

Rehabiliterings- psykologi

En introduktion i teori og praksis

Redigeret af **Chalotte Glinborg**

Rehabiliteringspsykologi

© forfatterne og Aarhus Universitetsforlag 2018

Omslag: Jørgen Sparre

Forsideillustration: Michala Sandberg

e-bogs produktion: Narayana Press

Forlagsredaktion: Lea Albrechtsen

Bogen er sat med Minion Pro

ISBN 978 87 7184 7314

Aarhus Universitetsforlag

Finlandsgade 29

8200 Aarhus N

www.unipress.dk

Bogen er udgivet med støtte fra Aarhus Universitets Forskningsfond.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med Copydan, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.



**FAGFÆLLE-
BEDØMT**

7. Mindfulness

Mette Kold og Karina Ejgaard Hansen

Mindfulness er oprindeligt en østlig meditationspraksis, praktiseret i årtusinder af blandt andet buddhister og hinduister samt andre filosofier og religioner. Især siden 1960'erne er meditation blevet bragt til Vesten i en sekulariseret form, dvs. en verdsliggørelse af forhold, som ellers har været styret ud fra religiøse hensyn. Først i 1990'erne blev mindfulness for alvor mainstream, også inden for det akademiske område og den traditionelle sundhedsfremme. Dog er det først siden midt-00'erne, at forskningen i effekterne af mindfulness er eksploderet. Dette relativt korte tidsperspektiv er værd at have med, når man forholder sig til integreringen af mindfulness i vestlig psykologi.

Jon Kabat-Zinn, professor emeritus i medicin og medgrundlægger af Stress Reduction Clinic and the Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society på University of Massachusetts, var banebrydende med sit 8-ugers kursus *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*, som er grundigt beskrevet i bestselleren *Full Catastrophe Living* (1990). Han beskriver mindfulness således: "Paying attention in a particular way: On purpose, in the present moment, and nonjudgmentally" (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). At være mindful betyder altså blandt andet at være opmærksom på en bestemt måde. Ordet opmærksom fortæller, at mindfulness foregår i vores bevidsthed. Det er med andre ord en kognitiv og perceptuel proces.

Begreberne *on purpose, in the present moment* og *nonjudgmentally* – oversat til dansk *intentionelt, i nuet* og *ikke-dømmende* – skal nu uddybes.

Intentionelt

At være intentionel vil sige, at man bevidst vælger, hvad ens opmærksomhed rettes mod. I denne intentionalitet er der en skjult forudsætning, et krav til udøveren, nemlig evnen til at være metakognitiv; at man kan vælge frit, hvor og hvordan ens opmærksomhed skal være.

Metakognition defineres som erkendelse om erkendelsen. Det er menneskers bevidste viden om, hvordan ens egne tankeprocesser fungerer, hvilke stærke og svage sider disse har (Den Store Danske). Dahl, Lutz og Davidson beskriver, at metakognition er: "Systematisk træning af evnen til intentionelt at initiere, styre og/eller opretholde opmærksomhedsprocesser, samtidig med styrkelse af evnen til

at være opmærksom på tanke-, følelses- og perceptionsprocesser” (Dahl, Lutz og Davidson, 2015, s. 516, egen oversættelse).

En del mindfulnesspraksisser går ud på at træne denne metakognition. Instruktionen, der benyttes, er at opleve sig selv som et vidne til oplevelser, tanker, følelser, sansninger og kropslige fornemmelser. Dette i modsætning til at være fuldt identificeret med dem, hvilket kaldes at være fusioneret med dem.

Når man bruger begrebet intentionelt, er der samtidig en anden skjult forudsætning, nemlig at man principielt har fri vilje til at vælge. I østligt meditative praksisser trænes dels, om man overhovedet vil tænke tanker, dels hvilke tanker man vil tænke. Dermed følger også den fulde frihed til at vælge, hvordan man vil føle. I buddhismen benævner man ifølge Dalai Lama vrede, begær og vildfarelse som “de tre gifte”, det vil sige de mest destruktive følelser, der kan forvrænge sindet (Dalai Lama, 2015). Der benyttes meditationstyper til at slippe disse følelser i sig selv såvel som typer, hvor man konsulterer “180 grader modsat følelser”, dvs. komplementære følelser som f.eks. kærlighed og compassion, så de destruktive følelser slipper deres tag i én (Dalai Lama, 2015).

I den sekulariserede brug af mindfulness i Vesten starter man i forhold til den utrænede person typisk ud med at sige, at vi ikke kan vælge, hverken hvorvidt der opstår tanker, eller hvilke tanker der opstår. Det, man i stedet er fri til at vælge, er, hvordan man vil *reagere* på de tanker, følelser, udfordringer, problemer og kropslige input (f.eks. smerter), der opstår (Baer, 2003; Carmody, Baer, Lykins og Olendzki, 2009). Med *accept* som den væsentligste attitude (Kåver, 2005) lader man som mediterende således alt flyde forbi, men intet fortrænges. Et væsentligt omdrejningspunkt og mål i brugen af mindfulness er således udviklingen og kultiveringen af *psykologisk fleksibilitet* over for livet, som det udfolder sig såvel indeni som udenpå (Hayes, Strosahl og Wilson, 2012).

Efter beherskelse af dette bygges der ovenpå med en intention om bevidst at ændre den følelsesmæssige farvning af tankerne. Med farvning menes, at f.eks. rumination med negative tanker favnes med en accepterende og selvomsorgsfuld attitude. Ofte medfører denne accept, at tankernes dominans reduceres (Segal, Williams og Teasdale, 2013). Man kan dernæst vælge at introducere nye typer tankestrukturer, som ovenfor nævnt kan det være med compassion-baserede meditationer (Neff, 2011; Gilbert, 2010).

Det anses for at være en langsomt udviklende proces, der sætter i gang, når man praktiserer mindfulness og meditation, og ikke noget, man kan have som et mål i sig selv, fordi et grundprincip i meditation er forventningsløshed, dvs. meditation er en proces, der handler om at give slip, snarere end en aktiv handling. Meditation er således både en paradoksal og dialektisk oplevelse, der for de flestes vedkommende kræver en vis guidning for at komme til at fungere.

I nuet

Det er en generel perceptuel kompetence at kunne skifte mellem at trække noget i opmærksomhedsmæssig forgrund og skubbe andet i baggrund (Nilsonne, 2011; Kåver og Nilsonne, 2004), og det er den kompetence, man bruger og udvikler, når man igen og igen intentionelt retter sin opmærksomhed mod nuet og tilstræber at blive bevidst nærværende i øjeblikket. At være nærværende i nuet både fordrer og nærer at være sansende og registrerende frem for tænkende. Man træner at være centreret og i en form for stille opmærksomhedstilstand, hvorfra man er opmærksom på det foranderlige, konstante flow af indre og ydre begivenheder. Det at sanse, være og registrere som et alternativ til at tænke, analysere, fortolke og agere er dermed også et alternativ til, hvordan man kan være til stede igennem alle dagens gøremål.

Thich Nhất Hạnh har skrevet en af de meget ofte citerede bøger om meditation, som bl.a. Kabat-Zinn og Segal et al. læner sig op ad, *Åndsnærværets mirakel* (2008). Åndsnærværets sutra (oversat fra sanskrit til dansk: "tråd") siger: "Når udøveren går, må han være bevidst om, at han går. Når han sidder, må han være bevidst om, at han sidder. Når han ligger ned, må han være bevidst om, at han ligger ned" (Nhất Hạnh, 2008, s. 21-22). Nhất Hạnh understreger, at åndsnærvær også er at være bevidst om hvert åndedrag, enhver tanke og følelse, alt, som har en eller anden relation til os selv. Oversat til vestlig brug, så bringer man den mindful attitude, nærværet, med ind i alt, vi gør. Når vi spiser, bader, går, motionerer, er i samtale med andre og så videre. For personen, der er i gang med at lære mindfulness, kan det være givtigt at sætte sit fokus på én aktivitet ad gangen. Man kalder dette at bringe mindfulness ind i hverdagens gøremål for de *uformelle praksisser*.

Dette valg at være til stede i nuet er måske et af de største oprør mod de vestlige værdier for, hvordan man er til stede i verden. For trækker man i forgrund og bruger megen tid på og værdsætter det at være sansende, både i forhold til det indre, såsom åndedræt, puls, muskeltonus, forbisvævende tanker osv., og i forhold til det ydre, såsom lugte, lyde, visuelle input, solstref, temperatur osv., frem for at være identificeret med at være et tænkende og agerende menneske, så siger man dybest set nej til at være del af et højtempofyldt præstationssamfund. Således indebærer det eventuelt at beslutte sig for at have en regelmæssig mindfulnesspraksis også en proces ud i at gøre sig sine *værdier* bevidst.

Ikke-dømmende

Begrebet at være ikke-dømmende indebærer neutralitet, altså et forsøg på at tilgå verden uden kategorier som godt/skidt, rigtig/forkert i vores tankestruktur. Tænkning udvikler sig normalvis sådan, at man kategoriserer, analyserer og fortolker,

og sprogudvikling og læring baserer sig på denne evne. Så at omstille sindet til væren og registrering i nuet på en ikke-dømmende måde falder ikke naturligt, da automatpiloten i kognitionen fører én andre steder hen.

At prøve at få hjernen til at gøre noget, der ikke er det, den automatisk gør, baserer sig på den forudsætning i den meditative tradition, at tanker er upålidelige, et forvrænget produkt af historien og farvet af følelserne (Dalai Lama, 2015). Det at komme bag om tanker og følelser er således en forudsætning for klarhed (Singla, i Berliner, 2011).

Kærlig venlighed og compassion

Jon Kabat-Zinn tilføjer en anden følelsesmæssig kvalitet til det at være ikke-dømmende, beskrevet ved det følgende: “[Mindfulness] includes an affectionate, compassionate quality within the attending; a sense of openhearted friendly presence and interest” (Kabat-Zinn, 2003, s. 145). Danske mindfulnesslærere, der arbejder ud fra Kabat-Zinns faglighed, har oversat *openhearted friendly presence and interest* til *kærlig venlighed* over for sig selv, andre og livet i det hele taget.

Han bruger ikke konkret ordet accept her. Men det er endnu en af de væsentlige skjulte forudsætninger for, at man kan være dels iagttagende og registrerende, dels bringe kærlig venlighed ind i enhver iagttagelse. Tilstanden er uforenelig med rumination, og den er det modsatte af reaktivitet. Også Segal, Williams og Teasdale understreger, at mindfulness ikke blot er et neutralt nærvær. Ægte mindfulness er gennemsyret af varme, medfølelse og interesse. Mindfulness er en vital portal til kærlig selvmedfølelse (selfcompassion) (Segal, Williams og Teasdale, 2013, s. 137, 139). Denne følelsesfuldhed, varme og kærlighed skal således ses som en helt grundlæggende perceptuel måde at være til stede med sig selv og omgivelserne på, hvis mindfulness skal give mening.

I Vesten har Paul Gilbert været en væsentlig fortaler for kærlig venlighed, både som en relationel kompetence og som en forpligtelse. Gilberts force er, at han reflekterer de buddhistiske forståelser ind i en vestlig kontekst, hvor den eksistentielle psykologi, evolutionspsykologien, socialpsykologien og hjerneforskningen diskuteres i forhold til compassion (Gilbert, 2010).

Dalai Lama knytter begreberne kærlighed og compassion sammen på følgende måde:

Før vi kan generere compassion (medfølelse) og kærlighed er det vigtigt at have en klar forståelse af, hvad vi forstår ved begreberne. Enkelt sagt kan compassion og kærlighed defineres som positive tanker og følelser, som giver anledning til essentielle kvaliteter

i livet, såsom håb, mod, beslutsomhed og indre styrke. I den buddhistiske tradition ses compassion og kærlighed som to aspekter af det samme: Compassion er ønsket om, at et andet levende væsen skal være fri for lidelse; kærlighed er at ønske lykke for vedkommende (Dalai Lama, 2003, egen oversættelse).

Mindfulness og meditations oprindelse

Det er ikke nemt præcist at redegøre for mindfulness' ophav. Ofte siger man, at det stammer fra buddhistisk filosofi, men selv buddhisme er en meget bred generalisering. Der er japansk zen-buddhisme og mere folkelige former for buddhisme i Thailand og Vietnam, og der er opdelinger, der har med historiske opgør og brud at gøre (Elsass og Lhundup, 2011). Nogle retninger fremstår som en religion, andre som en filosofi, og flere meditationsformer har deres udspring i hinduismen eller andre filosofier og religioner i Østen. Det er med andre ord et meget mangeartet ophav, mindfulness og meditation udspringer fra.

Singla beskriver den østlige psykologis menneskesyn, og hvordan det er anderledes end den vestlige psykologis. De fælles forudsætninger om mindfulness, meditation og yoga, som de østlige retninger baserer sig på, uanset om det er buddhisme, hinduisme, jainisme m.fl., er:

1. Monisme mellem krop og sind.
2. Fokus på og koncepter for "bevidsthed" frem for konceptualisering og fokus på "ego".
3. Meditation som en del af dagligdagen, baseret på bestemte værdier (Rao, Paranjpe og Dalal, 2008; Singla, i Berliner, 2011).

Ad 1. Et menneske består af *deha* (den fysiske krop), *manas* (sindet) og *atman* (sjælen/det åndelige). I modsætning hertil er det vestlige menneskesyn dualistisk og uden begreber for den åndelige/spirituelle del af mennesket (Rao, Paranjpe og Dalal, 2008).

Ad 2. Bevidsthedens udvikling er hele fundamentet i den østlige tilgang. Målet er "oplysning", baseret på, at man ikke kun lever livet i de tre almene bevidsthedstilstande, jfr. Chopra (2012): 1) dyb søvn, 2) drømmesøvn og 3) vågen bevidsthedstilstand, men at man ved hjælp af meditativ praksis vågner op til 4) transcendent bevidsthed, 5) kosmisk bevidsthed, 6) guddommelig bevidsthed og ultimativt 7) forenet bevidsthed. Chopra uddyber, at de første tre bevidsthedstilstande også kan beskrives som *contracted awareness*, de næste to som *expanded awareness* og de to sidste som *pure awareness* (Chopra, 2012). En vestlig indfaldsvinkel ser kroppen som

fundamentet, hvori man har et sind, og det åndelige er en trossag og ikke som sådan en virkelig dimension i mennesket. Modsat ses mennesket i det østlige perspektiv som kropsliggjort bevidsthed, og *atman*, ånden, er virkelig og udgangspunktet for al struktur, hvorfor det også er fra det åndelige niveau, at forandringer egentligt udspringer. Derfor ses meditation som udgangspunktet for al egentlig forandring og udvikling.

Ad 3. Den tredje forudsætning har at gøre med, at indisk psykologi leverer en forståelse af den grundlæggende menneskelige natur, der giver mulighed for at transformere i retning af *perfektion i væren, sikkerhed i indsigt og følelsesmæssig lykke* (Singla i Berliner, 2011, s. 224).

Det filosofiske fundament, som går forud for de fleste østlige retninger, menes at være samlet i det, der kaldes *Yoga Sutras*. Det vurderes, at Yoga Sutras har rødder 4000 år tilbage og er mundtligt overleveret og nedskrevet af Patanjali for mere end 2000 år siden i form af yogaens 8 grene. Yoga betyder oprindeligt forening, og det hentyder her til foreningen af det individuelle jeg med den universelle bevidsthed. De to første grene omhandler det værdimæssige grundlag, man anbefales at leve efter i relationen til andre og til sig selv. De to næste grene omhandler de fysiske øvelser og åndedrætsøvelserne, der betragtes som broen mellem krop, sind og ånd. De sidste fire omhandler den meditative proces hen imod indre stilhed og oplysning. I korthed beskrevet og struktureret (*Yoga sutras – hvordan man kender Gud*):

1. Yama – Reglerne for social omgang

- Ahimsa – praktisere ikke-vold
- Satya – ærlighed
- Asteya – ikke stjæle
- Brahmacharya – udøve passende seksuel kontrol
- Aparigraha – være generøs

2. Niyama – Reglerne for personlig adfærd

- Saucha – renhed, fysisk og mentalt; der er hele tiden et valg mellem opbygning eller destruktion
- Santosha – tilfredshed; vidnebevidsthed frem for fordømmelse, kæmp ikke mod universet
- Tapas – disciplin; at være og leve forbundet med de biologiske rytmer
- Svadhyaya – selvstudie/spirituel udforskning, fra viden til visdom
- Isvarapranidhana – overgivelse og nærvær i nuet

3. Asana – De fysiske øvelser

Et middel til at opnå en tilstand af fysisk ubesværet, så man kan sidde ubevægelig en god rum tid med lige ryg – med det formål at meditere. Asanas er typisk det, man i Vesten forbinder med yoga – men det er en dimension af det formål at opnå en overbevidst tilstand.

4. Pranayama – Åndedrættet

Åndedrættet er midlet til flow og livskraft. Det er broen mellem krop og sind, forbindelsesleddet mellem ubevidst og bevidst, bevægelsen af livskraft ind i materie. Så bevidstheden om åndedrættet, og udviklingen heraf, er en af de vigtigste nøgler til en fordybet meditationspraksis.

5. Pratyahara – Tilbagetrækning af sanserne

Sanserne griber konstant ud i omverdenen, så vi er hele tiden i gang med at tolke, genkende, lokalisere. Gennem bevidst – ydre og indre – sansning lærer vi at arbejde med sindet, så vi ikke fortolker vore sanseindtryk; vi lærer at trække sanserne tilbage.

6. Dharana – Koncentration

På dette trin begynder udøveren at være i stand til at kontrollere sine tanker. I det sanserne kan isoleres, vandrer opmærksomheden ikke hid og did. I stedet kan opmærksomheden rettes mod ét fokuspunkt i mindst 12 sekunder, uden at der kommer tanker indover og forstyrrer koncentrationen.

7. Dhyana – Meditation

Egentlig meditation. Når et objekt kan fastholdes en vis tid, bevæger koncentration sig over i meditation. Grænsen for, hvornår det er meditation, er glidende, men hvis man kan sidde ca. 4 minutter, uden at forbindelsen mellem sindet og objektet brydes af andre tanker, er det meditation.

8. Samadhi – Overbevidst tilstand

Et kompleks, der dækker over en række højere bevidsthedstilstande. Det indebærer et samspil mellem en forening af seeren (vidnet, selvet), processen at se og det, som ses. Selvet kan komme til at udtrykke sig mere og mere gennem sindet. Jo renere sindet er, desto mere viser selvet sig gennem det.

Mindfulness, som det praktiseres i Vesten, bruger mangfoldige teknikker, der især har at gøre med 4) åndedrættet, 5) tilbagetrækning af sanserne, 6) koncentration og i en vis grad, hvis vi overhovedet erhverver os de fornødne kompetencer, 7) medi-

tation. Fra et østligt synspunkt vil punkterne 4-7 være uopnåelige uden at basere sit daglige liv på punkt 1 og 2, og kroppens uro skal mindskes ved hjælp af punkt 3. Målet er uafvendeligt: opnåelse af en oplyst tilstand, en overbevidst tilstand, punkt 8.

Som vi bruger mindfulness-teknikkerne i Vesten, understreger de fleste lærere, at de anvender metoderne i en sekulariseret form. Det er ofte ikke italesat, om metoderne skal bruges til andet end stressreduktion, reduktion af psykiske lidelser eller forbedring af en række fysiske tilstande i kroppen. Der kan være en del problemer forbundet hermed. Kirmayer skriver: "At ekstrahere teknikker som f.eks. mindfulness meditation fra de sociale kontekster, teknikkerne oprindeligt udspringer fra, kan hænde at ændre såvel essensen som effekten af praksissen" (Kirmayer, 2015, s. 447, egen oversættelse).

Det afføder to spørgsmål: Når metoderne udsættes for en grad af reduktionisme, giver det så overhovedet tilstrækkelig mening at bruge dem? Hvis der bruges teknikker og praksisser, der oprindeligt er metoder til opnåelse af andre mål, end udøveren tænker dem som, er det så ikke en form for manipulation? Hvis instruktøren/terapeuten ikke er uddannet i filosofierne bag, kan det hænde, at både instruktør og kursister bruger teknikker og øvelser uden at have en egentlig ide om deres funktion og virkningsmekanismer.

Retninger og metoder i Vesten

Der findes mange forskellige retninger og metoder inden for de meditative traditioner, man i Vesten har søgt inspiration fra siden 30'erne og indtil i dag. Her præsenteres et bredt snit af strømningerne.

Fra 1930'erne fik Paramahansa Yogananda (1893-1952) en voksende indflydelse på den spirituelle udvikling hos en stadig voksende mængde følgere især i USA. Han skrev *Autobiography of a Yogi* i 1946, der har dannet inspiration for millioner af mennesker, der har en yoga- og meditationspraksis. Han skabte bevægelsen *Self-Realization Fellowship*, og der blev bygget flere templer, der eksisterer den dag i dag, og som holder regelmæssige kurser og konventer, hvor hans lærdom overleveres.

I begyndelsen var det især meditative praksisser, der tog deres udgangspunkt i *chakraer* og *mantraer*, som vandt indpas i Vesten. Der var ingen reel kvantitativ vestlig forskning i, hvordan disse meditative praksisser påvirker mennesker. I stedet udforskede man forskellige bevidsthedstilstande i mere kvalitativ forstand.

Stanislav Grof (1931-) skal fremhæves som en af de indflydelsesrige vestlige personer, der systematisk fokuserede på udforskningen af bevidsthedstilstande. Han gjorde det ved hjælp af det psykedeliske stof LSD fra 60'erne indtil 80'erne, hvorefter stoffet blev forbudt. Han begyndte i stedet at bruge åndedrætsteknikker

til at opnå de ændrede bevidsthedstilstande, såkaldt *holotropisk åndedrætsterapi*, som mange psykoterapeuter og psykologer, også i Danmark, har taget videreuddannelser i (Grof og Grof, 2010).

I 70'erne blev Osho (1931-1990, han hed oprindeligt Bhagwan Shree Rajneesh) meget populær i Vesten. Han introducerede mange forskellige meditationsformer, især forskellige typer bevægelsesmeditation blev populære. Osho efterlod sig en meditationsskole og -resort, beliggende i Indien, der stadig er meget aktiv (www.osho.com).

I 60'erne mødte The Beatles Maharishi Mahesh Yogi (1918-2008) i Indien. Maharishi drog til USA med *Maharishi Transcendental Meditation™*, og meditationsformen fik for alvor bevågenhed fra amerikansk sundhedsfremme og forskning i 80'erne (Forem, 2012). Ud over en stringent overleveringsprocedure startede bevægelsen en kvantitativ forskningstradition, og der begyndte at dukke videnskabelige artikler om effekterne af meditation på både krop og sind op i forskningsdatabaserne. Bevægelsen har stadig skoler og lærere rundt omkring på kloden.

Fra 80-90'erne kom der med Jon Kabat-Zinn – og indflydelsen fra og samarbejdet med Dalai Lama – 8-ugerskurset *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR).

Antallet af faglige videreuddannelser og certificeringer er vokset siden 90'erne, ligesom at forskningen i mindfulness og meditation er vokset eksponentielt siden da. Diversiteten vokser i takt med, at man målretter, ift. hvilken lidelse der ønskes lindret, og om ønsket er at kunne afholde et bestemt manualiseret kursus, eller at praksisserne implementeres dynamisk i et terapiforløb,.

Oversigt over de mest anerkendte retninger

Nedenfor ses en oversigt over de mest anerkendte retninger inden for mindfulness i sundhedsvidenskabeligt regi i Vesten, når man henser til antal forskningsarbejder:

MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 2013)

Den retning, der siden starten af 90'erne for alvor fik populariseret ordet mindfulness, var *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Jon Kabat-Zinn skabte sammen med kollegaen Saki Santorelli i 1981 et 8-ugers program, hvor man efter en fast manual underviser grupper på 10-40 personer i en række bestemte teknikker og øvelser, der tager deres udgangspunkt i buddhistisk meditativ praksis (<http://www.umassmed.edu/cfm/stress-reduction/>). Kabat-Zinn benytter især praksisser, der kaldes mindfulness meditation, hvorfor ordet mindfulness hen over tiden blev det ord, der kendetegner nutidens vel nok mest udbredte tilgang til meditation i Vesten.

Udbredelsen skyldes formentlig primært tre ting: For det første etablerede Kabat-Zinn og Santorelli deres *Stress Reduction Clinic and the Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society* ved University of Massachusetts Medical School. Konceptet udførtes og udføres hyppigt i en institutionaliseret kontekst. For det andet har de været dygtige til at få manualiseret forløbet og uddannet MBSR-instruktører. For det tredje har de været dygtige til at igangsætte forskning, der ud fra kvantitative parametre måler på effekterne af MBSR, og forskningsdesignene bliver stadig mere stringente, så det er muligt at blive mere præcis om, hvilke dele af interventionen der har størst effekt på hvem og under hvilke betingelser.

Programmet var, som navnet siger, særligt udviklet til stressramte, men hen over tiden har man også benyttet programmet på smerteramte, depressive, angst, kræftramte m.fl.

MBSR-programmet er den af retningerne, der er lavet flest systematisk udførte studier på i forhold til forskellige målgrupper, og idet den har eksisteret i nu flere årtier, er der også lavet en del systematiske reviews. MBSR har vist sig som en effektiv behandling i forhold til at lindre, reducere og forbedre livskvalitet ved bl.a. stress, angst, depression (Fjorback, Arendt, Ørnboel, Fink og Walach, 2011; Khoury, Sharma, Rush og Fournier, 2015), at reducere graden af depression og forbedre livskvalitet ved cancer (Smith, Richardson, Hoffman og Pilkington, 2005; Romy, Holger, Anna og Gustav, 2012) og at reducere smerteintensitet og mobilitet ved lændesmerter (Cramer, Haller, Lauche og Dobos, 2012). Nyeste hjerneforskning viser desuden, at MBSR-inducerede emotionelle og adfærdsmæssige ændringer er relateret til ændringer i hjernen både funktionelt og strukturelt (Gotink, Meijboom, Vernooij, Smits og Hunink, 2016).

MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal, Williams og Teasdale, 2013)

Den engelske, Oxford-hjemmehørende psykolog Mark Williams, kollegaen John Teasdale og deres Toronto-hjemmehørende kollega Zindel Segal indledte i slutningen af 90'erne et samarbejde med Kabat-Zinn for at udvikle et 8-ugers program til depressive. Det blev til programmet *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)*. Programmet viste især sin styrke med hensyn til at forebygge tilbagefald af svær depression, idet de traditionelle terapeutiske retninger, især kognitiv terapi, har vist sig effektfulde som behandling af depressive, mens tilbagefaldsraten er utilfredsstillende (Segal, Williams og Teasdale, 2013).

MBCT er i sin rene form et gruppebaseret undervisningsforløb med psykoedukation og mindfulnesspraksis, der ud over undervisning og refleksion over øvelserne inddrager en gruppeterapeutisk dimension. Man har udviklet skemaer og metodik til selvobservation, og ud over hjemmepraksis er selvobservation og daglig notetagning

et vigtigt udgangspunkt for gruppeterapien, hvis deltagerne skal have det optimale ud af forløbet. Man arbejder intensivt med kognition og perception under overskrifterne *Automatpilot*, *At leve i hovedet*, *At samle et spredt sind*, *At opdage aversion*, *Accept*, *Tanker er ikke facts* og *At arbejde visdomsbaseret med depression*.

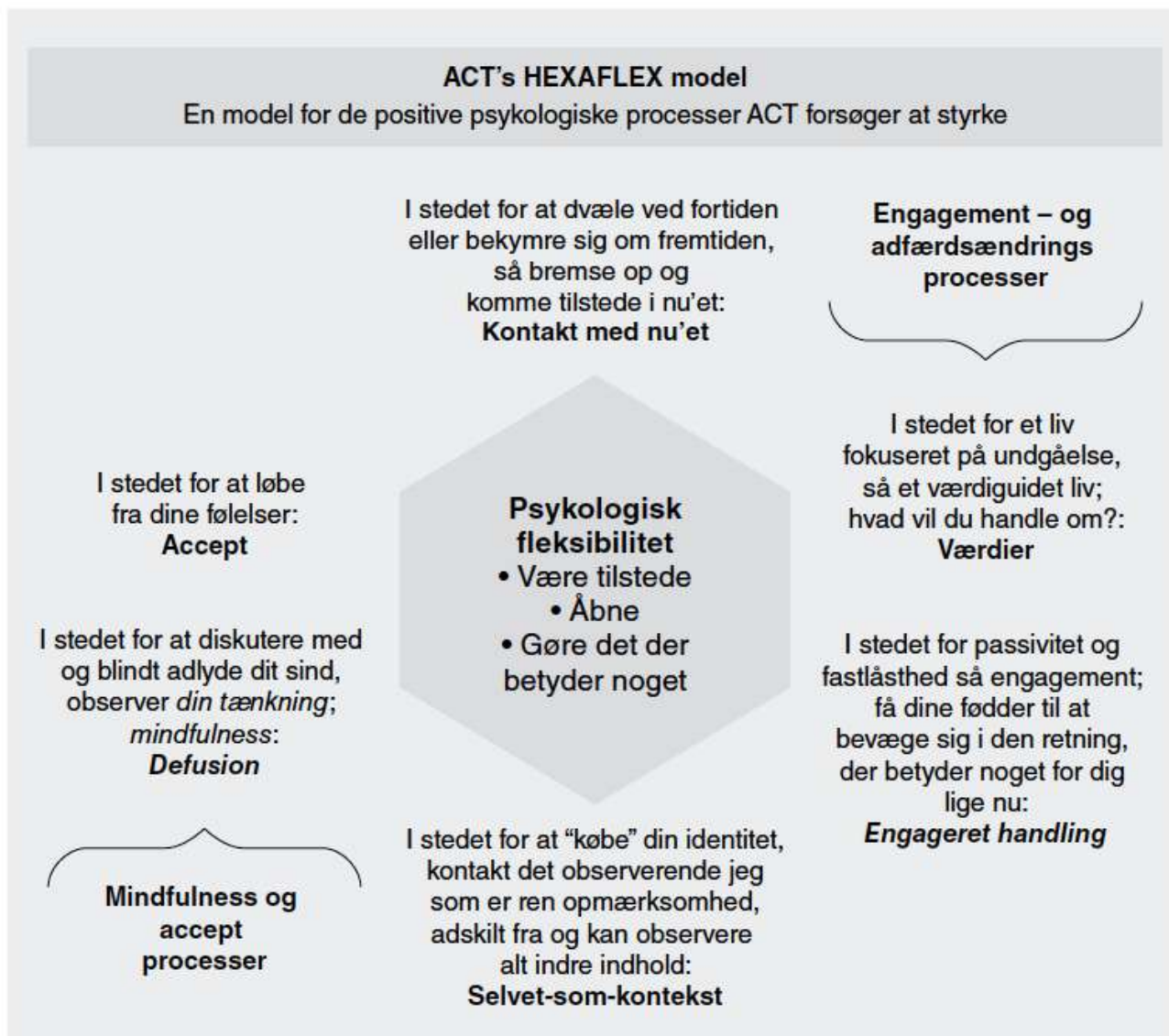
MBCT er ligeledes én af de interventionstyper, hvor der bedrives megen og systematisk forskning med henblik på optimal brug af mindfulness. Hvad angår brug af denne metode til depressionsbehandling, og særligt hvad angår klienter med flere tilbagefald, har og får praktiserende psykologer således en stadig voksende indsigt i, hvad, hvorfor og hvordan man kan bruge mindfulness som specifik behandlingsmetode.

Studier har vist, at MBCT forebygger tilbagefald af depression med størst effekt hos patienter med tre eller flere depressive tilbagefald. I flere af studierne sammenlignes også med brug af antidepressiv medicin, og man vurderer generelt, at MBCT-behandlingen også er en økonomisk effektiv behandling (Teasdale et al., 2000; Williams, Teasdale, Segal og Soulsby, 2000; Ma og Teasdale, 2004; Kuyken et al., 2008; Bondolfi et al., 2010; Godfrin og van Heeringen, 2010; Segal et al., 2010; Williams og Kuyken, 2012; Williams et al., 2014). Et systematisk review over brugen af MBCT har vist, at MBCT er andre behandlinger overlegen, hvad angår tilbagefaldsrisiko, når man har haft mere end tre tilbagefald tidligere (Piet og Hougaard, 2011), og et nyere review bekræfter samme (Kuyken et al., 2016). Udfordringen fremover bliver at tydeliggøre de kognitive mekanismer og mediatorer, hvad angår såvel behandling som at forebygge tilbagefald af forskellige typer psykiske lidelser (Davidson, 2016).

ACT – Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl og Wilson, 2012)

Den metodiske kombination af terapi og mindfulness er siden 00'erne blevet udviklet og udforsket meget. I udviklingen af *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) har Hayes, Strosahl og Wilson (2012) oprindeligt forholdt sig metodisk og reflekteret til buddhismens værdigrundlag, og de terapeutiske metoder er ikke i modstrid med mindfulnesspraksisserne, som de benyttes i buddhismen (Hayes, 2002). Fung (2015) konstaterer, at ACT er i overensstemmelse med adskillige af de buddhistiske grundsætninger. ACT bruger også en del teknikker fra kognitiv adfærdsterapi, men retningen indeholder også metoder til at inddrage klientens værdigrundlag. Inddragelsen har stor overensstemmelse også med humanistisk psykologi.

ACT er en empirisk baseret psykologisk interventionsform, der bruger accept- og mindfulnesspraksisser til at skabe *psykologisk fleksibilitet*. Der arbejdes systematisk ud fra strukturen i figur 7.1 (Hayes, Luoma, Bond, Masuda og Lillis, 2006).



Figur 7.1. ACT

Det terapeutiske arbejde har til hensigt at skabe konstruktive, *værdibaserede*, bevidste og konkrete håndteringsstrategier, der fører til ændrede handlemønstre, i hexaflexen kaldet *forpligtende handling*.

ACT opererer med en anden form for jeg end det sædvanlige inden for psykologien. Det kaldes i hexaflexen *Selvet som kontekst: Ren opmærksomhed*. Der er tale om en transcendent del, en form for ren bevidsthed, som ikke er truet af vanskeligt psykologisk indhold (Hayes, 2002; Elsass og Lhundup, 2011). ACT provokerer den traditionelle psykodynamiske tankegang ved at hævde, at indsigt og forståelse i form af en indre supervisor kan have en skadelig virkning, medmindre man "træder lidt til side", decentrerer og udvikler en holdning præget af *accept* (Elsass og Lhundrup, 2011, s. 173). I modsætning til traditionel terapi forsøger ACT således at "slå det begrebsliggjorte jeg ihjel" (Elsass og Lhundrup, 2011, s. 177).

Defusion: Watch your thinking i hexaflexen oversættes bedst til: uskadeliggøre eller desarmere. Det modsatte af defusion er fusion, der betyder sammensmeltning. Nogle gange kan det opleves, som om man er smeltet sammen med sine ubehagelige tanker og følelser. Når man i mindfulness arbejder med defusion, arbejder man med at skabe en distance mellem sig selv og de tanker og følelser, man har. I ACT bruger man mentale praksisser, hvor man metaforisk forestiller sig bl.a. at sætte tankerne på forbisvævende skyer, eller man putter dem i kasser på et samleband. Man kan også arbejde kropsligt dermed ved at invitere svære minder, tanker og følelser ind og så arbejde kropsligt med at være såkaldt *ikke-reaktiv*, det vil sige, man desarmerer eller kortslutter den automatiske forbindelse mellem tanke, følelse og kropslig reaktion.

ACT har vist sig effektiv i behandlingen af kroniske smerter og tinnitus og tegner til også at have positive effekter i behandlingen af depression, angst, OCD, stress, misbrug og psykotiske symptomer (Öst, 2014). ACT er endnu så ung en retning, at der ikke kan konkluderes noget ud fra sammenligninger af ACT med andre behandlingsmetoder (for mere om ACT, se kapitel 9).

DBT – Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 2015)

En anden mindfulnessinspireret retning, der skal nævnes, er *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), som er udviklet af Marsha M. Linehan til behandling af borderline-lidelser.

Hun satte sig for at undersøge, hvordan terapi og brug af mindfulnesspraksisser kan understøtte hinanden. Hun udviklede et manualiseret forløb for borderline-klienter, som forløb gennem et helt år, hvor der var ugentlige gruppemøder, ugentlige individuelle terapier og hjemmepraksis, dvs. et meget intensivt og langstrakt forløb. Begrebet det kloge, vise sind (*wise mind*) har sin største inspiration fra DBT (Linehan, 2015). Det kloge, vise sind er stedet, hvor der sker en integration af det rationelle sind og det følelsesmæssige sind. Hvor logik balanceres med, hvad man føler med hjertet. Hvor man er centreret og har en sund jordforbindelse. Hvor intuition og faktisk kendskab inkluderes. Linehan understreger, at alle har en kapacitet for indre visdom, men det er en kapacitet, der skal trænes og kultiveres for at tage mere fast bo i én.

Defusion som terapeutisk dialogisk praksis er også et vigtigt element i DBT. Studier har vist, at DBT er mere effektiv end øvrige behandlingsformer med hensyn til at kunne stabilisere selvdestruktiv adfærd og forbedre compliance hos patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (Panos, Jackson, Hasan og Panos, 2014). Dialektisk adfærdsterapi udfoldes nærmere i kapitel 15.

MSC – Mindful Self Compassion (Neff, 2011)

Mindful Self Compassion (MSC) er udviklet af Kristin Neff hen over oøerne og tager især fat i det perspektiv af compassion, der har at gøre med self-compassion (Neff, 2011). Self-compassion består af de tre elementer:

- *Almen mindfulnesspraksis* er basis.
- *Selv-venlighedsøvelser* er en væsentlig del af 8-ugers programmet, idet Neff anser selv-venlighed for ikke at være særlig kulturelt anerkendt, hvorfor det skal trænes.
- Tredje element er *anerkendelsen af det almenmenneskelige*. Det eksistentielle grundvilkår af alenehedsfølelse samt grundfølelserne er fælles for alle levende mennesker. En væsentlig del af arbejdet består i at være bevidste om, at alle mennesker er i det sammen, alle sammen. Selve denne bevidsthed giver en trøst, men en del af forløbet er også at være med i en supportgruppe og at arbejde med tilhørsforhold. Der arbejdes med 1) at opgive at sammenligne sig selv med andre, 2) opgive fjendebilledskabende fortællinger, 3) at udfordre illusionen om perfektionisme og 4) at træne konkret inter-forbundetheds-øvelser.

Neff er integrativt arbejdende på den måde, at de almene mindfulnesspraksisser hentes fra forskellige lærere. Hvad angår anerkendelsen af det almenmenneskelige, da skaber hun meditative praksisser og øvelser ud fra grundfilosofierne i eksistenspsykologien. Hendes væsentligste nye bidrag i forhold til andre mindfulnessretninger er selv-venlighedsøvelserne.

Der er lavet et pilotstudie og et randomiseret kontrolleret studie af Neff og Germer selv, hvor de konkluderer, at MSC-programmet øger self-compassion, mindfulness og velvære hos tilfældigt udvalgte deltagere, der har meldt sig til forløbet (Neff og Germer, 2013). Et afrikansk studie målte på effekten af compassionpraksis i et forløb på kun 4 gange og viste højere grad af mindfulness og selfcompassion blandt sundhedsfagligt unge studerende (Whitesman og Mash, 2015). Et andet nyt studie viser, at der er en både direkte og indirekte sammenhæng mellem at have en mindfulnesspraksis og en forøget grad af compassion og lykkefølelse (Campos et al., 2016).

Der mangler stadig mere præcise vestlige operationaliseringer af compassion. Strauss et al. (2016) foreslår, at fremtidig forskning skaber skalaer, der måler på fem parametre: At kunne genkende lidelse, forstå universaliteten i menneskelig lidelse, føle med den lidende person, tolerere ubehagelige følelser samt motivation for at lindre lidelse (se mere om Compassion Focused Therapy i kapitel 8).

Øvelser, praksisser og kategorisering af disse

Generelt kan man opdele mindfulness i formelle og uformelle praksisser. De nedenfor nævnte formelle mindfulnesspraksisser er nogle af de mest anvendte i Vesten inden for retningerne MBSR, MBCT, ACT, DBT og MCS, og de bruges på forskellige måder i alle retningerne:

- Kropsscanning i forskellige variationer
- Sansbevidsthed, f.eks. lytning som meditativ praksis
- Åndedrætsøvelser og -meditationer
- Compassionøvelser og -meditationer
- Mentale praksisser, hvor sindet kultiveres og trænes, bl.a. opøvelse af det kloge, vise sind, defusion samt at kunne være adskilt fra/være nonreaktiv over for sine tanker og følelser
- Mindful bevægelse – gående-meditation og/eller yoga-øvelser

MBSR og MBCT er manualiserede programmer, hvorimod ACT, DBT og MSC er mere fleksible og integrerer mindfulness og terapi.

Skal vi forsøge at strukturere de forskellige tilgange i relation til deres psykologiske og kognitive konsekvenser og mekanismer, foreslår Dahl et al. (2015) et helt nyt klassifikationssystem. Der lægges vægt på, om meditationsformens funktion er opmærksomhedstræning, rekonstruktion eller dekonstruktion af selvet. Oversigten nedenfor viser, hvilke orienteringsformer inden for meditation, f.eks. om meditationen er kropsorienteret eller objektorienteret, der hører under eller relaterer sig til bestemte funktioner.

Opmærksomhed <i>Regulering og meta-opmærksomhed</i>	Konstruktion <i>Perspektiv-skabelse og revurdering</i>	Dekonstruktion <i>Forskellige typer indsigt-meditation</i>
Kropsorienterede	Relationsorienterede	Objektorienterede
Objektorienterede	Værdiorienterede	Subjektorienterede
Subjektorienterede	Perceptionsorienterede	Ikke-dual orienteret indsigt

Dahl et al. (2015) indplacerer i artiklen de væsentligste typer meditation, der forefindes i både Øst og Vest. Det vil i høj grad give mening at tage udgangspunkt i en sådan struktur, når man uddanner kommende psykologer (eller andre sundhedsmedarbejdere) i brug af mindfulness og meditation, idet man får en bevidsthed omkring, i hvilken retning meditationsformen udvikler – eller dekonstruerer – kognitionen, perceptionen og selvet.

De hyppigt anvendte retninger i Vesten, MBSR, DBT, MBCT og DBT, er alle placeret under objektorienteret opmærksomhedstræning, mens compassion-baseret meditation er placeret under relationsorienteret konstruktion og kognitiv adfærdsterapi placeres under subjektorienteret og indsigtsgivende dekonstruktion.

Hvis man sammenligner de forskellige retninger inden for mindfulness og ser på, hvad der går igen på tværs af alle retninger, kan man sige, at mindfulness i sin essens består af:

Accept af nuet
– både det indre og det ydre –
præcis som det er
og
Kærlig venlighed (compassion)
mod sig selv
og andre.

Mindfulness og hjernen

Neuropsykologien, især ført an af psykologen Richard Davidson, har de sidste ca. 15 år bidraget med en hastigt voksende forståelse af, hvad der sker i hjernen, når man praktiserer mindfulness og meditation. Davidson har sin base på University of Wisconsin-Madison, hvor han p.t. har over 70 forskere i gang. Davidson har samarbejdet med Dalai Lama og buddhistiske munke gennem alle årene.

Davidson et al. udgav i 2003 en banebrydende artikel om, hvad der sker i hjernen på erfarne buddhistiske munke, når de mediterer. Det var især, når de mediterede med hjertet som indgang, altså mediterede på *compassion*, at der skete væsentlige ting i hjernen. Davidson beskriver konkret, at venstre frontallap aktiveres, og metaforisk, at "lyset bliver tændt" – og både kærlighedskapacitet og lykkefølelse går hånd i hånd og vokser, også i tiden efter man har mediteret. Munkene dannede særligt mange hjernebølger af typen gammabølger, jfr. oversigten nedenfor, der repræsenterer en tilstand af intenst fokus og høj energi, en såkaldt overbevidst tilstand.

Artiklen (og flere andre artikler, der beskæftiger sig med, hvad der sker i hjernen under meditation) strukturerer, lidt forsimplet, bevidsthedstilstandene således:

DELTA	THETA	ALFA	SMR	BETA-1	BETA-2	GAMMA
0,5-4 Hz	4-8 Hz	8-12 Hz	12-15 Hz	15-20 Hz	20-30 Hz	30-42 Hz
Dyb søvn	Mellemdyb søvn	Meditativ	Mindful	Aktivt vågen	Stresset vågen	Overbevidst
Instinkt	Emotion	Vidne	Nærvær	Koncentration	Stress	High performance
Overlevelse Koma Ubevidst	Drifter Følelser Trance Drømme Ubevidst	Kropsbevidst Hvilende årvågenhed Subbevidst / bevidst hvis trænet	Afspændt Fokuseret Integration af følelser Bevidst	Tænkning Mental aktivitet Bevidst	Spændt Angst Ophidset Ukoncentreret Bevidst	Intenst fokus Høj energi Exceptionel kombinationsevne Overbevidst

Når man er i aktivitet, målrettet og fokuseret, dominerer det sympatiske nervesystem (altså den del af vort autonome nervesystem, der er aktiverende), og hjernen genererer det, man kalder beta-1-bølger. Er man stresset, angst eller anspændt, dannes der beta-2-bølger. Når der er parasympatisk dominans (altså den del af det autonome nervesystem, der skaber hvile og ro), bliver hjernebølgeaktiviteten langsommere og bliver til SMR- eller alfabølger. Det er SMR og alfa, som man sædvanligvis i vestligt orienteret praksis stræber i retning af, når man mediterer. Falder personen i søvn og det parasympatiske nervesystem yderligere tager over, danner hjernen thetabølger. Dyb søvn er karakteriseret ved deltabølger.

I 2004 kom den første artikel, der dokumenterede hjernens såkaldte neuroplastiske kapacitet i forbindelse med udøvelse af meditation samt den direkte konsekvens i immunsystemet (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard og Davidson, 2004).

Forskningen beskæftiger sig både med generelle fysiske og mentale positive konsekvenser af meditation. I forhold til stress viser et studie af Rosenkranz et al. (2016), at erfarne mediterende er væsentlig mindre stress-modtagelige og har færre inflammatoriske tilstande, bl.a. målt ved mængden af kortisol.

I bogen *Din hjernes følelsesmæssige liv* (Davidson og Begley, 2012a; 2012b) opsummeres på baggrund af den moderne neurologiske forskning seks typer følelsesmæssig stil, der påvirkes positivt, både indirekte og direkte, af mindfulness og meditation: ukuelighed, livssyn, social intuition, selverkendelse, situationsfølelse og opmærksomhed.

Måleredskaber inden for mindfulnessforskning

I takt med at mindfulness er blevet stadig mere populært i Vesten, og at forskning i effekterne af mindfulness er steget, har psykologien forsøgt at bidrage med en operationel beskrivelse af, hvad mindfulness er, samt hvordan man kan måle det.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) og the Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) er de mest benyttede. FFMQ er udviklet på baggrund af en psykometrisk evaluering og gennemgang af en række mindfulness-spørgeskemaer, herunder MAAS, hvor man fandt en signifikant sammenhæng imellem 5 spørgeskemaer, der hver især måler forskellige aspekter af mindfulness. Faktoranalyse viste fem faktorer (facets), der hænger sammen og kan forklare mindfulness som et sammenhængende konstrukt, og skalaen har vist høj validitet i forhold til at kunne forklare sammenhængen imellem mindfulness og andre psykologiske variable (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer og Toney, 2006).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

I det følgende gennemgås elementerne i FFMQ, idet der således gives et godt indblik i psykologiens operationelle beskrivelse af, hvad mindfulness er – og dermed også et tydeligere billede af, hvilke perceptuelle og kognitive kapaciteter, der med mindfulness søges udviklet i klienter. De fem aspekter – iagttagelse/registre, ikke-vurderende bevidsthed, ikke-reaktivitet over for den indre oplevelse, at beskrive og at handle med nærvær – giver en mere konkret beskrivelse af, hvad det vil sige at forholde sig metakognitivt, og de vil blive uddybet i det følgende.

Iagttagelse/registrere. Bevidst observation og registrering af interne og eksterne stimuli er grundlaget for at være mindful. Det er en dynamisk balance, såvel indadregistrerende som udadregistrerende. Ved indadregistrerende forstås at "mærke sig selv", det vil sige fornemme kroppens almene tilstand som f.eks. puls, temperatur, lyd i øregangen, muskulært grundspændingsniveau m.m. Ved udadregistrerende forstås at sanse sine omgivelser med syn, hørelse, lugtesans, smagssans og følesans. Der er ydermere fokus på at fornemme andre både i overfladen og i dybden samt at være sig de fysiske omgivelser bevidst; en på samme tid både bred og fokuseret opmærksomhed.

Ikke-vurderende bevidsthed vil sige, at man bevidst afstår fra at evaluere, analysere og fortolke sine sansninger, tanker og følelser. Man bevidner blot alt, hvad man registrerer – hvilket går imod den naturlige tilbøjelighed, som er at være analyserende, kategoriserende og vurderende.

Ikke-reaktivitet over for den indre oplevelse betyder, at man tillader alle former for tanker og følelser at komme og gå uden at give dem opmærksomhed eller blive opslugt af dem. Når en del af kroppen eksempelvis udsender smerteimpulser, eller

man tænker angstfulde tanker, vil mennesker almindeligvis reagere ved at spænde op i kroppen, og fysiologiske målinger vil afspejle en form for stress. I en mindful tilstand kan man forblive afspændt og trække vejret dybt, mens smerterne eller følelserne står på og opleves.

At beskrive. Ideen er, at ved at erkende og tage ansvar for sine tanker, følelser og kropslige sansninger, men uden at identificere sig med dem, bliver de nemmere at give slip på. Det opøves at forblive beskrivende og observerende på planer: For det første over for det, der sker i krop, tanker og følelser – uden at anvende analyserende, fortolkende eller vurderende ord. For det andet at komme i kontakt med den del af bevidstheden, der automatisk tænker f.eks. selvkritiske tanker. Metaforisk set, som om selvkritikken er en radiokanal i hjernen, som automatpiloten styrer ind på, og som man med den frie, aktive bevidsthed kan styre væk fra igen.

At handle med nærvær. Mindfulness foregår ikke kun som en indre proces. Det kan forstås som en bevidst tilstedeværelsesmåde i livet, snarere end blot en teknik. En ubevidst handling er reaktiv, mens en bevidst er proaktiv, og mindfulness flytter tendensen fra først- til sidstnævnte. Automatpilot-tilstande er dikteret af vante tankestrukturer; mindfulnesspraksisser søger at fremme mere bevidst og ansvarlig handlen.

Menneskesyn, egen mindfulnesspraksis og psykologrollen

Hvis man som psykologstuderende eller terapeut får interesse for mindfulness og meditation, så skal og må det starte med ens egen praksis. At man erfarer, hvordan meditationspraksisser påvirker krop, tanker, følelser, koncentration, søvn, relationer og liv i det hele taget over en længere periode. Kabat-Zinn/MBSR-uddannelsen samt Williams m.fl./MBCT-uddannelsen understreger også begge nødvendigheden af regelmæssig egenpraksis.

Den stillesiddende meditative praksis bør ikke ses som alenestående, jf. også yoga sutras. Psykologen skal også erhverve sig erfaringer med de fysiske asanas. Jf. den monistiske krop-sind-ånd-forståelse i østlig psykologi, hvor kroppen er ét aspekt af sjælen, da vil psykologen næppe kunne overse klienternes kropslige tilstand. Terapierne vil således også blive væsentligt mere kropsoverrettede. Psykologen bør i sin egenpraksis også arbejde med værdier og forholdemåder til det omgivende samfund, de nære relationer m.m., jfr. yoga sutras punkt 1 og 2.

Er ens menneskesyn mere i retning af den østlige psykologis, så kan det tænkes, at måden, hvorpå man anskuer sine klienter, skifter karakter fra at se mangler og fejl og diagnoser som angst, depression, stress, somatisering osv. til at ens per-

spektiv bliver mere ressourceorienteret, a-teoretisk og essensorienteret (Epstein, 1996). ACT bruger begrebet "Selvet som kontekst". Det både påvirker perspektivet, hvorfra man anskuer, og det påvirker måden, hvorpå man anskuer klienten; man tilstræber at se *atman*, sjælen.

Stilhed bliver i endnu højere grad end i traditionel terapi en kvalitet; en fylde i sig selv, hvor måske ordløse indsigter erfares. Med hensyn til det talte, da vil både kommunikationsmåde og -indhold ændres radikalt. Det er en udbredt terapeutisk erfaring, at mange mennesker føler en "overload" af sprog, af ord uden bundklang i og uden overensstemmelse med det tænkte, det følte, det kropsligt iboende og det reelt udlevede. Mange føler dissonans mellem de forskellige lag i sig og forbindelsen udefter i verden. Det talte kan opleves som en slags u-autentiske talebobler, der ikke hænger sammen med helheden eller har jordforbindelse. Mindfulness og meditation som en personlig, privat praksis, og terapier med plads til pauser og stilhed, repræsenterer den klarhed og ægthed, måske endda den ægte virkelighed, der er modsvaret til al kaosset.

Man skal gøre op med sig selv, om man tilegner sig mindfulness fortrinsvis til eget brug eller til aktivt brug i terapien med klienter. Bruges mindfulness kun til personligt brug, forbedres kvaliteten af nærværet hos terapeuten, hvilket er afgørende for kvaliteten af relationen. Et enkelt studie indikerer dette (Grepmaier, Mitterlehner, Loew og Nickel, 2007).

I oversigt kan det opsummeres, at mindfulness for en psykolog kan bruges:

- Som eget redskab til balance og personlig udvikling
- Til at se essensen i klienter
- Som redskab til en kropsterapeutisk indfaldsvinkel
- Som kommunikationsredskab i form af mere observation, registrering, non-reaktivitet, accept og kærlig venlighed

Hvis man også vil tilegne sig brugen af mindfulnesspraksisser i forhold til klienter og kursister, skal man overveje, om man vil lære det som en fleksibel psykologisk metode (bl.a. ACT, DBT), eller man vil kunne afholde formelle kurser til specifikke formål (bl.a. MBSR, MBCT).

Peter Elsass har foretaget en grundig faglig analyse og refleksion i forhold til, om og hvordan psykologien bruger mindfulnesspraksisserne. Han siger:

De fleste kognitive terapeuter forholder sig meget pragmatisk og forenklet over for metoderne og betragter f.eks. buddhistiske meditationsmetoder som stressreduktionsmetoder og uden at nævne spiritualitet (Elsass og Lhundup, 2011, s. 171).

Hvis man i terapi vil benytte sig af/supplere med meditative praksisser, er det ifølge Elsass nødvendigt, at man foretager en grundig afdækning af, hvilket menneskesyn og hvilke potentielle forandringsmekanismer man foretager sin intervention ud fra. En traditionel psykoterapeutisk eller kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang kan metodisk være i direkte modstrid med de meditative indfaldsvinkler. F.eks. handler mange af de kognitive teknikker om “at ændre” og “at fjerne” – hvilket er helt modsat instruktionen i mange mindfulnesspraksisser.

I MBCT har man været omhyggelige med begrebsudviklingen. Det handler ikke kun om at lære at slappe af kropsligt og mentalt, men – og i endnu højere grad – at udvikle og kultivere opmærksomhed og vågenhed. Det underliggende mål er at udvikle den psykologiske fleksibilitet og robusthed med mindfulnesspraksisser (Segal, Williams og Teasdale, 2013).

Hansen (2007) argumenterer for, at når mindfulness og meditation kombineres med eksistentiel psykoterapi, øges effekten. Elsass skriver om, hvordan den vestlige terapi og den østlige meditative tilgang kan supplere hinanden: “Uden compassion ingen forståelse. Og uden indsigt ingen compassion” (Elsass og Lhundup, 2011, s. 195). Og videre, at “målet for meditation begynder der, hvor den vestlige opfattelse af selvudvikling ender” (Elsass og Lhundup, 2011, s. 215).

Hvis en studerende eller terapeut ønsker at bruge mindfulnesspraksisser i forhold til klienter, så kan det anbefales 1) at bruge dem, man har størst personlig erfaring med at bruge, 2) bruge dem bevidst, 3) at have specifikke formål og 4) at bruge praksisser, man kan stå inde for i forhold til sit menneskesyn. Sidst anbefales det at være ydmyg over for, at metoderne har deres udspring i en anden filosofisk tradition, hvorfor nysgerrighed og åbenhed er gode egenskaber at udforske dem med.

Referencer

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, s. 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. og Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), s. 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Berliner, P. (2011). *Mindfulness*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J. og Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), s. 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M.V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B.W. og Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), s. 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.007>
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J. og Baños, R.M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 93, s. 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.040>
- Carmody, J., Baer, R.A., LB Lykins, E. og Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 613-626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>.
- Chopra, D. (2012). *Spiritual solutions: answers to life's greatest challenges* (1. udg.). New York: Harmony Books.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R. og Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12: 162. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-162>
- Dahl, C.J., Lutz, A. og Davidson, R.J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), s. 515-523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Dalai Lama (2003). *The Compassionate Life*. Boston: Wisdom Publications.
- Dalai Lama (2015). *Kunsten at leve lykkeligt*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Davidson, R.J. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Prevention of Depressive Relapse: Measures, Mechanisms, and Mediators. *JAMA Psychiatry*, 73(6), s. 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0135>
- Davidson, R.J. og Begley, S. (2012a). *Din hjernes følelsesmæssige liv: hvordan hjernens unikke mønstre påvirker den måde, du tænker, føler og lever – og hvordan du kan ændre dem*. Valby: Borgen.
- Davidson, R.J. og Begley, S. (2012b). *The emotional life of your brain: how its unique patterns affect the way you think, feel, and live – and how you can change them*. New York: Hudson Street Press.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F. og Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), s. 564-570.

- Den Store Danske: [http://denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykologiske termer/metakognition](http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_termer/metakognition)
- Elsass, P. og Lhundup, K. (2011). *Buddhas veje: en introduktion til buddhistisk psykologi*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Epstein, M. (1996). *Thoughts without a thinker: psychotherapy from a Buddhist perspective*. London: Duckworth.
- Fjorback, L.O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P. og Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials: Systematic review of mindfulness RCTs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), s. 102-119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x>
- Forem, J. (2012). *Transcendental meditation: the essential teachings of Maharishi Mahesh Yogi* (The classic text rev. and updated). Carlsbad, CA: Hay House.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: a new approach to life's challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Godfrin, K.A. og van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), s. 738-746. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>
- Gotink, R.A., Meijboom, R., Vernooij, M.W., Smits, M. og Hunink, M.G.M. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, 108, s. 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T. og Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22(8), s. 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>
- Grof, S. og Grof, C. (2010). *Holotropic breathwork: a new approach to self-exploration and therapy*. Albany: State University of New York Press.
- Hansen, K.B. (2007). Spirituel indsigt og buddhistisk filosofi fra Upanishaderne til Nagarjuna: Set i et vestligt eksistensfilosofisk perspektiv. *Buddhistisk Forum*, 15(1), s. 4-7.
- Hayes, S.C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), s. 58-66. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. og Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), s. 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S.C., Strosahl, K. og Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2. udg.). New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), s. 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*.

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E. og Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), s. 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kirmayer, L.J. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), s. 447-469. <https://doi.org/10.1177/1363461515598949>
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K. og Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), s. 966-978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- Kuyken, W., Warren, F.C., Taylor, R.S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G. og Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), s. 565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kåver, A. (2005). *Accept: at leve et liv, ikke vinde en krig*. Virum, Køge: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kåver, A. og Nilsonne, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi: teori, strategi og teknik*. Virum: Dansk psykologisk Forlag.
- Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (Second edition). New York: The Guilford Press.
- Lutz, A., Greischar, L.L., Rawlings, N.B., Ricard, M. og Davidson, R.J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(46), s. 16369-16373. <https://doi.org/10.1073/pnas.0407401101>
- Ma, S.H. og Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), s. 31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: William Morrow.
- Neff, K.D. og Germer, C.K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program: A Pilot and Randomized Trial of MSC Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), s. 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nhất Hạnh. (2008). *The miracle of mindfulness: a manual on meditation*. London: Rider.
- Nilsonne, Å. (2011). *Hvem bestemmer i dit liv?* Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Osho (2004). *Meditation: the first and last freedom*. New York: St. Martin's Griffin.
- Panos, P.T., Jackson, J.W., Hasan, O. og Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), s. 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Piet, J. og 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), s. 1032-1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Rao, K.R., Paranjpe, A.C. og Dalal, A.K. (red.). (2008). *Handbook of Indian psychology*. New Delhi: Cambridge University Press India.

- Romy, L., Holger, C., Anna, P. og Gustav, D. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer – a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Integrative Medicine*, 4, s. 126-127. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2012.07.767>
- Rosenkranz, M.A., Lutz, A., Perlman, D.M., Bachhuber, D.R.W., Schuyler, B.S., MacCoon, D.G. og Davidson, R.J. (2016). Reduced stress and inflammatory responsiveness in experienced meditators compared to a matched healthy control group. *Psychoneuroendocrinology*, 68, s. 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.02.013>
- Segal, Z.V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L. og Levitan, R.D. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), s. 1256. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.168>
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. og Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2. udg.). New York: Guilford Press.
- Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C. og Pilkington, K. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), s. 315-327. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03592.x>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. og Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, s. 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. og Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), s. 615-623.
- Whitesman, S. og Mash, R. (2015). Examining the effects of a mindfulness-based professional training module on mindfulness, perceived stress, self-compassion and self-determination. *African Journal of Health Professions Education*, 7(2), s. 220. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.460>
- Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D.S., Fennell, M.J.V. og Russell, I.T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), s. 275-286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- Williams, J.M.G. og Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), s. 359-360. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104745>
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. og Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), s. 150-155. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.1.150>
- Wilson, K.G. (2010). The valued living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. (Report). *The Psychological Record*, 60(2), s. 249-272.
- Yoga sutras – hvordan man kender Gud*. Visdomsbøgerne.
- Yogananda, P. (2005). *Autobiography of a Yogi*. Nevada City, CA: Crystal Clarity Publishers.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, s. 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

14. Rehabiliteringspsykologisk behandling af kroniske smerter

Karina Ejgaard Hansen og Mette Kold

For at forstå, hvorledes psykologien kan bidrage til behandlingen af kroniske smerter, som i udgangspunktet søges forklaret ud fra et somatisk grundlag, er det vigtigt først at kende til den grundlæggende forståelse af smerter, i særdeleshed hvad der gør sig gældende for kroniske smerter. Derfor starter kapitlet ud med at redegøre for dette. Dernæst vises en kropsligt baseret struktur til at registrere og analysere klientens smerteoplevelse. Som det tredje tydeliggøres, hvilke psykologiske forhold, der har betydning for smerteoplevelsen, samt hvilke psykologiske og sociale følgevirkninger, der kan være af kroniske smerter. Sluttelig redegøres for metoder til rehabiliteringspsykologisk smertebehandling.

Den biopsykosociale model er den mest anvendte model i forhold til forståelse og behandling af kroniske smerter, da den både forholder sig til biologiske forandringer, psykologisk status og den sociokulturelle kontekst. For fuldt ud at kunne forstå en persons oplevelse og respons på smerte er det nødvendigt at forstå den *person*, som oplever smerten (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs og Turk, 2007). Traditionelt har smertebehandling primært været rettet mod de biologiske aspekter af smerten, men en af psykologens fordele er at kunne skifte fokus til psykosociale faktorer, hvor der stadig er noget at gøre, når mulighederne ellers er udtømte. Modellen over den kognitive diamant, hvor krop, tanker, følelser og adfærd er dynamisk og komplekst sammenhængende, kan ligeledes være en god forståelsesramme for psykologens arbejde med smertebehandling. Såvel kropslige fornemmelser som følelser, tanker og adfærd er med til at påvirke smerteoplevelsen hos personen.

Forfatterne har lavet en model, der tager sit udgangspunkt i den kognitive diamant og baserer sig på den biopsykosociale forståelse af sygdom. Den kan være relevant at bruge som visuel struktur i psykologisk smertebehandling, jf. den dynamiske udredning (kapitel 4), hvor undersøgelse samtidig er en behandling, der peger hen imod nærmeste udviklingszone. Dette kapitel er bygget op, så alle modellens elementer gennemgås.

Smerte

Den mest almindelige definition af smerte lyder: "Smerte er en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse eller beskrevet i vendinger svarende til en sådan beskadigelse" (International Association for the Study of Pain, IASP, egen oversættelse).

Smerte defineres som en *oplevelse*, der fremtræder i vores bevidsthed. Den består af dels et ubehageligt somatisk eller kropsligt aspekt og dels et ubehageligt emotionelt eller følelsesmæssigt aspekt. Det er derfor ikke kun den fysiske fornemmelse i sig selv, der udgør smerteoplevelsen. Det er samtidig også det følelsesmæssige ubehag, som følger den fysiske fornemmelse. Smerte er således en kropsligt baseret helhedsoplevelse.

Man skelner imellem smertesansning, også kaldet *nociception*, og så den mere komplekse *smerteperception*. Nociception er den påvirkning, som aktiverer smertereceptorerne, altså de nerveender, som er sensitive over for stimuli, og som via nervesystemet aktiverer hjernen. Nociception i sig selv er ikke tilstrækkeligt til at fremkalde smerte. Nociceptionen skal være af en sådan intensitet, at det resulterer i en bevidst oplevelse. Smerteperceptionen er derimod smerteoplevelsen i hele sin kompleksitet bestående af både biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Dahl, Arendt-Nielsen og Staehelin Jensen, 2009).

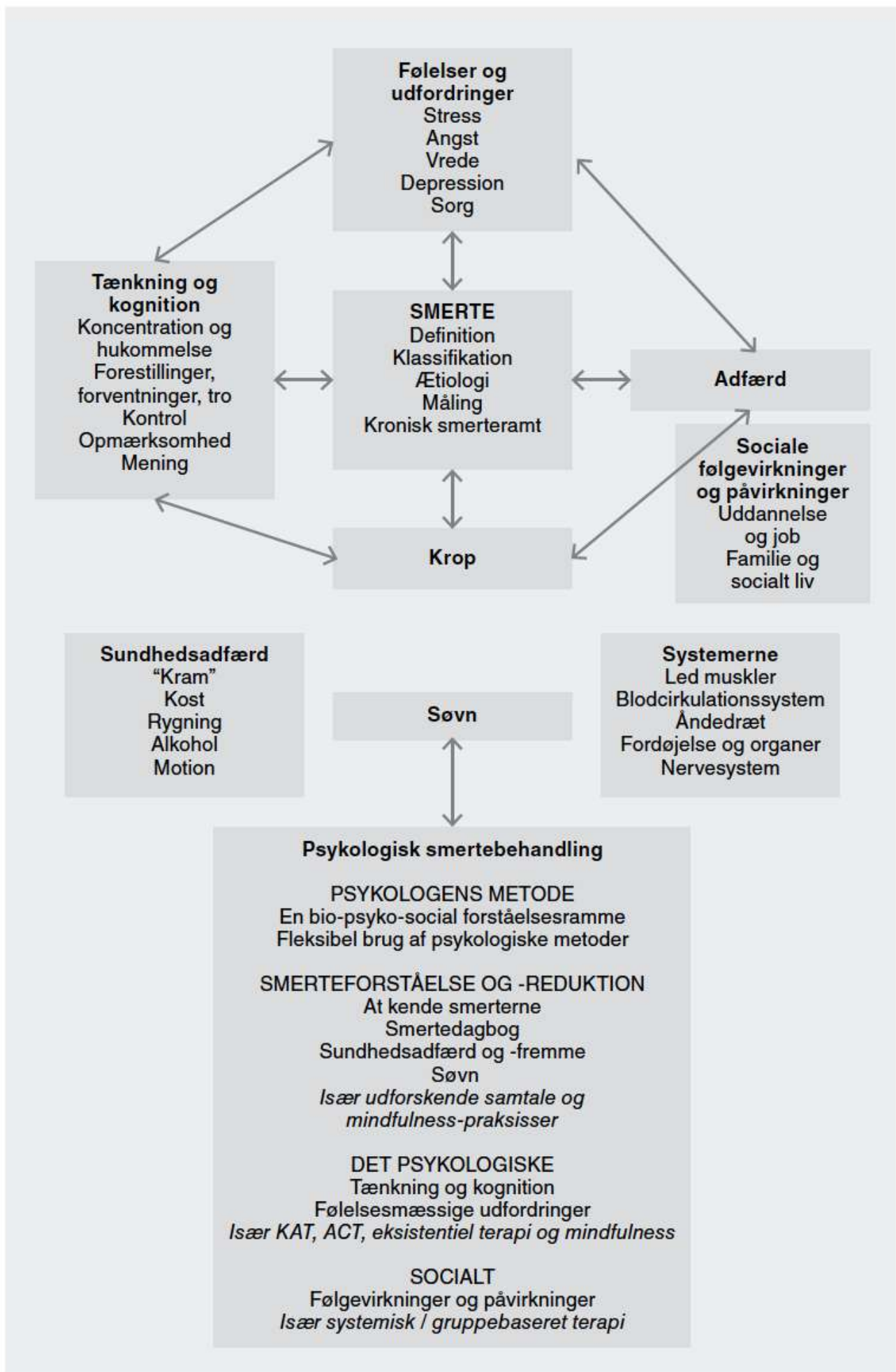
Klassifikation

IASP-taksonomien for kroniske smerter blev udviklet så sent som i 2012. Der pågår p.t. (medio 2017) en del arbejde inden for IASP i samarbejde med WHO (World Health Organization), idet der i 2018 skal være lavet en opdatering fra 10. til 11. version af den internationale sygdomsklassifikation ICD 10.

I overskrifter inddeles fremtidens smertedefinition højst sandsynligt i disse 7 hovedkategorier (Treede et al., 2015):

1. Kronisk primær smerte
2. Kronisk cancerrelateret smerte
3. Kronisk post-operativ og posttraumatisk smerte
4. Kronisk neuropatisk smerte
5. Kronisk sekundær hovedpine og/eller orofacial smerte
6. Kronisk sekundær visceral smerte
7. Kronisk sekundær bevægeapparatssmerte

Man taler om kronisk smerte, når der har været smerte og funktionshandicap i mere end tre-seks måneder. Danske befolkningsundersøgelser fra 2000 og 2005



Figur 14.1. Faktorer, der påvirker smerteoplevelse og psykologisk smertebehandling

har vist, at ca. 20 % af den voksne befolkning lider af kroniske smerter (Sjøgren, Ekholm, Peuckmann og Grønbaek, 2009). Non-maligne kroniske smerter (dvs. smerter, som ikke er forårsaget af cancer) forekommer dobbelt så ofte hos kvinder som hos mænd, hvilket antages at have både biologiske og psykosociale årsager (International Association for the Study of Pain og Crombie, 1999).

Kroniske smerter er de smerter, som er til stede, på trods af at man har forsøgt at finde og behandle årsagen til smerten. For at en smerte betegnes som kronisk, behøver den ikke at være til stede konstant, men det er den samme genkendelige smerte, som skal have været til stede enten konstant eller være kommet og gået regelmæssigt eller uregelmæssigt i en periode på mindst seks måneder.

Ætiologi

Kroniske smerter kan ledsage anden sygdom og skade, eller det kan være en sygdom i sig selv. De kan skyldes, at akutte smerter udvikles til kroniske smerter, eller at der er sket skade på det perifere nervesystem med neurogene smerter til følge. Da nervesystemet er plastisk, er der altid en risiko for, at en akut smerte kan udvikle sig til en kronisk smerte, og forskning tyder på, at langvarige smerter sensibiliserer nervesystemet, så det bliver mere følsomt over for nye smerter (Giamberardino, 2003; Winnard, Dmitrieva og Berkley, 2006). Det, man formoder kan ske, er, at såkaldte slumrende nerveender vækkes og begynder at registrere smerte, så det, der tidligere oplevedes som helt normalt, nu opleves som smerte, eller at der sker en forandring, som kan medføre, at smerteimpulser sendes af sted, på trods af at årsagen til smerten er fjernet (Dahl, Arendt-Nielsen og Staehelin Jensen, 2009).

Kroniske smerter er ikke bare en langvarig akut smerte. Det er en langvarig og for nogle livsvarig tilstand med smerter, lidelse og funktionsnedsættelse. Tidligere var der en tradition for at skelne imellem smerter med en overvejende fysiologisk årsagsforklaring og smerter med en overvejende psykologisk eller social årsagsforklaring. I dag ved man dog bedre og taler i stedet om kroniske smerter uden kendt årsag. Det betyder dog ikke, at der aldrig kan være tale om en psykisk lidelse som årsag til smertesymptomer, men diagnosen af en psykisk lidelse skal stilles med samme grundighed som diagnosen af en fysisk lidelse og på baggrund af selvstændige symptomer. Diagnosen kan ikke blot stilles i mangel af bedre, når der ikke kan findes en fysisk forklaring på smerterne (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs og Turk, 2007).

Måling

Oplevelsen af smerte er subjektiv og kan ikke deles med andre. Det gør det derfor også vanskeligt at måle og sammenligne smerter. Når man alligevel forsøger at kvantificere smerter, så gøres det oftest ved hjælp af en skala fra 0-10. De to mest anvendte skalaer til mål af smerter er *VAS (visual analogue scale)* og *NRS (numeric rating scale)*. *VAS* er en 10 cm lang linje, som går fra "Ingen smerter" til "Værst tænkelige smerter". Den smerteramte bliver bedt om at sætte et kryds på linjen på det sted, som bedst repræsenterer smerteniveauet, og herefter anvendes en lineal til at fastslå det præcise smertemål. *NRS* er en skala, som går fra 0 til 10, og hvor 0 repræsenterer ingen smerter og 10 repræsenterer værst tænkelige smerte. Den smerteramte bliver så bedt om at sætte kryds ved det tal, som bedst repræsenterer smerteniveauet. *VAS* giver det mest præcise smertemål, men kræver samtidig, at man har en visuel linje på præcis 10 cm, hvorimod *NRS* er mere fleksibel at bruge. Den kan f.eks. benyttes ved telefonkonsultation. Undersøgelser har vist, at der ikke er signifikant forskel i anvendelsen af de to skalaer (Downie et al., 1978). Dette mål gør det muligt at vurdere den enkeltes smerteintensitet og smerteubehag over tid og dermed også effekten af en eventuel smertebehandling.

Det kvantitative smertemål kan med fordel suppleres af en mere *kvalitativ smertebeskrivelse* eller med udtryk og beskrivelser hentet fra metaforer. Der findes også spørgeskemaer, der kan give et mere detaljeret indtryk af smerterne, f.eks. McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975).

Kronisk smerteramt

Det vil ofte være svært at se på personer, hvis de lider af kroniske smerter, og man taler derfor også om de "skjulte" smerter. Forværres smerterne, kan personens udtryk med tiden minde mere og mere om en depression, hvor udtrykket kan være påvirket af nedtrykthed, modløshed, passivitet og tilbagetrukkethed, hvilket er både uhensigtsmæssigt og hæmmende i forhold til situationen og behandlingen. De "skjulte" smerter kan ofte give kronisk smerteramte problemer i mødet med andre, det kan være både familie, venner, behandlere og sagsbehandlere m.m. Det kan være svært for andre at tro på, at man kan se helt almindelig ud, hvis man har virkelig stærke smerter. Mange patienter med kroniske smerter har oplevet, at de føler sig mistænkeliggjort, ikke bliver taget alvorligt, eller at det ligefrem opfattes af andre som noget, der bare foregår "inde i hovedet" på dem. Psykologen starter således ofte ud med en hårdt prøvet klient, der sågar kan hænde at mistro sig selv og det, vedkommende smertemæssigt oplever.

At kende smerterne

Som psykologer, der arbejder med rehabilitering, bliver vi inviteret ind som “nummer mange” i rækken af sundhedsfagligt personale, som klienten har mødt. Selvom det vil være oplagt at begynde arbejdet ved at beskæftige sig med tanker og følelser om f.eks. ovennævnte selv-mistro, og således forblive på niveauet tanker og følelser, kan det efter vores overbevisning ikke understreges nok: Ægte helhedsfokuseret samarbejde med klienten starter i kroppen. Sygdommen og smerterne skal udforskes og udfoldes, og på den baggrund giver beskrivelsen af de konkrete daglige udfordringer, og hvordan det giver generelle psykosociale udfordringer, både information til psykologen, men også klarhed og forståelse af sammenhæng til klienten selv. Psykologen skal således sammen med klienten på en konkret detektivrejse rundt i udforskningen af smerterne – og hvordan de påvirker kroppen, sindet, relationerne og hverdagen, og hvordan kroppens tilstand påvirker smerterne, skal observeres og registreres. Lige her og nu. Konstruktiv smertehåndtering er pragmatisk og handler om at acceptere tilstand, tanker og følelser, præcis som de er, ikke at lægge til og fra eller ønske sig tilbage eller frem. Med inspiration fra mindfulness er metoden at forholde sig så *neutral registrerende* som overhovedet muligt. I kapitel 7 om “Mindfulness” beskrives mere uddybende baggrund, antagelser og konkrete teknikker for denne tilgang til behandling. Man kan bruge én af de klassiske meditative praksisser, kropsscanning, til at foretage udforskningen, hvor klienten ligger på ryggen, og udforskningen af smerten foretages dialogisk. Samtidig udforskes de fysiologiske systemer: knogler, led, muskler, nervesystem, åndedræt, blodcirkulationssystem og fordøjelse.

Man kan bruge flere og andre typer mindfulnesspraksisser, i takt med at klienten bliver mere erfaren og komfortabel med teknikkerne. Man kan f.eks. eksplicit øve det at forholde sig *ikke-reaktivt* over for kroppens normale gensvar på smerter. Normalvis medfører en smerteimpuls opspænding, hvor det at forholde sig afspændt, have dybt roligt åndedræt, forblive løs i leddene vil sige at være ikke-reaktiv over for en konkret smerteimpuls.

Man kan også *iagttage tanker og følelser*, som de går for sig. Også her trænes der dels dét, man i mindfulness-sprog kalder vidnebevidsthed, at forholde sig ikke-reaktivt over for tankerne. Lade dem komme og gå uden at fusionere med dem. Det er en metakognitiv kompetence, der udvikles, og med den en større psykologisk fleksibilitet, der har vist sig at kunne reducere følelsesmæssige tilstande som angst og depression (Öst, 2014).

Smertedagbog

At kende smerten og sit smertemønster kræver præcis iagttagelse. Den præcise genkendelse er selvsagt nødvendig, hvis man skal kunne smertehandtere optimalt.

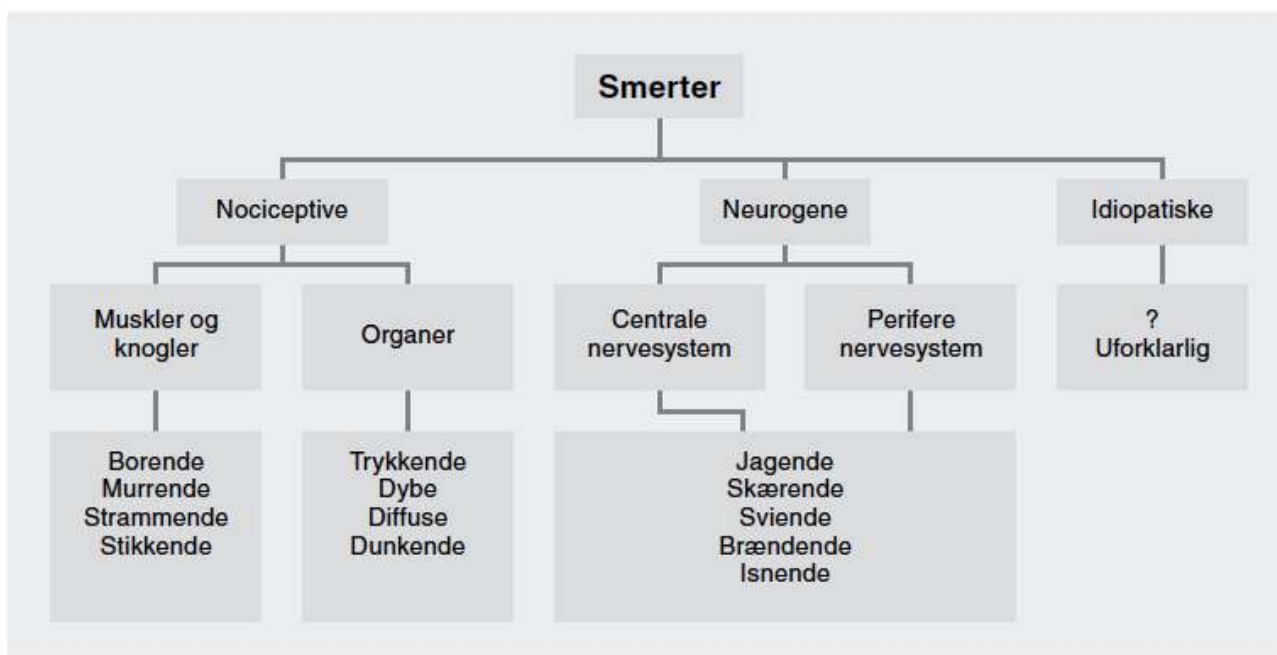
Det er en iagttagelse af, hvad, hvornår og hvor meget i dagligdagen der påvirker graden af smerter. Så det er absolut nødvendigt, at klienten mellem mødegangene har lavet næsten daglig smertedagbog. Den kan laves som en konkret daglig beskrivelse af smertegrad og eventuel dagsrytme, og så er det dette, der tages udgangspunkt i. Er klienten motiveret for det, kan samspillet mellem smerter og psykologiske parametre også observeres i det dagligt levede liv.

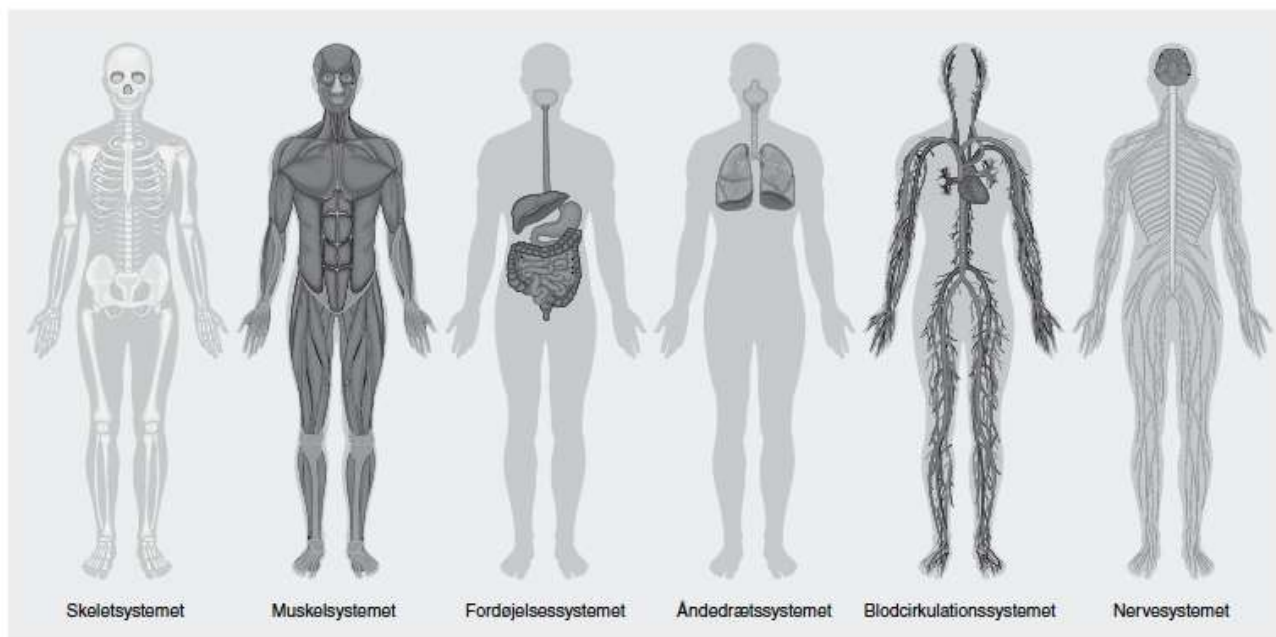
Selvudforskning forankret i biologiske strukturer, der gør udforskningen konkret og knyttet sammen med psykologiske og sociale observationer, bliver således både dét, der foregår i behandlingsregi og essensen af håndteringen hjemme. Psykologens rolle er i højere grad psykoedukation og mediering, således at den metakognitive evne praktiseres, også når klienten er hjemme, jf. kapitel 7.

Kropslig forankring

Vores krops systemer er fint sammenhængende. Smerte ét sted kan påvirke et andet system. Omvendt kan håndtering i ét systemelement påvirke de øvrige gunstigt. Når man skal kommunikere konkret om smerternes placering og udtryk, kan nedenstående to oversigter være nyttige. Den første oversigt er lavet ud fra strukturen i det kommende klassifikationssystem, ICD-11, den næste er en helt traditionel måde at illustrere kroppens fysiologiske systemer på, men hvor visualiseringen gør sammenhængen mellem systemerne tydeligere.

Figur 14.2. Smertemodel





Figur 14.3. Kroppens fysiologiske systemer

- *Skeletsystemet*: Har klienten knogleømheder, -stivheder eller -skader? Hvor og hvordan? Har vedkommende strategier til lindring, f.eks. fra fysioterapi eller andet?
- *Muskelsystemet*: Latent muskelopspænding er ofte konsekvensen, hvis man har smerter, hvis man presser sig selv uden at give sig pauser, eller hvis man stivner i bestemte siddestillinger. Skuldre, der løftes op under ørerne, giver nakke- og øvre rygspring, der manifesterer sig ned i lænd, balder og anus, der måske holdes konstant opspændte. Der kan sprede sig en konstant opspænding i brystkasse, mellemgulv og mave, som kan sprede sig og blive til en latent lår-opspænding, så musklerne konstant men unødigt er på (over)arbejde. Smerter i knogler, led og muskler beskrives typisk med begreberne “borende, murrende, strammende”.
- Sidder smerterne snarere i *fordøjelsessystemet* eller *organerne* deromkring, så er det begreber som “trykkende, dybe, diffuse, dunkende”, der karakteriserer smerterne.
- *Åndedrætssystemet*: Af dette følger, at åndedrættet føles, som om det ikke har plads nok. Ikke blot kan smerter og muskelspændinger give et ufuldkomment åndedrætssystem, men også forskellige følelsesmæssige tilstande og tanker sætter sig i åndedrætssystemet.
- *Blodcirkulationssystemet*: Stive knogler, opspændte muskler, tilbageholdt åndedræt, hver af tingene eller dem alle sammen gør blodcirkulationssystemet mere trægt.

- *Nervesystemet* er nært sammenhængende med hele det yderst komplekse endokrinologiske (hormonelle) system og påvirkes direkte og indirekte af de øvrige systemdele, ligesom neurogene smerter i sig selv kan forekomme. Beskrivelserne af neurogene smerter er typisk “jagende, skærende, sviende, brændende, isnende”.

Psykologens konkrete kendskab til klientens smerter fremmer ikke blot forståelsen og tilliden. Det er også grundlæggende og nødvendigt i forhold til at mediere konkrete fysiske og psykiske smertehåndteringsstrategier.

Sundhedsadfærd

Det er også nødvendigt for psykologen at få kendskab til klientens sundhedsadfærd i form af kost, rygning, alkohol og motion (KRAM = KostRygningAlkoholMotion). Det er vigtigt at tage i betragtning i sin anamnese, da man skal understøtte klienten i at begynde at bevæge sig igen, spise optimalt sundt, eventuelt tabe sig samt reducere mængden af stimulanser. En af følgevirkningerne ved kroniske smerter er ofte undgåelsesadfærd, hvor klienten f.eks. undgår motion af frygt for, at det vil forværre smerterne. På den lange bane har motion dog en positiv indvirkning på sundheden, livskvaliteten og det overordnede smertebillede. Nogle smerteramte kan opleve, at livsstilen bliver dårligere, når ressourcerne er lave, men at smerterne reduceres, når den smerteramte finder en passende motionsform.

Psykologens opgave er at give støtte og konkret rådgivning, hvad angår, hvordan, hvor meget, i hvilket tempo den smerteramte agerer på livsstilsfaktorerne, så klienten ikke opgiver. Og meget gerne bygge bro til andre faggrupper i rehabiliteringsforløbet, såsom ergo- og fysioterapi.

Smerteadfærd

Et flertal af smerteramte kan nikke genkendende til, at man eksisterer og agerer meget af tiden “på trods” af smerterne og det, smerterne gør ved kroppen. Man tvinger sig til at stå op, tvinger sig til at blive siddende på stolen, når man er på arbejde osv. Man bliver dygtig til at skubbe kroppens mange signaler i baggrunden, for kroppen er mere til besvær end til gavn. Evnen til at kunne skubbe smerten i baggrunden og stadig koncentrere sig og fungere er i nogle situationer en god håndteringsstrategi. Men bliver det normalen, risikerer man at øge stressgraden og forstærke smerterne. Muskulær opspænding, overfladisk åndedræt og låsning af led for at kunne magte at være i aktions-position udtrætter og er generelt dårlig udnyttelse af kroppen som en energi-ressource.

Man skal således som smerteramt optimalt kunne være fleksibel i sin adfærd. Man skal nogle gange evne at skubbe smerterne i baggrunden. Andre gange, og gerne adskillige gange i løbet af dagen, når smerten enten forøges pga. udtrætning, eller man kognitivt "kortsletter", og pausen er en absolut nødvendighed, skal man kunne "gå ind i smerten". Med mindfulnesspraksisser og evnen til at være iagttagende og registrerende trænes afspænding, optimalt åndedræt og såkaldt non-reaktivitet.

Søvn

Smerteramte har som regel problemer med at falde i søvn, afbrudt søvn, besvær med at falde i søvn igen og/eller mangel på dyb søvn. Følgelig bliver det svært at komme i gang igen om morgenen, og det bliver vanskeligt at koncentrere sig. Dermed øges også tilbøjeligheden til at spænde op i kroppen og få flere smerter. Træthed og mangel på ordentlig søvn kan dermed være et lige så stort problem som selve smerterne, og der er nødt til fra starten af forløbet at være fokus på forbedret søvn, når klienten udtrykker behov herfor, i håb om at stoppe den negative smertespiral.

Søvnforbedring er ofte første skridt i at bryde kronisk smertes onde cirkel. Klienten kan lære at anvende mindfulnessbaserede teknikker som kropsscanning og forskellige typer åndedrætsteknikker. Søvnforbedring er en langvarig proces med en række delopgaver, som terapeut og klient i fællesskab må løse. Klienten prøver dagligt forskellige ting i en sammenhængende periode. Man kan ikke vide, hvad der virker hvordan og hvornår, og hvilke former for justeringer eller kombination af initiativer der skal til, for at det lykkes. Samarbejde og disciplin omkring at gentage øvelser og praksisser er derfor nødvendigt.

Følelser og følelsesmæssige udfordringer

Eksperimentel og klinisk smerteforskning har vist, at psykologiske processer kan påvirke både intensiteten og kvaliteten af smerte. Langt de fleste psykiske problemer kan være med til at forværre oplevelsen af smerter, og det kan ende i onde cirkler, som forværrer smerteproblemet (Lerman, Rudich, Brill, Shalev og Shahar, 2015).

Stress

Stress og smerter hænger meget tæt sammen. Evolutionært set er stress et af kroppens alarmsystemer, som har til formål at sikre organismens overlevelse, når denne er truet. Kortvarig stress er ikke skadelig, men bliver stress langvarig eller kronisk,

kan det være livsfarligt. Kroniske smerter kan være årsag eller medvirkende årsag til vedvarende stress. Da det ikke er muligt hverken at bekæmpe eller flygte fra smerterne, kan det medføre en ond spiral, hvor smerterne medfører stress, og stress øger smerterne (Vachon-Pressseau et al., 2013; Romero-Grimaldi et al., 2015). Der er en forhøjet risiko for at udvikle stress, når man lider af kroniske smerter, og stresshåndtering kan derfor være nyttig til at reducere den stress, som kan være forbundet med kroniske smerter.

Angst

Der er også større risiko for at udvikle angst, når man lider af kroniske smerter (McWilliams, Cox og Enns, 2003; McWilliams, Goodwin og Cox, 2004). Både generel angst og angst for selve smerten kan forstyrre og påvirke nociception, så nervefibrene bliver mere sensitive og smertesansningen forstærkes. Angst for selve smerten kan resultere i undgåelsesadfærd som for eksempel inaktivitet, som igen kan øge tendensen til muskel- og ledsmerter, altså *sekundære smerter* (Burns, 2006). Smerter kan også være forbundet med katastrofetanker om smerten (*pain catastrophizing*). Ved oplevelsen af smerter eller sågar blot forventning om oplevelse af smerte kan der i et samspil imellem negative tanker og følelser opstå katastrofetanker om smerten. De kommer til udtryk som en tendens til at *ruminere* over smerten, at overdrive, hvor stor en trussel smerten er forbundet med, samt at føle sig hjælpeløs i forhold til smerten. Katastrofetanker om smerten kan være med til at forværre smerteoplevelsen. Der kan blive skabt en ond spiral, hvor smerte giver angst og katastrofetanker, og angst og katastrofetanker forstærker smerten.

Depression

Depression er forbundet med en lavere smertetærskel og smertetolerance samt en højere smerteintensitet. En oplevelse af at miste kontrollen over smerten eller føle sig hjælpeløs har betydning for udviklingen af depression, og ligeledes kan smertens intensitet være en prædikator for udviklingen af depression. Cirka halvdelen af patienter med kroniske smerter vil i løbet af de første 4-5 år udvikle en behandlingskrævende depression (Gallagher og Verma, 1999). Studier af sammenhængen mellem depression og smerter har vist klare dokumentation for udviklingen af depression som følge af kroniske smerter og ikke omvendt, men det modsatte er også påvist (Bair, Robinson, Katon og Kroenke, 2003; Fishbain, Cutler, Rosomoff og Rosomoff, 1997; Doan, Manders og Wang, 2015; Pinheiro et al., 2015). Depression kan derudover være med til at fastholde eller intensivere smerteoplevelsen.

Hvorvidt der er tale om en egentlig depression hos patienter med kroniske smerter, kan være vanskeligt at afgøre. Erfaringen viser, at depression hos kroniske smertepatienter ser lidt anderledes ud end hos andre. For kroniske smertepatienter er det erfaringsmæssigt særligt symptomerne lav energi, nedsat sexlyst, kognitive dysfunktioner og søvnforstyrrelser, som er fremherskende, hvilket muligvis kan forklares som selvstændige følger af smertetilstanden.

Vrede

Vrede er ligesom tristhed en almindelig følelse i forbindelse med kroniske smerter (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs og Turk, 2007). Ved akutte smerter er vrede ofte en del af den helt åbenlyse reaktion på smerten, men hos patienter med kroniske smerter kan vreden have flere ansigter. Den kan komme til udtryk som voldsom frustration over en tilværelse med mange begrænsninger eller som irritation, hvor man bliver opfarende og skælder ud. De fleste oplever, at vrede er en følelse, som det ikke er socialt acceptabelt at give udtryk for, og derfor forsøger mange også at skjule den. Det resulterer alligevel ofte i syrligheder, som kommer ud mellem sidebenene og går ud over de nærmeste i ens omgivelser. Det kan med tiden godt blive et reelt problem i forhold til at bibeholde en god relation til de nærmeste.

Problemet med vreden er ofte, at man ikke ved, hvor den skal rettes hen. Nogle retter den som sagt mod de nærmeste i omgivelserne, andre retter den mod behandlerne og behandlingssystemet, imens endnu andre retter vreden imod sig selv. At reagere med selvbebrejdelse er lige så destruktivt som at skyde skylden på uskyldige, og denne form for vrede ses ofte ved depression. Selvbebrejdelse og vrede rettet mod en selv er hyppigt forekommende ved kroniske smerter og kan muligvis være endnu en af årsagerne til den tætte sammenhæng imellem kroniske smerter og depression.

Det er vigtigt, at man som smertepatient erkender sin vrede og forsøger at forstå den for at undgå, at den rettes forkerte steder hen. Vreden kan nemlig være med til at give motivation og energi til at bekæmpe smerterne og de negative følgevirkninger med de midler, man nu engang har til rådighed.

Sorg

En helt essentiel del af den psykologiske smertebehandling er det eksistentielle perspektiv. At blive ramt af kroniske smerter medfører ofte et tab og en sorg, som skal bearbejdes. Det er et tab af det liv, man kender til og havde, et tab af muligheder og måske også et tab af identitet. Processen at bearbejde den sorg, som kroniske smerter kan medføre, indebærer ofte en erkendelse af tabet, både på et intellektuelt og på et følelsesmæssigt plan, at håndtere de til tider voldsomme følelser, som

sorgen bringer med sig, og at begynde at se nye muligheder med livet. Det kan være nødvendigt at give slip på det, der var, for fuldt og helt at kunne træde ind i livet igen med de nye betingelser, som smerterne kræver. Det er vigtigt at nå til en form for accept af smerterne som et livsvilkår, for at livet kan gå videre med andet end sygdom og smerter. Da det anses for at være en vigtig psykologopgave, gennemgås lidt mere uddybende sorgens opgaver.

En sorgproces har sin tid og nogle naturlige opgaver og faser. Man inddeler det typisk i fire opgaver, som det er vigtigt at arbejde ud fra (Davidsen-Nielsen og Leick, 2004).

Første opgave: Erkendelse af tabet. Opgaven omhandler selve det at erkende, hvad man har tabt fysisk og af muligheder i livet, fortrinsvis på et intellektuelt plan. Man søger fakta omkring smerten, prognosen og behandlingsmulighederne. Man begynder så småt at komme i følelsesmæssig kontakt med uigenkaldeligheden. Begynder på den lange proces, det er, at se sig selv i et nyt lys, med smerten, handicappet som en del af livet. At skifte mellem benægtelse og erkendelse af sin tilstand og prognose er helt naturligt. Det kan ligefrem være befriende og konstruktivt at kunne skifte mellem nærvær og distance til det at have smerter. Det føles vigtigt at få fortalt omgivelserne, familie, venner, kolleger om ens tilstand i håb om at få forståelse og medfølelse med situationen. Ofte fortæller man igen og igen herom, som del af bearbejdningen.

Anden opgave: Sorgens følelser. Anden opgave handler om, at sorgens følelser trænger sig på i forskellige ikklædninger. Det er klart den mest smertefulde periode følelsesmæssigt set. På et tidspunkt i processen vender man mere indad og erkender, at ansvaret for at lære at leve med kroniske smerter er ens eget. Man mærker sin alenehed med opgaven. Davidsen-Nielsen og Leick (2004) siger, at det centrale i sorgarbejdet er "den nødvendige smerte" – at turde mærke den følelsesmæssige smerte, savnet efter den gamle krop og identitet, fortvivlelse, angst, forladthed, skyld, skam, bitterhed, vrede – et sammensurium af store, tunge og dybe følelser, der nærmest står i kø for at vælte én.

Det er på dette tidspunkt, at man ofte søger hjælp, enten i form af at melde sig ind i en patientforening, gå til psykolog, vende sig mod sin tro eller bruge netværket særligt intensivt – hvis det kan holde til det. Det er nemlig også på dette tidspunkt, at relationer ofte falder fra. De magter ikke at beskæftige sig med tyngden og uendeligheden i tidsperspektivet, når man som smerteramt igen og igen har behov for at dele det svære, der tilsyneladende aldrig holder op.

Tredje opgave: Tilegnelse af nye færdigheder. Opgaven handler om, at man – på trods af smerterne – begynder at se nye muligheder i livet, begynder at tilegne sig nye færdigheder for at kunne få et godt liv. Måske man ligefrem oplever, at selve det at lære at leve med smerterne kan give og måske har givet personlig vækst. Relationerne kan tænkes at blive mere intense, uden at det nødvendigvis handler

om ens tilstand, men mere at man søger gode og livskvalitetshøjnende aktiviteter. Man gider ikke længere fortælle, hvordan man har det. Hvor det tidligere føltes sært, hvis ikke omgivelserne spurgte til ens tilstand, bliver det nu nærmest irriterende, hvis de tærsker langhalm på den. Så på den måde kan smerten føre til, at man lærer at handle på nye og mere nærværende måder.

Fjerde opgave: Reinvestering af den følelsesmæssige energi. Opgaven handler om at give slip på de gamle identitetsbilleder og fuldt og helt træde ind i livet igen med de nye rammebetingelser, som smerterne sætter.

Selvom smerten er en mere eller mindre daglig og naturlig del af livet, kommer de fleste derhen, at de næsten ikke kan huske livet fra før smerterne. Det forudsætter i en eller anden forstand det endelige farvel til det gamle liv. Processen kan ikke fremskyndes, den tager tid, og ikke alle når dertil. De paradoksale følelser, der kan indfinde sig her, er en form for skyld og skam over det nye liv, især hvis man har fået nedsat arbejdstid og får økonomisk støtte hertil.

Den nye form for balance mellem aktiviteter og hvile, som er nødvendig for at tage tilstrækkeligt hensyn til smerterne, bliver på den ene side til et behageligt frirum i hverdagen, på den anden side en udfordring at stå ved, fordi ens aktivitetsniveau er lavere end de mennesker, man sædvanligvis identificerer sig med.

Smerter lærer man at leve med, men de identitetsmæssige aspekter og meningsdimensionen risikerer man at skulle bokse med livet ud. Spørgsmålene: Hvad skal jeg dog stille op med mit liv? Hvad skal mine mål være? – bliver således væsentlige spørgsmål at beskæftige sig med, hvor der hele tiden må henses til balancen mellem de krav, man stiller til sig selv, og de måske vekslende ressourcer, man har til rådighed.

Tænkning og kognition

Smerter kan påvirke koncentration og hukommelse, hvilket er et almindeligt problem forbundet med kroniske smerter. Nogle gange kan det skyldes bivirkninger ved medicin, men smerterne i sig selv kan også virke forstyrrende på koncentrationsevne og hukommelse. Man kan sammenligne det med at skulle udføre et krævende stykke arbejde i et støjfuldt lokale, hvor man hele tiden afbrydes. Kroniske smerter lægger konstant beslag på opmærksomheden, så man afbrydes i det, man var i gang med. Det er ofte korttidshukommelsen, der er problemer med, og det betyder, at det især er aftaler, navne, beskeder og igangværende formål, der forsvinder. Man mener, at det kan skyldes, at denne information ikke så nemt overføres til langtidshukommelsen, og at informationen derfor ikke lagres i hukommelsen, men forsvinder (Frølich, 2011).

Forestillinger, forventninger, tro

Indlæring i forbindelse med tidligere erfaringer med smerte, herunder både egne erfaringer og observation af andres smerteadfærd samt forestillinger om og forventninger til smerten, er med til at påvirke oplevelsen af smerte. Fra forskning i placeboeffekter ved man, at forventninger har stor betydning for, hvor stor en virkning en patient oplever af en given smertebehandling.

Tidligere opfattede man placebo som en inaktiv behandling eller en “snydebehandling”, men i dag opfattes placeboeffekten som en aktiv og virkningsfuld del af smertebehandlingen. Man forklarer placeboeffekten som den smertereduktion, patienten oplever som følge af den terapeutiske del af behandlingen.

Forskningsundersøgelser har kunnet fastslå, at en oplevet smertelindring i forbindelse med placebobehandling afspejles i hjernen. Hjernescanninger viser, at placeboeffekten aktiverer områder i hjernen, som har at gøre med tidligere erfaringer og forventninger. Samtidig aktiveres kroppens naturlige smertedæmpende system ved at frigive det, som kaldes *endogene opioider*, så der opnås en smertelindrende effekt. Tidligere erfaringer med og forventninger til en smertebehandling har derfor betydning for oplevelsen af smerte samt effekten af behandlingen (Friis-Hasché, Frostholm og Schröder, 2013).

Kontrol

En oplevelse af selv at være i kontrol har vist sig at have stor betydning for oplevelsen af smerte og evnen til at håndtere smerte. Det er ikke den *faktiske* kontrol, som har betydning for smerteoplevelsen, men personens *oplevede* kontrol. Oplevelsen af kontrol over smerten er forbundet med mindre ubehag, angst og depression, og personer, der oplever personlig kontrol i forhold til smerten, føler sig mindre hjælpeløse og udviser lavere grad af katastrofetanker om smerten. Det er ikke kun psykologisk, at oplevelsen af kontrol har betydning, også biologisk er oplevelsen af kontrol forbundet med frigørelsen af endorfiner, som har en smertelindrende virkning. Det at kende årsagen til smerten hænger tæt sammen med oplevelsen af kontrol og er særdeles vigtig for den, der oplever smerten, men også for personerne i dennes omgivelser (Dahl, Arendt-Nielsen og Staehelin Jensen, 2009).

Smerte uden en kendt fysiologisk årsag opfattes ofte som indbildt eller uvirkelig. Det kan medføre stigmatisering og dermed være en belastende faktor for den smertepåvirkede. Personer, der lider af smerter uden kendt årsag, udviser flere psykiske problemer med større angst og depression end personer, der lider af smerter med kendt årsag (Dahl, Arendt-Nielsen og Staehelin Jensen, 2009). At kende årsagen til smerten øger oplevelsen af kontrol i forhold til den, da det af mange opleves som en forudsætning for at kunne gøre noget effektivt for at lindre smerten.

Opmærksomhed

En bevidst opmærksomhed kan i nogen grad være med til at regulere og kontrollere oplevelsen af smerte. Der er dog stor forskel på, hvorvidt det drejer sig om akutte eller kroniske smerter. Akutte smerter er kortvarige, og derfor virker opmærksomhed væk fra eller distraktion ofte smertereducerende, mens en øget opmærksomhed på smerten kan øge smerteintensiteten (Arntz og De Jong, 1993; Arntz, Dreessen og De Jong, 1994). Det kan groft sagt skyldes vanskeligheden ved at være opmærksom på eller bevidst om flere ting på en gang.

Distraktion virker på nogle tidspunkter godt for kroniske smerter, men ikke i længden. Det er ikke muligt at gå rundt og lade sig distrahere hele tiden. Erfaringen viser i stedet, at ved at rette opmærksomheden direkte på smerten kan smerteintensiteten nedsættes. En forklaring kan være, at der sker en adskillelse af det ubehagelige emotionelle aspekt af smerten fra det fysiske aspekt af smerten.

Brug af mindfulnesspraksisser, hvor man bevidst arbejder med at registrere smerten uden at reagere på den eller vurdere den, har vist sig at være en effektiv metode til at *acceptere* smerten, opleve sig mere *i kontrol* over smerten og at kunne *håndtere* den (Kold, Hansen, Vedsted-Hansen og Forman, 2012; Hansen, Kesmodel, Kold og Forman, 2016).

Mening

Erfaringen viser, at de, som finder en mening trods sygdom og smerter, er bedre til at håndtere den end de, som farer vild i meningsløshed og håbløshed. Oplevelsen af mening er især sårbar, når man rammes af sygdom. Det kan være svært at se sammenhængen i det, der sker. "Hvorfor sker dette for mig?". "Hvad skal jeg stille op med mit liv nu, hvor jeg ikke kan ...?". I sådanne situationer vil man være nødt til at revurdere den oplevede mening og måske finde en ny, konkret mening med sit liv. Dette kan være en stor, men nødvendig udfordring. Det kan udløse det, man kalder en "eksistentiel krise", hvor meningen en rum tid forsvinder.

Det er også almindeligt som kronisk smerteramt at føle sig isoleret – hvilket er et af de eksistentielle grundvilkår. Vi er alle sammen principielt alene, vi fødes alene, og vi dør alene. Dette skal forstås sådan, at uanset hvor tæt vi føler os på andre mennesker, er der aldrig nogen, der helt kan vide, hvordan det er at være os, ligesom vi heller ikke helt kan vide, hvordan det er at være en anden. Når man bliver syg, konfronteres man ofte med dette på forskellige måder. For eksempel ved at andre prøver at hjælpe, men at hjælpen ikke er det, vi har brug for, og at den anden måske slet ikke undersøger, hvad det er vi trænger til i den aktuelle situation. Dette kan for nogle føre til en følelse af at være meget alene, også selvom man har en stor flok af velmenende venner og familie omkring sig.

Et andet eksistentielt grundvilkår er frihed. Dette lyder måske ikke umiddelbart som en dårlig ting, men kan godt være lidt angstprovokerende. Det skal forstås sådan, at vi alle er frie til at træffe vores egne valg, men at dette også betyder, at vi selv er ansvarlige for konsekvenserne af disse valg. Vi kan ikke give andre skylden, hvis det går galt. Det gælder også god eller dårlig smertehåndtering.

Nogle mennesker får selv bearbejdet en eksistentiel krise og sat tingene på plads, mens andre har brug for hjælp til det. Det kan dog være en hjælp i sig selv at vide, at det ikke er usædvanligt at opleve sådanne tanker og følelser.

Mening kan også hænge sammen med *følelsen af sammenhæng* (*Sense of Coherence = SOC*) og være med til at øge den smerteramtes livskvalitet (Antonovsky, 1980; 1987). SOC består af 3 delelementer, som Antonovsky kalder begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Disse opnås ved henholdsvis forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed/deltagelse, som vist i denne model:

Læreproces	Følelse af sammenhæng
Forudsigelighed	Begribelighed
Belastningsbalance	Håndterbarhed
Deltagelse	Meningsfuldhed

Således ses det, at i jo højere grad samarbejdet mellem rehabiliteringspsykolog og klient kan skabe denne følelse af sammenhæng, jo større mening kan klienten skabe eller udlede i sin smertehåndteringsproces, og jo bedre bliver smertehåndteringen og dermed livskvaliteten generelt set (Eriksson og Lindstrom, 2007).

Sociale følgevirkninger og påvirkninger

Mange smerteramte oplever generelt færre ressourcer. Det betyder, at det kan være svært, måske umuligt at magte et fuldtidsstudie eller -job. Samarbejdet med psykologen kan derfor bl.a. indebære at analysere, hvor meget og hvordan vedkommende kan arbejde. En god struktur at arbejde ud fra er at spørge/analysere:

- Hvor mange timer om dagen er du "100 % normal"? (og hvis aldrig 100%, så bed klienten skrive den højeste procentsats, vedkommende føler at være)
- Hvornår på dagen ligger de timer?
- Hvor mange af de timer vil/kan du arbejde?
- Hvornår er du uarbejdsdygtig procentsatsmæssigt?
- Hvornår på dagen er det?

- For smertereduktion hen over dagen: Medicinering? Hvor meget? Hvornår? Hvor lange pauser? Hvilke praksisser og teknikker?

Det kan hende, at det er nødvendigt – hvis de økonomiske ressourcer tillader det – som psykolog at deltage i møder med sagsbehandlere, arbejdsgivere, jobkonsulenter osv. for optimal planlægning af jobbet. Især hvis klienten en periode har været sygemeldt, så kan et møde, hvor det planlægges, hvor meget klienten skal arbejde, og hvor hurtigt vedkommende skal gå op i tid og efter hvilket mønster, være yderst relevant.

Familie og socialt liv

Netværket bliver i høj grad sat på prøve, når et menneske får kroniske smerter. Det sværeste for andre at begribe er oftest, at smerterne ikke forsvinder. De klassiske spørgsmål er: Er du blevet rask? Hvornår regner du med at blive rask? Det kan forekomme ubegribeligt, at smerter kommer og går, og at de er der som en mere eller mindre kronisk tilstand.

Den flydende overgang mellem syg/rask, at man ikke som sådan er syg og patient, når man skal lære at leve med en kronisk smerte, men at man heller ikke er helt rask, snarere at man er i gang med at lære at leve med en form for handicap, dét kan være umådelig svært selv at kapere og endnu sværere at begribe for omgivelserne. Ofte sker der det, at de relationer, der ikke kan bringes til at begribe kroniskheden og omskifteligheden/uforudsigeligheden i smertemønstret, glider lige så stille ud, mens at de, der har rummeligheden, bringes tættere på.

Hvor meget kan man forlange af sit netværk i forhold til at kunne forstå ens tilstand? Man kan ikke forvente, at netværket skal kunne forstå, hvordan det føles at have smerter på den måde, som man har det. Man kan bruge malende sprog billeder for at beskrive sin smerte, men at føle en smerte er så subjektiv en ting, at det for en udenforstående er uden for rækkevidde at forestille sig, hvordan smerten mærkes, og hvor meget den påvirker tænkning og følelser. Men man må kunne forvente omsorg og hensyntagen i forhold til sin aktuelle tilstand og sine behov.

Et hint til metaforisk kommunikation i familier kan være, at man har grønne (gode), gule (mindre gode), orange (kritiske) og røde (meget dårlige) dage, hvad angår smerten. Skal netværket være optimalt, er der en række eksistentielle dilemmaer, som begge parter i relationen ikke undgår at tage højde for. På den ene side må omgivelserne gerne *bidrage til håbet* om bedring i form af f.eks. afprøvning af nye behandlingsmuligheder. På den anden side *ledsage i håbløsheden*, når den trænger sig på. På den ene side støtte personen i bestræbelserne på at *opnå kontrol* over smerterne. På den anden side konstatere og leve med, at nogle gange er det ukontrollabelt at være i smerterne – og derfor er eneste mulighed at turde for et øjeblik at *slippe kontrol-*

len og lade sig opsluge i smertehelvedet. På den ene side have *sikkerhed* i forhold til, at dette er ikke noget, man dør af. På den anden side være i den enorme *usikkerhed*, der er forbundet med at have smerter – lige fra hele den offentlige vurdering af ens arbejdsevne og grad af handicap til ikke at vide, hvordan smerterne udvikler sig. På den ene side give støtte til *åbenhed for livet* – oplevelser, nye behandlingsmuligheder, nye måder at leve på. På den anden side acceptere, at indimellem har personen så stor trang til forpupning og *beskyttelse af selvet*, at alle andre bliver lukket ude. På den ene side være med i *erkendelsen* af, at dette er for måske resten af livet. På den anden side også nogle gange deltage i *benægtelsen* af, at dette skal vare livet ud – og gøre smerten så meget til baggrund, at den ikke dominerer aktiviteterne.

For både den smerteramte selv og for omgivelserne er der således en lang række dilemmaer – og balancering af disse – at forvalte. Humør, kropslig tilstand, smertegrad m.m. er og medfører mere omskiftelige tilstande, end man måske havde forestillet sig skulle karakterisere ens liv.

En måde at inddrage netværket på kan være at lave workshops og kurser, hvor såvel den smerteramte som de pårørende deltager. Patientforeninger af forskellig slags har gode erfaringer med på kreativ vis at skabe fora, hvor man på kryds og tværs får erfaringsudvekslet, så man både får større gensidig forståelse for hinanden, og man får konkrete ideer til at gøre hverdagslivsting på en ny måde. At være pårørende er en kæmpe udfordring, der kan hænde at blive overset, idet den smerteramte jo antages at være den mest lidende.

Samlet set er der for kronisk smerteramte en lang række psykologiske og sociale følgevirkninger. De mest almindelige (ikke alle temaer er gennemgået i kapitlet) er:

- Usikkerhed generelt set om fremtiden
- Nedsat funktionalitet i hverdagen
- Parforhold, seksualitet og forældreskab kan berøres negativt
- Socialt liv udfordres
- Uddannelse og såkaldt normalt arbejdsliv bliver presset og måske endda umuligt
- Kognitive funktioner kan påvirkes negativt
- Det følelsesmæssige velvære kan risikere at blive reduceret
- Man oplever en generelt nedsat livskvalitet

Helhedstænkning og fleksibel brug af metoder

Rehabiliteringspsykologisk smertebehandling er behandling af kroniske smerter ved hjælp af specifikke psykologiske metoder og redskaber med en høj grad af brobygning til øvrig behandling. Det er ikke behandling af “psykiske smerter”.

Behandlingen er primært en symptombehandling, forstået på den måde, at man ikke forventer at kunne helbrede smerterne, og den er derfor rettet mod at reducere smerteoplevelsen og dens skadelige indflydelse på personens liv. For nogle personer kan følgevirkningerne af smerter være så enorme, at de gør større skade på livskvaliteten end smerterne i sig selv. Da psykologiske forhold spiller en stor rolle i oplevelsen af smerten, vil det oftest være gavnligt at inddrage psykologiske og sociale forhold i behandlingen af kroniske smerter som et supplement til medicinsk og/eller kirurgisk behandling.

Rehabiliteringspsykologisk smertebehandling fokuserer på både fysiologiske, psykologiske og sociale aspekter af smerteoplevelsen og livet med kroniske smerter. Når der ikke længere medicinsk kan gøres noget i forhold til de fysiologiske forhold ved smerten, er en af psykologiens vigtigste metoder at kunne skifte fokus til de psykologiske eller sociale forhold og følgevirkningerne af smerterne, hvor der muligvis kan gøres noget. Interventionen skal være kropsligt forankret, for selvom man måske ikke kan reducere smertegraden, kan smerteoplevelsen i mange tilfælde ændres. Og det påvirker såvel psykologiske som kropslige trivselsmål.

Forskellige psykologiske behandlingsmetoder arbejder forskelligt med de psykologiske aspekter af smerten. Metoderne overlapper i deres fokus. Med en lidt grov forsimpning kan man sige, at f.eks. kognitiv adfærdsterapi (KAT) arbejder med katastrofetanker om smerten og med smerteadfærden. Et systematisk review og meta-analyse af KAT ved kroniske smerter antyder, at der er små positive effekter af KAT på funktionaliteten og katastrofetanker, men ikke på smerter og følelsesmæssigt velbefindende (*mood*) sammenlignet med en aktiv kontrol, og dertil er der små til moderate effekter af KAT på alle fire parametre sammenlignet med *treatment as usual* eller ventelistekontrol (Williams, Eccleston og Morley, 2012). I en mindfulnessbaseret tilgang arbejdes der med opmærksomheden på og forventninger til smerten samt med at reducere den kropslige opspænding omkring det at have smerter. Et systematisk review og meta-analyse af mindfulnessmeditation ved kroniske smerter antyder små positive effekter på smerter, depression og livskvalitet sammenlignet med forskellige kontroller (Hilton et al., 2016). I Acceptance and Commitment Therapy (ACT) arbejdes der med mening og værdier samt med at slippe kontrol og acceptere både krop, smerter og nuværende livsbetingelser. Et systematisk review og meta-analyse af accept- og mindfulnessbaserede behandlinger antyder ligeledes små positive effekter af behandlingsmetoderne på smerteintensitet, depression, angst, smerte-forstyrrelse, funktionalitet og livskvalitet ved kroniske smerter. Som det ser ud indtil nu, er accept- og mindfulnessbaserede behandlinger ikke KAT overlegne, men er fine alternativer til behandling af kroniske smerter (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer og Schreurs, 2016). Også eksistentiel terapi arbejder med værdier, identitet og mening, hvilket der også er behov for hos mange smerteramte.

Som rehabiliteringspsykolog, der arbejder med smertebehandling, er det vigtigt at kunne trække fleksibelt fra de forskellige perspektiver, retninger og værktøjskasser, som de psykologiske retninger repræsenterer. Ligesom – og dette kan ikke understreges nok – det er vigtigt at forankre arbejdet kropsligt, fordi smerten viser sig i kroppen, og fordi der er en lang række samspillende sundhedsparametre, der kan facilitere det psykologiske arbejde – og vice versa.

Helhedstænkende betyder også at se psykologen som én blandt flere såvel konventionelle som øvrige behandlere. Mange klienter har, inden eller sideløbende med at de kommer hos psykologen, været omkring alternative behandlinger som akupunktur, zoneterapi, massage, kraniosakralterapi osv. – alt sammen noget, de fleste i perioder har rigtig god lindring af. Behandlinger, der – ligesom psykologens behandling – mere er understøttende og symptomlindrende, men ikke problemløsende. Psykologen skal, henset til den terapeutiske alliance, være åben og fordomsfri og respektere også de typer behandlinger, man ikke selv tror på, men som måske har hjulpet klienten.

Der må yderligere tages hensyn til, at klienten pga. smerterne ikke har mange ressourcer at tage af: Derfor skal man som psykolog være realistisk og iværksætte én ting ad gangen, være realistisk omkring forbedringer i forhold til tiden og gerne iværksætte den eller de ting, hvor der forventes mest udbytte for mindst investering af ressourcer.

Referencer

- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping* (1. udg.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well* (1. udg.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Arntz, A. og De Jong, P. (1993). Anxiety, attention and pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(4), s. 423-431. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90145-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90145-6)
- Arntz, A., Dreessen, L. og De Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. *Pain*, 56(3), s. 307-314. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90169-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90169-4)
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W. og Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), s. 2433. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Burns, J.W. (2006). The role of attentional strategies in moderating links between acute pain induction and subsequent psychological stress: Evidence for symptom-specific reactivity among patients with chronic pain versus healthy nonpatients. *Emotion*, 6(2), s. 180-192. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.180>
- Dahl, J.B., Arendt-Nielsen, L. og Staehelin Jensen, T. (2009). *Smerter: baggrund, evidens og behandling*. København: FADL.
- Davidson-Nielsen, M. og Leick, N. (2004). *Den nødvendige smerte: om tab, sorg, og adskillelsesangst*. København: Hans Reitzel.
- Doan, L., Manders, T. og Wang, J. (2015). Neuroplasticity Underlying the Comorbidity of Pain and Depression. *Neural Plasticity*, vol. 2015, s. 1-16. <https://doi.org/10.1155/2015/504691>
- Downie, W.W., Leatham, P.A., Rhind, V.M., Wright, V., Branco, J.A. og Anderson, J.A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 37(4), s. 378-381. <https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378>
- Eriksson, M. og Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology og Community Health*, 61(11), s. 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L. og Rosomoff, R.S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), s. 116-137.
- Friis-Hasché, E., Frostholt, L. og Schröder, A. (2013). *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard.
- Frølich, S. (2011). *Kroniske smerter: kan man lære at leve med det?* København: Nyt Nordisk Forlag.
- Gallagher, R.M., og Verma, S. (1999). Managing pain and comorbid depression: A public health challenge. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(3), s. 203-220. <https://doi.org/10.153/SCNP00400203>
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. og Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Giamberardino, M.A. (2003). Referred muscle pain/hyperalgesia and central sensitisation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(0), s. 85-88. <https://doi.org/10.1080/16501960310010205>

- Hansen, K., Kesmodel, U.S., Kold, M. og Forman, A. (2016). Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*, 69:2, s. 100-109. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1181562>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B.A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S. og Maglione, M.A. (2016). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 51(2), 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- International Association for the Study of Pain og Crombie, I.K. (red.). (1999). *Epidemiology of pain: a report of the Task Force on Epidemiology of the International Association for the Study of Pain*. Seattle: IASP Press.
- Kold, M., Hansen, T., Vedsted-Hansen, H. og Forman, A. (2012). Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis. *Nordic Psychology*, 64(1), s. 2-16. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.693727>
- Lerman, S.F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H. og Shahar, G. (2015). Longitudinal Associations Between Depression, Anxiety, Pain, and Pain-Related Disability in Chronic Pain Patients. *Psychosomatic Medicine*, 77(3), s. 333-341. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000158>
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. og Enns, M.W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1), s. 127-133. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00301-4)
- McWilliams, L.A., Goodwin, R.D. og Cox, B.J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111(1), s. 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.002>
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), s. 277-299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Pinheiro, M.B., Ferreira, M.L., Refshauge, K., Ordoñana, J.R., Machado, G.C., Prado, L.R. og Ferreira, P.H. (2015). Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis: Depression and Risk of Low Back Pain. *Arthritis Care og Research*, 67(11), s. 1591-1603. <https://doi.org/10.1002/acr.22619>
- Romero-Grimaldi, C., Berrocoso, E., Alba-Delgado, C., Madrigal, J.L.M., Perez-Nievas, B.G., Leza, J.C. og Mico, J.A. (2015). Stress Increases the Negative Effects of Chronic Pain on Hippocampal Neurogenesis. *Anesthesia og Analgesia*, 121(4), s. 1078-1088. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000838>
- Sjøgren, P., Ekholm, O., Peuckmann, V. og Grønbaek, M. (2009). Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain*, 13(3), s. 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.007>
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I. og Benoliel, R. et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Vase, L. (2013). Placebo, i: Friis-Hasché, E., Frosthholm, L. og Schröder, A. (red.). *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard.
- Vachon-Preseau, E., Roy, M., Martel, M.-O., Caron, E., Marin, M.-F., Chen, J. og Rainville, P. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136(3), s. 815-827. <https://doi.org/10.1093/brain/aws371>

- Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T. og Schreurs, K.M.G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), s. 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Williams, A.C. de C., Eccleston, C. og Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults, i: The Cochrane Collaboration (red.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley og Sons, Ltd. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- Winnard, K.P., Dmitrieva, N. og Berkley, K.J. (2006). Cross-organ interactions between reproductive, gastrointestinal, and urinary tracts: modulation by estrous stage and involvement of the hypogastric nerve. *AJP: Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 291(6), R1592-R1601. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00455.2006>
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, s. 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>