdigheder, eller måder at forvalte undervisningen på, som kort beskrevet er karakteriseret ved: 1) en ikke-hierarkisk deltagerbaseret undervisningsform, 2) brug af sokratiske spørgsmål, refleksioner, metaforer og poesi som supplement til traditionel didaktisk undervisning, 3) sprogbrug, der er inviterende frem for kommanderende, samt 4) *Inquiry*, der refererer til en særlig form for åben og undersøgende dialog mellem underviser og deltager. Forfatterne understreger, at disse fire sæt af færdigheder først og fremmest beror på underviserens autenticitet, autoritet og venskabelighed samt hans/hendes evne til at forblive nærværende og respondere med omhu og medfølelse, når det, der dukker op blandt deltagerne, er præget af fysisk eller psykologisk smerte og ubehag.

I forbindelse med udviklingen af det tidligere omtalte instrument *the mindfulness-based interventions-teaching assessment criteria* (MBI-TAC) har en britisk forskergruppe (Crane et al., 2010, 2012, 2013) peget på seks kernekompetencer eller undervisningsdomæner, der danner muligt grundlag for evaluering af kvalitet og integritet i MBSR og MBKT:

1. Organisering af hver enkelt undervisningssession
2. Relationelle færdigheder

3. Mindfulness som kropsligt forankret og integreret færdighed
4. Guidning af forskellige formelle mindfulness-øvelser
5. Formidling af centrale temaer gennem interaktiv læring
6. Sans for at kunne skabe et godt læringsmiljø for gruppen

MBI-TAC er blevet testet ved tre uafhængige forskningscentre i et nyere valideringsstudie af Crane et al. (2013). I alt 16 bedømmere vurderede undervisningens integritet blandt 43 MBSR/MBKT-undervisere. Resultaterne indikerer, at skalaen er pålidelig med høj intern konsistens mellem de seks dommere (Chronbach's $\alpha = .94$) samt god overordnet enighed blandt bedømmerne ($r = .81, p < .01$). Der blev hertil fundet god begrebsvaliditet (ibid.).

Instrumenter som MBI-TAC til evaluering af underviserens kompetenceniveau kan anvendes i flere forskellige sammenhænge. I forbindelse med professionel træning kan rutinemæssig anvendelse af skalaen være med til at identificere kompetenceområder blandt de studerende, der fungerer godt, samt områder, der trænger til forbedring. For kommende undervisere kan det være med til at skabe større parathed til at varetage MBSR/MBKT på egen hånd samt øge sandsynligheden for, at interventionerne leveres med kvalitet og integritet. I kliniske studier af MBSR/MBKT kan MBI-TAC eller tilsvarende mål danne baggrund for udvælgelse af kompetente undervisere med henblik på opnåelse af en høj grad af interventionsintegritet, der som sagt refererer til underviserens evne til at levere interventionen, således som det er meningen, det skal gøres.

Etik

Interventioner baseret på træning i mindfulness sigter mod at skabe bedst mulige betingelser for, at deltagerne på konstruktiv vis kan begynde at vende sig mod den direkte oplevelse af det liv og de eksistentielle betingelser, som de lige nu befinder sig i. Det indbefatter ofte, at de nærmer sig vanskelige og pinagtige tanker, følelser og kropslige fornemmelser uden at undertrykke, distrahere, løse eller på anden vis flygte fra det, de oplever. Det kræver stor tillid fra deltagerens side, og med den tillid følger et stort etisk ansvar som underviser. I de nævnte standarder for god praksis henvises der som tidligere nævnt til, at undervisere og behandlere skærper sig på de etiske retningslinjer, der allerede eksisterer inden for deres respektive fagområder. For psykologer gælder det således de *etiske principper for nordiske psykologer* (Dansk Psykolog Forening, 2016).

Men etik er ikke en professionel gestus, kompetence eller en pligt. Det er først og fremmest et almenmenneskeligt anliggende. Ifølge Løgstrup (1991) er etik en tavs fordring, der gælder for os alle sammen, og som følger med det at være menneske, fordi vi i vores interaktion med hinanden konstant er udleveret i tillid – med risiko for, at tilliden brydes, og den andens værdighed krænkes.

Etik giver ikke altid sig selv. Vi kan have moralske standpunkter og værdier, som vi står ved udadtil, men som vi måske har svært ved at efterleve i ord og handling fra dag til dag. Hertil kan den bagvedliggende motivation for det, der kan observeres som etisk adfærd, være reguleret af ydre værdier og regelsæt og ikke mindst være baseret på frygt for, at ens adfærd sanktioneres, hvis reglerne brydes. Men etiske handlinger kan også være motiveret af en slags indre resonans i form af empati og medfølelse, som spontant manifesterer sig i situationer, hvor andre har det svært. Endelig kan måden, der konkret responderes på, udspringe af en forståelse for, hvad der henholdsvis forværrer eller mindsker lidelsen.

Ifølge Kabat-Zinn (2011) er bevidsthed om egne motiver og emotioner det første og bedste forsvar mod ord og handlinger, der potentielt kan føre til svigt og krænkelse. Han fremhæver i tråd hermed, at MBSR fungerer bedst, når ansvaret for interventionens integritet, kvalitet og standarder for god praksis er båret af den enkelte MBSR-underviser. MBSR, der er udviklet i en adfærdsmedicinsk kontekst ved Massachusetts Medical School, hviler samtidig på et etisk fundament, der er sammenfattet ved den *hippokratiske ed* og særligt maksimen *primum non nocere* – den latinske betegnelse for et vejledende princip om frem for alt ikke at gøre skade, herunder at være opmærksom på, at et problem nogle gange håndteres bedst ved ikke at gøre noget frem for at risikere at gøre mere skade end gavn (ibid.).

Det er således essentielt, at etiske refleksioner indgår i varetagelsen af mindfulness-baserede kliniske interventioner. Der kan henvises til Santorelli (2016) samt Kabat-Zinn (2011) for en mere uddybende beskrivelse af det etiske grundlag i MBSR.

Kontemplative traditioner

Mindfulness stammer fra ældgamle kontemplative traditioner, særligt buddhismen, der længe har hævdet, at mindfulness-meditation kan mindske psykologisk betinget lidelse og forbedre det generelle velvære (se fx Goldstein, 2002). Selvom mindfulness er blevet sekulariseret og tilpasset en vestlig kontekst med udviklingen af kliniske interventioner baseret på træning i mindfulness, så er det alligevel vigtigt, at undervisere i MBSR/MBKT har kendskab til relevante dele af den viden og indsigt, der udspringer af de gamle meditative traditioner.

Vi kan kort illustrere dette ved at kaste et blik på de såkaldte *fire ædle sandheder*, som er centrale inden for buddhistisk psykologi. Den første af de fire ædle sandheder hævder, at lidelse er en del af den menneskelige tilværelse. Den anden ædle sandhed peger på, at der er konkrete årsager til lidelse. Den tredje ædle sandhed hævder, at det er muligt at mindske selvskabte psykologisk-betingede former for lidelse. Den fjerde ædle sandhed rummer en beskrivelse af den vej og de metoder, der kan føre til lindring af selvskabte former for lidelse (se fx Harvey, 2013).

Ifølge Teasdale og Chaskalson (2011) peger buddhistisk psykologi nærmere bestemt på, at der eksisterer en primær eller *første ordens form for lidelse*, som er naturlig og uundgåelig, herunder fysisk smerte og følelsesmæssigt ubehag, bl.a. relateret til sygdom, alderdom og død, og den kendsgerning, at vi kommer til at miste personer, som vi holder af. Den form for lidelse er ikke i sig selv et problem. Problemet opstår, når den ledsages af en sekundær eller *anden ordens form for lidelse*. Denne anden ordens form for lidelse er psykologisk frem for ontologisk betinget, og den udspringer af måden, hvorpå vi relaterer os til den primære lidelse. Ifølge den buddhistisk-psykologiske forståelse er denne sekundære form for lidelse i vid udstrækning forårsaget af a) tendensen til at forsøge at optimere vores egen individuelle lykke gennem vedvarende forsøg på at fastholde behagelige oplevelser og undgå ubehagelige oplevelser samt b) en grundlæggende uvidenhed om, at alt per natur er forbundet og konstant forandrer sig. Basalt set er der tale om en fundamental utilfredshed med det menneskelige vilkår, at vi uundgåeligt fra tid til anden oplever smerte og ubehag. Denne utilfredshed og de handlinger, der udspringer heraf – i form af strategier, der sigter mod at undgå eller fjerne ubehaget – manifesterer sig som en form for selvskabt lidelse (ibid.).

De fire ædle sandheder rummer ældgammel indsigt og visdom fra buddhistisk-meditative traditioner, der tilsyneladende beskriver en generisk vej til lindring af mere generel lidelse. Der er her klare paralleller til moderne klinisk psykologi, hvor nyere forskning peger på, at emotionelle lidelser – i højere grad end tidligere antaget – er ens hvad angår ætiologi, diatese og deres underliggende emotionelle struktur (Barlow, Allen & Choate, 2004). David Barlow og hans kollegaer har i forlængelse heraf foreslået, at en generisk form for behandling, der er rettet mod de underliggende psykologiske sårbarheder, som er fælles på tværs af emotionelle lidelser, kan vise sig at være en mere effektiv strategi sammenlignet med udviklingen af lidelses-specifikke behandlingsprotokoller (ibid.). Baer (2007) peger på, at mindfulness-baserede interventioner repræsenterer mulige bud på sådanne generiske former for behandling, der har bred anvendelighed, fordi de er rettet mod at håndtere dysfunktionelle processer som rumination, bekymring, negativ selv fokuseret opmærksomhed og emotionel undgåelse – der alle har vist sig at være karakteristiske for en lang række psykologiske lidelser (Barlow, Allen & Choate, 2004; Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). Hvad angår rumination er det her værd at bemærke, at personer, der ruminerer, ofte udtrykker den overbevisning, at rumination vil bringe dem indsigt og i sidste instans løse deres problemer (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Men det gør det ikke. Depressiv rumination giver derimod anledning til yderligere lidelse (ibid.) og minder således om den form for anden ordens lidelse, der er beskrevet i den buddhistiske psykologi.

Det er vigtigt at gøre det klart, at det ikke handler om, at personer, der er uddannet inden for MBSR og MBKT, skal undervise i elementer af buddhi-

stisk psykologi. Pointen er, at mindfulness stammer fra meditative traditioner, og at den viden og indsigt, der findes i disse traditioner, når den er mere universel frem for kulturbetinget, kan være en kilde til inspiration, der underbygger og supplerer underviserens egen forståelse og direkte erfaring med mindfulness-meditation.

Det handler således med træningen i mindfulness-meditation om at lære mere konstruktive måder at forholde sig til den primære lidelse på, således at den sekundære lidelse – der måske er den værste, den, der gør os mest ulykkelige og fortvivlede – faktisk mindskes.

Konklusion

Mindfulness-praksis er blevet kaldt det hårdeste arbejde i verden, ganske enkelt fordi det ikke er let at være nærværende med et åbent hjerte og uden forbehold (Kabat-Zinn, 2010; Gunaratana, 2011). Det er ikke let på meditationspuden, og det er ikke let i livet. Men det er heller ikke umuligt, tværtimod, og blot nogle få øjeblikke med et ikke-dømmende og accepterende nærvær kan give en pause fra den ellers endeløse strøm af tanker og associationer. Og som underviser er der igen og igen brug for at kunne respondere ud fra denne ene kapacitet, nemlig bevidsthed, der er i stand til at rumme og berolige tanker og emotioner, både ens egne og andres.

Denne artikel indledte med at gøre opmærksom på den stigende popularitet og vækst i empirisk forskning inden for mindfulness-baseret klinisk intervention. Der blev argumenteret for, at den stigende popularitet og hastige udbredelse af mindfulness kan medføre risiko for tab af kvalitet og integritet i leveringen af evidensbaserede interventioner som MBSR og MBKT. Med udgangspunkt i spørgsmålet: "Hvad er gode forudsætninger som underviser for effektivt at kunne varetage mindfulness-baserede kliniske interventioner?" blev begrebet interventionsintegritet introduceret, og der blev argumenteret for, at kvalitet og integritet i MBSR og MBKT afhænger af a) underviserens forståelse for, hvad det kræver at levere en intervention baseret på mindfulness, herunder overholdelse af foreskrevne interventionsprocedurer, samt b) underviserens niveau af relevante kompetencer.

Med udgangspunkt i den eksisterende litteratur konkluderes, at de foreløbige bestræbelser på at etablere kvalitet og integritet i mindfulness-baseret klinisk intervention primært har omhandlet redegørelse for centrale elementer ved professionel træning, udarbejdelse af standarder for god praksis samt beskrivelse af specifikke undervisningskompetencer. Grundig vurdering af interventionsintegritet i empiriske effektstudier er imidlertid en alvorlig mangel inden for mindfulness-baseret klinisk intervention og psykoterapiforskning generelt. Lav interventionsintegritet truer den eksperimentelle validitet af videnskabelige undersøgelser og har alvorlige implikationer for fortolkningen af resultater, hvorfor det må betragtes som afgørende vigtigt

for fremtidig forskning at inkludere mål for integritet i leveringen af MBSR og MBKT.

Der er for nylig udviklet et mål (MBI-TAC) til evaluering af MBSR/MBKT-underviserkompetencer, som med fordel kan anvendes i fremtidig forskning, dels med henblik på at sikre kompetent levering af MBSR/MBKT i kliniske studier, dels med henblik på empirisk at undersøge, hvorvidt underviserens niveau af kompetencer er en signifikant moderator for deltagerens udbytte af interventionen. I den litteratur, der vedrører pædagogikken for undervisning i MBSR og MBKT, er der desuden lagt vægt på, at underviserens egen mindfulness-praksis har afgørende betydning for kvalitet og integritet i leveringen af interventioner baseret på systematisk træning i mindfulness.

Risikoen for udvanding og tab af integritet i anvendelsen af mindfulness-baserede interventioner i forskning og klinisk praksis er særlig stor, når der ikke stilles krav til de personer, der varetager undervisningen. Som psykologer og sundhedsprofessionelle har vi således et fælles ansvar for at sikre fremtidig kompetent levering af mindfulness-baserede interventioner som MBSR og MBKT.

Forfatteren ønsker at sige tak til Sine Maria Helldén og Anne Mette Kvist Vester for omhyggelig gennemlæsning af manuskriptet samt tak til en anonym reviewer for konstruktiv kritik.

REFERENCER

- APA (American Psychological Association) (2006). American Psychological Association Presidential Task Force on evidence-based practice: Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 125-143.
- Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Baer, R.A. (2007). Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 238-242.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 366-373.
- Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205-230.
- Berliner, D.C. (2004). Describing the behavior and documenting the accomplishments of expert teachers. *Bulletin of Science Technology Society*, *24*, 200-212.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 539-544.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B. D., ... Marlatt, G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*, 343-347.

- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Cahn, B.R., & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Craigie, M.A., Rees, C.S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 553-568.
- Crane, R.S., Kuyken, W., Hastings, R.P., Rothwell, N., & Williams, J.M.G. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1, 74-86.
- Crane, R.S., Kuyken, W., Williams, J.M.G., Hastings, R.P., Cooper, L., & Fennell, J.V. (2012). Competence in teaching mindfulness-based courses: Concepts, development and assessment. *Mindfulness*, 3, 76-84.
- Crane, R.S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R.P., Williams, J.M., Bartley, T., ... Surawy, C. (2013). Development and validation of the mindfulness-based interventions – Teaching assessment criteria (MBI:TAC). *Assessment*, 2, 681-688.
- Dansk Psykolog Forening (2016). Ethiske principper for nordiske psykologer. *Regelsæt 2016-2018*. Hentet fra <http://www.dp.dk/wp-content/uploads/regelsaet2016-18-web.pdf>
- Eisendrath, S.J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 319-320.
- Ericsson, K.A., Charness, N., Feltovich, P.J., & Hoffman, R.R. (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Ericsson, K.A., Prietula, M.J., & Cokely, E.T. (2007). The making of an expert. *Harvard Business Review*, 85, 114-21.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Finucane, A., & Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *Bmc Psychiatry*, 6, 14.
- Fjorback, L.O., Arendt, M., Schroder, A., Rehfeld, E., Oermbol, E., Walach, H., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: Randomised trial and one year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31-40.
- Goldstein, J. (2002). *One Dharma. The Emerging Western Buddhism*. New York: Harper San Francisco.
- 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.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of post intervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233.
- Gunaratana, B.H. (2011). *Mindfulness in Plain English*. Boston: Wisdom Publications.

- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Harvey, P. (2013). *An Introduction to Buddhism: Teachings, History and Practices*. New York: Cambridge University Press.
- Hayes, S.C., Folette, V.M. & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Ivanovski, B., & Malhi, G.S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76-91.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn (2010). Foreword. In D. McCown, D. Reibel & M.S. Micozzi (2010). *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. New York: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillfull means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, Vol. 12, 281-306.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Revised and updated edition. New York: Bantam Books.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness for begyndere*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Massion, M.D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., ... Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Santorelli, S.F., Blacker, M., Brantley, J., Meleo-Meyer, F., Grossman, P., Kesper-Grossman, U., Reibel, D., & Stahl, R. (2016). Training teachers to deliver mindfulness-based stress reduction: Principles and standards. Hentet fra <http://www.umassmed.edu/cfm/training/principles--standards/>
- Kaplan, K.H., Goldenberg, D.L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284-289.
- Kenny, M.A., & Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S.G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771.
- Kim, B., Lee, S., Kim, Y.W., Choi, T.K., Yook, K., Suh, S.Y., ... Yook, K. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590-595.
- Kim, Y.W., Lee, S., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., ... Yook, K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.

- Koszycski, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2518-2526.
- Kristeller, J.L., & Halett, C.B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*, 357-363.
- Kuyken, W., Warren, F.C., Taylor, R.S., Whalley, B., Crane, C., ... Bondolfi, G. (2016). Efficacy and moderators of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565-574.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and therapeutic outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., ... Treadway, M.T. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, *16*(17), 1893-1897.
- Lee, S.H., Ahn, S.C., Lee, Y.J., Choi, T.K., Yook, K.H., & Suh, S.Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 189-195.
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J.L., Weissbecker, I., & Sephton, S.E. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: Psychophysiological correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *16*, 200-207.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(1), 176-190.
- Løgstrup, K.E. (1991). *Den Etske Fordring*. København: Gyldendal.
- Mathew, K.L., Hayley, S.W., Kenny, M.A., & Denson, L.A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*, 561-576.
- McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M.S. (2010). *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. New York: Springer.
- Miklowitz, D.J., Alatiq, Y., Goodwin, G.M., Geddes, J.R., Fennel, M.J.V., Dimidjian, S., Hauser, M., & Williams, J.M. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*, 373-382.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009). *Depression in adults: Recognition and management (update April 2016)*. *Clinical guideline 90*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Nordenbo, S.E., Søgaard Larsen, M., Tiftkci, N., Wendt, R.E., & Østergaard, S. (2008). *Lærerkompetencer og elevers læring i førskole og skole – Et systematisk review udført for Kunnskapsdepartementet*, Oslo. I Evidensbasen. København: Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning, DPU, Aarhus Universitet.
- O'Conner, M., Piet, J., & Hougaard, E. (2014). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: A controlled pilot study. *Mindfulness*, *5*(4), 400-409. doi: 10.1007/s12671-013-0194-x
- Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in zen meditation. *Neurobiology of Aging*, *28*(10), 1623-1627.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 829-841.

- 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, 1032-40.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M.S., & Rosenberg, N.K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403-410.
- Piet, J., Würtzen, H. & Zachariae, B. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms on anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1007-1020.
- Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36.
- Sagula, D., & Rice, K. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333-342.
- Salmon, P.G., Santorelli, S.F., & Kabat-Zinn, J. (1998). Intervention elements promoting adherence to mindfulness-based stress reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. In S.A. Shumaker, E.B. Schron, J.K. Ockene & W.L. Bee (Ed.), *Handbook of Health Behavior Change*, 2nd Ed., p. 239-268. New York: Springer.
- Santorelli, S. (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction: Standards of Practice*. Hentet fra <http://www.umassmed.edu/cfm/stress-reduction/mbsr-standards-of-practice/>
- Santorelli, S. (2016). Remembrance: Dialogue and inquiry in the MBSR classroom. In D. McCown, D. Reibel & M. Micozzi (Ed.), *Resources for Teaching Mindfulness: A Cross-Cultural and International Handbook*. New York: Springer.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2014). *Mindfulness-baseret kognitiv terapi mod depression*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., ... Hoover, K. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57(1), 77-85.
- Shafraan, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., ... Ehlers, A. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: A series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 103-109.
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Teasdale, J., & Chaskalson, M. (2011). How does mindfulness transform suffering: The nature and origins of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 89-102.
- Teasdale, J., Williams, M., & Segal, Z. (2014). *Mindfulness arbejdsbog: Et 8-ugers forløb i udviklingen af bevidst nærvær*. København: Akademisk Forlag.
- Tsui, A.B.M. (2003). *Understanding Expertise in Teaching: Case studies of Second Language Teachers*. New York: Cambridge University Press.
- UK Network for Mindfulness-based Teacher Training Organisations (2015). *Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses*. Hentet fra <http://mindfulness-teachersuk.org.uk>
- van der Velden, A.M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K.J., Dahlgaard, J., Fjorback, L.O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms in mindfulness-

- based cognitive therapy in the treatment of recurrent depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.
- Vestergaard-Poulsen, P., van Beek, M., Skewes, J., Bjarkam, C.R., Stubberup, M., ... Bertelsen, J. (2009). Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 20(2), 170-174.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 281-288.
- Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25, 334-337.
- Williams, J.M.G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.
- Williams, J.M.G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1-18.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy. Special Issue: State-of-the-art in Behavioral Interventions for substance use Disorders*, 19(3), 211-228.
- Zylowska, L., Ackerman, D.L., Yang, M.H., Futrell, J.L., Horton, N.L., Hale, T.S., ... Smalley, S.L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11, 737-746.