

MINDFULNESS-BASERET KOGNITIV TERAPI I EN
SUNDHEDSPSYKOLOGISK KONTEKST:
EFFEKTSTUDIER OG KLINISKE BETRAGTNINGER FRA ENHED
FOR PSYKOONKOLOGI OG SUNDHEDSPSYKOLOGI

Ingeborg Farver-Vestergaard¹, cand.psych., Maja Johannsen¹, cand.psych.,
Eva Rames Nissen¹, cand.psych., & Maja O'Connor¹, ph.d., cand.psych.

Mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT) er oprindeligt udviklet til forebyggelse af tilbagevendende depression, men kan også tænkes at være relevant blandt populationer i en sundhedspsykologisk kontekst. Nærværende artikel giver et beskrivende overblik over effektstudier udført ved Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi (EPoS) med det overordnede formål at eksemplificere forskningsmæssige og kliniske overvejelser inden for området. Undersøgelserne viser, at en generisk anvendelse af MBKT reducerer smerteintensitet blandt kvinder behandlet for brystkræft samt tabsspecifikke depressionssymptomer blandt ældre efterladte. Igangværende studier vil i fremtiden bidrage med resultater vedrørende effekten af MBKT i sygdomsspecifikke versioner, der er tilpasset populationer med særlige behov i en sundhedspsykologisk kontekst. Afslutningsvis diskuteres vigtigheden af de kvalifikationer, som er nødvendige for at kunne fungere som MBKT-instruktør; kort, og konkrete erfaringer med, hvordan kvalifikationskriterier kan imødekommes, beskrives.

Introduktion

Sundhedspsykologien som selvstændigt videnskabeligt og klinisk felt har, siden opblomstringen omkring 1970'erne, været med til at understrege vigtigheden af at inkludere psykologiske og sociale såvel som fysiske faktorer i forståelsen af, hvad der skaber og vedligeholder sundhed og sygdom (Fris-Haché, Elsass & Nielsen, 2011; The WHOQOL Group, 1995; Zachariae, 1994). Således forklarer den *biopsykosociale sygdomsmodel*, hvordan den menneskelige organisme fungerer som et komplekst system, hvor biologiske og psykologiske komponenters gensidige påvirkning er indlejret i en bre-

¹ Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital, Bartholins Allé 9, bygn. 1340, 8000 Aarhus C, Danmark.

dere social kontekst (Engel, 1977). I en klinisk sundhedspsykologisk kontekst vigtiggøres således en holistisk behandlingstilgang, som ikke blot er rettet mod de fysiske symptomer, men også de psykiske og sociale forhold, der kan være forbundet med somatiske patienters lidelse. Undersøgelsen af, hvorvidt psykosocial intervention er effektiv i forhold til somatiske populationer, bliver hermed central.

Såkaldte *mind-body-tilgange* til psykosocial intervention har netop fokus på at inddrage både psykologiske og kropslige elementer i den psykosociale behandling. Bevidsthedspraktikker såsom yoga og meditation er metoder, der sigter mod at gøre netop dette, og disse er derfor blevet genstand for øget opmærksomhed i den videnskabelige og kliniske sundhedspsykologi (Farver-Vestergaard, Jacobsen & Zachariae, 2015; Johannsen, Farver, Beck & Zachariae, 2013). *Mindfulness-baseret kognitiv terapi* (MBKT) er udviklet specifikt til at forebygge tilbagefald af depression. MBKT er et eksempel på en effektiv mind-body-intervention, hvor meditation og yoga i kombination med kognitive teknikker har til formål at fremme metakognitiv bevidsthed og evnen til decentrering fra tankemæssigt indhold via træning af ikke-dømmende opmærksomhed på krop, tanker og følelser i nuet. Den centrale opgave i MBKT er at give deltagerne den nødvendige forståelse for og de nødvendige færdigheder til at genkende og træde ud af de vanebetonede automatiske mønstre i sind og krop, som gør dem sårbare over for nye depressive episoder. Metoden sigter altså mod at understøtte deltagerne i at opdage og afstå fra at initiere adfærd der vedligeholder u hensigtsmæssige ruminative cirkler. Da automatiserede og gensidige relationer mellem sind og krop sandsynligvis også er med til at vedligeholde problematikker såsom smerte, angst og depression blandt patienter i det sundhedspsykologiske felt (Smoller, Pollack, Otto, Rosenbaum & Kradin, 1996; Sullivan, Lynch & Clark, 2005), kan det tænkes, at MBKT også her kan være en effektiv behandling af disse symptomer. Den empiriske afprøvning af en mere generisk anvendelse af MBKT i sådanne populationer er derfor relevant.

Den kliniske afdeling ved Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, som er en del af Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet og Kræftafdelingen ved Aarhus Universitetshospital har gennem en årrække fokuseret på den empiriske undersøgelse og afprøvning af en generisk anvendelse af MBKT blandt kliniske populationer i det sundhedspsykologiske felt. Nærværende artikel giver et beskrivende overblik over forskningsenhedens effektstudier af MBKT blandt kliniske populationer i sundhedspsykologien med det overordnede formål at eksemplificere og skabe åbenhed omkring forskningsmæssige og kliniske overvejelser inden for området. Mere specifikt beskriver artiklen 1) resultaterne af effektstudier af generisk anvendelse af MBKT ved vedvarende smerter efter behandling for brystkræft og vedvarende sorg efter tab af ægtefælle, 2) igangværende studier, der søger at afprøve effekten af specifikke tilpasninger af MBKT til patientgrupper i en sundhedspsykologisk kontekst, og 3) overvejelser vedrørende MBKT-in-

struktørens kvalifikationer. Afslutningsvis diskuteres det kort, hvordan oplæringen i og udbredelsen af evidensbaseret MBKT-praksis kan tænkes ind i læreplaner for psykologistuderende og dermed potentielt set bidrage positivt til at højne kvaliteten af behandlingstilbud i fremtiden. Formålet med artiklen er således *ikke* at give en generel, udtømmende beskrivelse eller analyse af mindfulness-baserede interventioner i en sundhedspsykologisk kontekst, men i stedet at åbne dørene for et indblik i, hvordan MBKT helt konkret kan anvendes og afprøves i sundhedspsykologisk forskning og praksis i sundhedspsykologisk forskning.

Generisk anvendelse af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst

Mindfulness kan defineres som en særlig form for opmærksomhed, der involverer en bevidst og ikke-dømmende rettedhed mod tanker, følelser og kropsfølelser i nuet (Bishop et al., 2004). Som begreb og som meditativ bevidsthedspraksis stammer mindfulness fra buddhistisk kultur. Mindfulness blev introduceret i en sekulær, vestlig form under navnet *mindfulness-baseret stress-reduktion* (MBSR) i et otteugers program med ugentlige sessioner og daglige hjemmeøvelser i meditation og yoga med henblik på at afhjælpe psykiske og fysiske problemstillinger relateret til automatiske, negative tanke- og handlemønstre (Kabat-Zinn, 1990). MBKT er udsprunget af MBSR og kombinerer elementer af mindfulness-meditation med kognitive elementer inspireret af Aaron Becks kognitive adfærdsterapi (KAT) (Segal, Williams & Teasdale, 2013). MBKT leveres over en periode på otte uger med en ugentlig 2½-timers gruppesession. Programmet er erfaringsbaseret, hvilket vil sige, at instruktører såvel som deltagere inddrager sig på at optage en regelmæssig personlig meditationspraksis. For de deltagere i et 8 ugers program, indebærer dette 45 minutters daglig mindfulness-træning i den periode, programmet strækker sig over. MBKT, som oprindeligt blev udviklet til forebyggelse af depression, bygger på en teoretisk model for klinisk forandring (ibid.), som også kan tænkes at være relevant for patientgrupper i en sundhedspsykologisk kontekst. En kort opsummering af hovedpointer i denne model beskrives i det følgende.

Evnen til kognitivt at analysere stimuli og derpå eksekvere adfærd med henblik på at nå et mål eller udføre en opgave på tværs af tid og rum er adaptiv og hensigtsmæssig i mange situationer. Dog kan der opstå situationer, hvor det ønskværdige udkomme ikke er opnåeligt, og den kognitive analyse og bearbejdning kan her udvikles til kontinuerlig *ruminat*ion og *katastrofetænkning* vedrørende situationens primære stimuli. I en depressions-specifik kontekst kunne et eksempel på dette vedrøre oplevelsen af utilstrækkelighed. I en sundhedspsykologisk kontekst kunne sådanne situationer eksempelvis involvere indre stimuli såsom vedvarende fysiske smerter efter brystkræftbehandling eller ydre stimuli såsom tabet af ægtefælle. I disse situationer

involverer den automatiske kognitive bearbejdning ofte en intention om at undgå den uønskede stimulus, hvilket i sagens natur ikke er muligt, da smerten er kronisk, og den afdøde ægtefælle er væk for bestandigt. Dette kan tilføre yderligere lidelse til den oprindelige oplevelse af utilstrækkelighed, smerte og tab. Som nævnt tidligere er den ultimative hensigt med MBKT-forløbet at hjælpe patienterne med at foretage et radikalt skift i, *hvordan* de forholder sig til tanker, følelser og kropsfølelser, der bidrager til vedligeholdelse af vanskeligheder. *Decentrering* er et hovedaspekt ved dette radikale skift, og med MBKT-programmets mindfulness-baserede tilgang involverer decentrering ikke blot en mental undgåelse af det, der er vanskeligt. Det helt centrale i en mindfulness-baseret decentrering er at indtage en venlig og ikke-dømmende holdning over for alle ens oplevelser og dermed afstå fra at lade sig rive med af ruminative cirkler. Hvor den klassiske kognitive terapi traditionelt set har fokuseret på decentrering fra konkrete tanker med et konkret indhold, anvender MBKT decentreringen bredere på følelser, impulser og kropsfølelser i tillæg til tanker, hvilket antages at åbne op for forskellige måder at forholde sig til vanskelige oplevelser på og gennem flere modaliteter end blot de tankemæssige (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Det at inkludere krop, tanker, følelser såvel som adfærd harmonerer med antagelserne i den biopsykosociale model og kan således yderligere understrege relevansen af MBKT's kliniske forandringsmodel i en sundhedspsykologisk kontekst.

I det følgende gives to eksempler på studier, der har afprøvet effekten af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst. Det første studie er et randomiseret kontrolleret effektstudie af MBKT mod smerter blandt kvinder behandlet for brystkræft, og det andet er et kontrolleret pilotstudie af MBKT for ældre efterladte med vedvarende sorg.

Vedvarende smerter blandt kvinder behandlet for brystkræft

Brystkræft er den kræfttype, som rammer flest kvinder i verden (McPherson, Steel & Dixon, 2000). I Danmark er der knap 4900 nye tilfælde hvert år (Association of the Nordic Cancer Registries, 2015). Blandt andet i kraft af de stadigt mere effektive behandlingsmuligheder er den femårige overlevelsesrate for brystkræft i Danmark i dag cirka 85% (Christiansen P, Ejlersen B, Jensen M, Mouridsen H., 2016;8:445–9.). I takt med den forbedrede overlevelsesrate følger en voksende gruppe af kræftoverlevende. Ofte vil kræftsygdommen og -behandlingen have adskillige eftervirkninger såsom øget psykologisk stress (O'Connor, Christensen, Jensen, Møller & Zachariae, 2011), søvnforstyrrelser (Colagiuri et al., 2011) og depressionssymptomer (Christensen et al., 2009).

Undersøgelser viser, at især *vedvarende smerter* udgør en væsentlig udfordring blandt kvinder behandlet for brystkræft (Gärtner et al., 2009; Johannsen, Christensen, Zachariae & Jensen, 2015; Mejdahl, Andersen, Gärtner, Kroman & Kehlet, 2013). Generelt er der konsensus om, at vedvarende

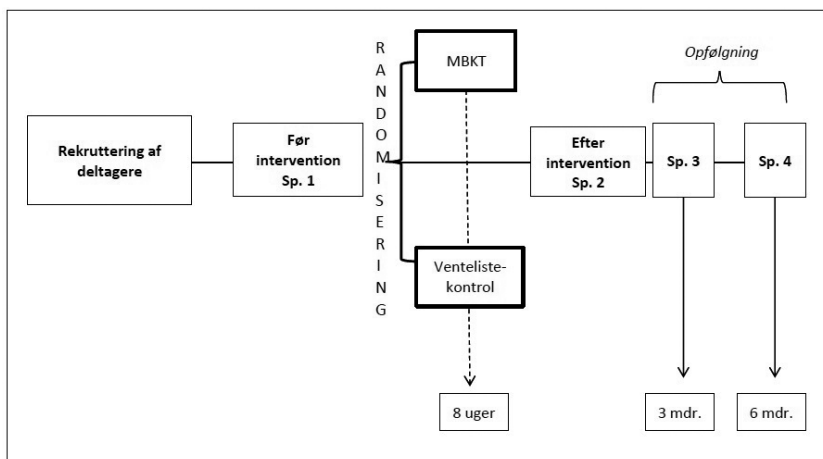
smertes defineres som smerter, der varer mere end tre måneder (Andersen & Kehlet, 2011). I en prospektiv undersøgelse fra EPoS baseret på data fra omkring 2000 danske kvinder behandlet for brystkræft fandt vi, at omkring 33% stadig oplevede daglige smerter et år efter deres brystkræftoperation (Johannsen et al., 2015). Mellem syv og ni år efter deres brystkræftoperation rapporterede ca. 20%, at de oplevede smerter dagligt.

MBKT og brystkræftpatienter

Som beskrevet tidligere bygger anvendelsen af psykosocial intervention til patienter med vedvarende smerter på en biopsykosocial model, der antager, at krop og psyke hænger uløseligt sammen. The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer i overensstemmelse hermed smerte som et multidimensionelt fænomen kendetegnet ved henholdsvis et sensorisk, kognitivt og affektivt aspekt (Anderson & Reyes-Gibby, 2013; www.iasp-pain.org). Med udgangspunkt i en sådan forståelse begrænses muligheder for effektiv smertebehandling ikke udelukkende til medicinsk behandling (Johannsen et al., 2013). Mange kræftpatienter opsøger da også komplementær psykologisk behandling på grund af de senfølger, som kan opstå efter kræftsygdom og behandling (Monti et al., 2013; Tacón, 2003). Det har vist sig, at maladaptive kognitioner i form af katastrofetænkning er forbundet med øget smerteintensitet (Severeijns, Vlaeyen, van den Hout & Weber, 2001; Sullivan et al., 2005). På denne baggrund kunne MBKT, som netop indeholder elementer af kognitiv terapi, der targeterer blandt andet katastrofetænkning, potentielt set være en effektiv smertebehandling i denne gruppe.

Et randomiseret kontrolleret effektstudie af MBKT mod vedvarende smerter blandt kvinder behandlet for brystkræft

På EPoS er udført et forskningsprojekt, hvis primære formål var at undersøge effekten af MBKT på vedvarende smerter blandt kvinder behandlet for brystkræft. Projektet var designet som et randomiseret kontrolleret effektstudie (se figur 1), og inkluderede kvinder i projektet var alle behandlet for primær brystkræft på Kræftafdelingen ved Aarhus Universitetshospital. For at blive inkluderet skulle kvinderne have afsluttet deres behandling mindst tre måneder før deltagelse i projektet og rapportere moderate smerter. De kvinder, som ønskede at deltage i undersøgelsen, blev tilfældigt fordelt til enten en interventionsgruppe, der modtog MBKT, eller til en venteliste-kontrolgruppe. Deltagerne blev bedt om at udfylde spørgeskemaer umiddelbart før og efter interventionen, samt ved to opfølgningstidspunkter (henholdsvis tre og seks måneder efter afsluttet MBKT). I de standardiserede spørgeskemaer blev deltagerne blandt andet bedt om at rapportere deres smerte, både med fokus på smertens sensoriske, kognitive og affektive komponenter. Derudover besvarede de spørgeskemaer, der



Figur 1: Flow-diagram over det randomiserede kontrollerede design, der anvendes til effektstudier af MBKT ved EPoS. Forkortelser: Sp. (Spørgeskema)

måler livskvalitet, psykologiske symptomer samt sociodemografisk og sygdomsrelateret information.

Interventionen fulgte den standardiserede MBKT-manual (Segal et al., 2013), dog med enkelte kræft-specifikke justeringer (Bartley, 2012). Disse justeringer inkluderede kortere sessioner (to timer i stedet for to en halv time), kortere meditationsøvelser (ikke over 30 minutters varighed) og blidere strækøvelser. Endvidere blev der ikke afholdt en heldags-session, som det nu foreslås i den reviderede manual fra 2013.

Overordnet set fandt vi en statistisk signifikant robust effekt af MBKT på smerteintensitet (Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, Jensen AB, Højris I, Zachariae R., 2016;1–12.). Endvidere viste resultaterne, at MBKT reducerede neuropatisk smerte, evaluativ smerte, brugen af håndkøbs-smertemedicin samt øgede livskvaliteten. Sidstnævnte resultater skal dog tolkes med forsigtighed på grund af manglende statistisk robusthed. Reduktionen i smerteintensitet efter behandlingen havde en størrelse, som tidligere studier vurderer som en “klinisk signifikant forskel”, hvilket understreger den kliniske relevans af disse resultater.

Kompliceret sorg efter tab af ægtefælle

Fra at have fokuseret på en patientgruppe med vedvarende fysisk smerte beskrives nu ældre efterladte, der har kompliceret sorg efter tab af deres ægtefælle. Dette synes relevant i et sundhedspsykologisk perspektiv, fordi sygdom og død fører til mange efterladte, og fordi komplicerede sorgreaktioner hos disse efterladte er forbundet med psykiske såvel som fysiske symptomer, større forbrug af sundhedsydelser og øget dødelighed (Stroebe, Schut & van den Bout, 2013). *Kompliceret sorg* er et paraplybegreb, der

dækker over lidelser som depression, PTSD og den nye sorgspecifikke diagnose *vedvarende sorglidelse* (ICD 11 (2016), <http://apps.who.int/classifications/icd11>), når disse opstår som en direkte følge af en nærtståendes død. Langt de fleste efterladte gennemgår en ofte smertefuld, men stadig naturlig sorgproces, når en elsket person dør, mens omkring 15-20% oplever kompliceret sorg med et forhøjet niveau af symptomer (Bonanno, Boerner & Worthman, 2008; Stroebe, Schut & van den Bout, 2013). Blandt andet akkumulerede interpersonelle tab, flere fysiske sygdomme på samme tid (komorbiditet), nedsat fysisk funktion og reduceret socialt netværk er almindeligt i alderdommen (Hansson & Stroebe, 2007). Derfor er det sandsynligt, at ældre mennesker går ind i sorgen fra et lavere generelt helbreds niveau end yngre enker og enkemænd (ibid.). Selvom de fleste ældre efterladte klarer sig godt, er tabet af en ægtefælle i alderdommen for et betydeligt mindretal relateret til alvorlige psykiske problemer, og symptomniveauet er ofte stadig højt flere år efter tabet (Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011; O'Connor, 2010). Samtidig vokser ældrepopulationen generelt, hvilket fører til en stadigt større gruppe af ældre efterladte med kompliceret sorg og dermed også et større behov for effektiv behandling (Hansson & Stroebe, 2007; O'Connor, Nickerson, Aderka & Bryant, 2015).

MBKT for ældre efterladte

Oftest foretrækker ældre mennesker psykologisk frem for medicinsk behandling, samtidig med at de ved medicinsk behandling belastes i højere grad af bivirkninger og polyfarmaci end yngre mennesker (Aspnes & Lynch, 2007). Det er derfor væsentligt at forske i potentielt effektive psykosociale interventionsformer for de ældre efterladte, der udviser behov og motivation derfor (O'Connor & Elklit, 2015). Rumination og katastrofetænkning omkring tabet er helt centralt i komplicerede sorgreaktioner og særligt i forbindelse med tabsudløst depression (Hansson & Stroebe, 2007). Dette er med til at fastholde sorgen unødigt længe og øge risikoen for udvikling og vedligeholdelse af tabsrelaterede depressive symptomer. MBKT kan derfor være relevant i denne gruppe.

Et pilotstudie af effekten af MBKT på depressive symptomer hos ældre efterladte

EPoS har udført et pilotstudie af effekten af MBKT på depressive symptomer hos ældre efterladte (O'Connor, Piet & Hougaard, 2014). Formålet med studiet var at undersøge effekten af MBKT på symptomniveauet hos ældre efterladte med langvarig kompliceret sorg (ibid.). Studiet inkluderede 36 efterladte med en gennemsnitsalder på 77 år, der fire år efter ægtefællens død udviste psykiske symptomer som følge af tabet. Deltagerne blev fordelt i en interventionsgruppe (18 personer startede op i MBKT, 12 personer gennemførte hele forløbet) og en ventelistekontrolgruppe (18 personer). Begge grupper udfyldte spørgeskemaer, der målte depression, PTSD og vedvaren-

de sorglidelse, både før og efter interventionen samt ved fem måneders opfølgning. Sammenlignet med ventelistegruppen udviste MBKT-gruppen et signifikant reduceret niveau af depressive symptomer og en lille, men ikke statistisk signifikant effekt på PTSD og vedvarende sorg. Effekten på depression kan betegnes som stor og varede ved på opfølgningstidspunktet fem måneder efter behandlingen.

Dette studie er så vidt vides det første, der undersøger effekten af MBKT på ældre med komplicerede sorgreaktioner. Undersøgelsen tyder på, at MBKT kan være en effektiv behandling af tabsudløste depressive symptomer for ældre efterladte. Replikation af de nuværende resultater i mere omfattende studier er dog påkrævet, for at mere robuste konklusioner kan drages. Et sådant projekt ved EPoS har netop opnået finansiering og vil blive påbegyndt i december 2016.

Opsamlende perspektiver på MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst

Selvom resultaterne af de to ovenfor beskrevne undersøgelser ikke kan generaliseres direkte til andre patientgrupper, kan de imidlertid tjene som eksempler på, at en generisk anvendelse af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst kan være virksom. På den baggrund synes det endvidere relevant at undersøge, hvorvidt man med skræddersyede forløb til specifikke patientgrupper kan forøge effekten af MBKT yderligere. Det kan altså i fremtiden være meningsfuldt at udvikle og afprøve tilpasninger af den oprindelige MBKT-manual, så den specifikt målrettes mod de patientgrupper, den ønskes anvendt i. Det følgende afsnit giver et eksempel på sådanne tilpasninger.

Specifikke tilpasninger af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst

Med det formål at give eksempler på, hvilke patientgrupper en specifik tilpasning af det generiske MBKT-program kunne være relevant for, beskrives i det følgende EPoS' igangværende studier af MBKT for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og internetleveret MBKT for tidlige kræftpatienter.

KOL-specifik tilpasning af MBKT

KOL er en vedvarende, uhelbredelig tilstand, hvor lungevæv gradvist nedbrydes og dermed blokerer for luftveje og lufttilførslen til lungerne (Vestbo et al., 2013). Lidelsen udgør en væsentlig byrde for de berørte patienter, som kontinuerligt kæmper med fysiske symptomer i form af åndenød, hoste og slimdannelse. Mange patienter oplever i tillæg hertil psykologiske problemer såsom symptomer på angst og depression (Hynninen, Breivte, Wiborg, Pallesen & Nordhus, 2005).

Det tyder på, at de fysiske og psykologiske KOL-symptomer er forbundne, hvilket kan resultere i onde cirkler, hvor eksempelvis åndenød fører til angst, som fører til mere åndenød (Bailey, 2004). På trods af at det beskadi-

gede lungevæv ikke kan genoprettes, kan optimal behandling potentielt set forbedre de forbundne fysiske og psykologiske konsekvenser af sygdommen (Yates & Zhao, 2012). Dette understøttes af en nyere metaanalyse, som indikerer, at psykosocial intervention kan betragtes som et virksomt supplement til den konventionelle medicinske behandling af KOL (Farver-Vestergaard, Jacobsen & Zachariae, 2015). Da kognitiv terapi tilsyneladende har størst effekt på psykiske symptomer, og mind-body-intervention har størst effekt på fysiske symptomer, kan det tænkes, at MBKT, der kombinerer elementer fra kognitiv terapi og mindfulness-meditation, kan være særlig relevant i denne gruppe. Derudover spiller rumination og katastrofetænkning en stor rolle for vedligeholdelsen af åndenød og angst hos KOL-patienter. En tilpasning af det oprindelige MBKT-program anses dog som nødvendigt, da åndedrættet er et helt centralt fokuspunkt i MBKT, men samtidig også kilden til rumination og katastrofetænkning for KOL-patienter. At anvende åndedrættet som et stabiliserende anker, som det gøres i det oprindelige MBKT-program, kan dermed antages at være u hensigtsmæssigt for programmets formål. Tilpasningen af MBKT for KOL-patienter involverer derfor fokus på jordforbindelsen, hjerterytmen og blodgennemstrømningen som stabiliserende fokuspunkter i meditationsøvelserne.

I samarbejde med Lungemedicinsk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital udfører EPoS i øjeblikket en randomiseret kontrolleret undersøgelse af effekten af KOL-specifik MBKT på angst, depression og fysisk helbredsstatus blandt KOL-patienter. Vi formoder, at deltagere, som er tilfældigt udtrukket til at deltage i MBKT, vil opleve en forbedring af angst, depression og fysisk helbredsstatus sammenlignet med de deltagere, som er tilfældigt udtrukket til ventelistegruppen. Resultaterne forventes offentliggjort i foråret 2017 og vil være med til at løfte sløret for effektiviteten af et MBKT-program specifikt tilpasset en patientgruppe i den sundhedspsykologiske kontekst.

Internetleveret MBKT for kræftpatienter

Inden for kræftområdet forekommer vanskeligheder ved leveringen af klassisk ansigt til ansigt-terapi, da tidligere kræftpatienter kan have særlige udfordringer i forhold til at passe et terapiforløb ind i en hverdag med behandling, arbejde, mobilitetsudfordringer og svækket immunforsvar. Internetleveret terapi vinder i stigende grad indpas rundt omkring i verden og også i Danmark (Larsen, 2016; Mathiasen, 2011). Ved at tilbyde behandling via en online platform kan patienter modtage terapi i eget hjem og derved undgå gruppekonfrontation og tab af tid, energi og penge til transport til og fra behandlingsstedet. På trods af denne lovende udvikling er der kun få studier, der har undersøgt effekten af internetleveret terapi blandt kræftpatienter (Andersson, Ljotsson & Weise, 2011).

På den baggrund er et projekt omkring udvikling og afprøvning af en internetleveret tekstbaseret version af MBKT (I-MBKT) lige nu under afvikling på EPoS. Selve træningsprogrammet er baseret på manualen for MBKT for de-

pression (Segal et al., 2013) og er inspireret af samme behandlingsmodel. Programmet leveres via samme internetbaserede behandlingsplatform, som anvendes i internetpsykiatrien på Karolinska Institutet i Stockholm (Lindfors & Andersson, 2016). *Patientinvolvering* er et af projektets nøgleord, og udviklingen af I-MBKT er derfor foregået i samarbejde med en følgegruppe af kræftpatienter behandlet for bryst- eller prostatakræft (Nissen, Lomborg et al., 2016). I-MBKT følger samme overordnede struktur som ansigt til ansigt-forløbet. Den online træningsplatform er tekstbaseret, hvilket betyder, at deltagerne hver uge læser tekst, der forklarer ugens behandlingstema, og laver daglig mindfulness-træning ved hjælp af audio-filer, som er tilgængelige fra platformen. Al kommunikation mellem instruktør og deltager foregår via en skriftlig online formular. At levere MBKT skriftligt frem for direkte og mundtligt til en gruppe indebærer en række udfordringer. Dels er den direkte feedback fra instruktøren, der opnås i gruppeforløbet, erstattet af en asynkron, skriftlig kontakt, og dels er alle nonverbale elementer, som naturligt eksisterer i et ansigt til ansigt-forløb, elimineret. Vi har forsøgt at imødekomme disse udfordringer ved at tilpasse sproget i samme venlige og imødekommende tone, som tilsigtes i gruppe-MBKT. Hvorvidt og hvordan deltagerne udbytte af forløbet påvirkes af denne form for kontakt, vil blive vurderet i studiet ved at undersøge betydningen af den terapeutiske alliance for behandlingsresultater.

I forbindelse med udviklingen af I-MBKT gennemførtes i efteråret 2015 en pilotafprøvning af programmet med syv deltagere (Nissen, O'Connor et al., 2016). Fem kvinder behandlet for brystkræft og to mænd behandlet for prostatakræft med en gennemsnitsalder på 51 år og et vist niveau af psykologisk belastning blev rekrutteret fra Kræftafdelingen og Urinvejskirurgisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital. Deltagerne selvrapporterede spørgeskemamål for depression, angst og stress blev sammenlignet før og efter interventionen. Deltagerne rapporterede en væsentlig reduktion i symptomer på depression, angst og stress efter behandlingen med I-MBKT. Som opfølgning på de positive resultater fra pilotafprøvningen er der nu igangsat en større randomiseret kontrolleret effektundersøgelse af I-MBKT blandt kvinder behandlet for brystkræft og mænd behandlet for prostatakræft. Studiets primære formål er at undersøge, om I-MBKT kan reducere deltagerne symptomer på depression, angst og stress signifikant sammenlignet med ventelistekontrolgruppen, der i perioden ikke modtager behandling, ud over hvad de som standard tilbydes i sundhedsvæsenet. Forhåbningen med studiet er, at der, ved effektivt resultat, på sigt kan tilbydes I-MBKT til mennesker behandlet for kræft med symptomer på psykologisk distress. Ydermere vil undersøgelsen bidrage til viden om tilpasning af MBKT til det internetleverede format.

Opsamlende perspektiver på specifikke tilpasninger af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst

En generisk anvendelse af MBKT, som oprindeligt blev udviklet til at forebygge tilbagefald ved depression, synes effektiv i en sundhedspsykologisk

kontekst. Dette afsnit beskrev igangværende studier, der søger at udvikle og afprøve MBKT tilpasset til KOL-patienter og internetleveret MBKT. Sådanne specifikke tilpasninger af den oprindelige MBKT-manual kan potentielt set bidrage til at øge effekten yderligere blandt populationer med særlige behov i den sundhedspsykologiske kontekst.

Overvejelser vedrørende MBKT-instruktørens kvalifikationer

Efter en gennemgang af forskningsenhedens specifikke effektstudier rettes blikket nu mod de mere overordnede overvejelser i forbindelse med klinisk levering af og forskning i MBKT. Formålet med denne gennemgang er at give et konkret indblik i, hvordan vi lokalt ved EPoS' kliniske afdeling har valgt at forholde os til leveringen og afprøvningen af MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst.

Der er efterhånden tydeligt, at mindfulness-begrebet er populært og har spredt sig til mange forskellige områder. En Google-søgning på ordet "mindfulness" giver for eksempel mere end 32 millioner hits, og selv når man snævrer søgningen ind til for eksempel "mindfulness-instruktør", er der mere end 33.000 hits. Samtidig ser man i ovennævnte søgninger mindfulness nævnt i mange og vidt forskellige sammenhænge, såsom *mindful ledelse*, *mindful forældreskab* eller *mindful musik*. Metoder, rammer og uddannelsesniveauer af instruktører inden for alle disse felter spænder derfor også meget bredt. Da EPoS' kliniske afdeling er en del af de akademiske institutioner Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital stilles der naturligvis krav til, at den undervisning, forskning og kliniske praksis, der leveres, er evidensbaseret. De behandlingsmetoder, der anvendes, skal være empirisk velunderbyggede og let gennemskuelige for interesserede deltagere, klinikere og forskere. Blandt andet derfor er det nødvendigt udelukkende at levere MBKT-programmer, der er teoretisk og empirisk velunderbyggede, samt tydeligt at gøre rede for retningslinjerne for den kliniske anvendelse heraf.

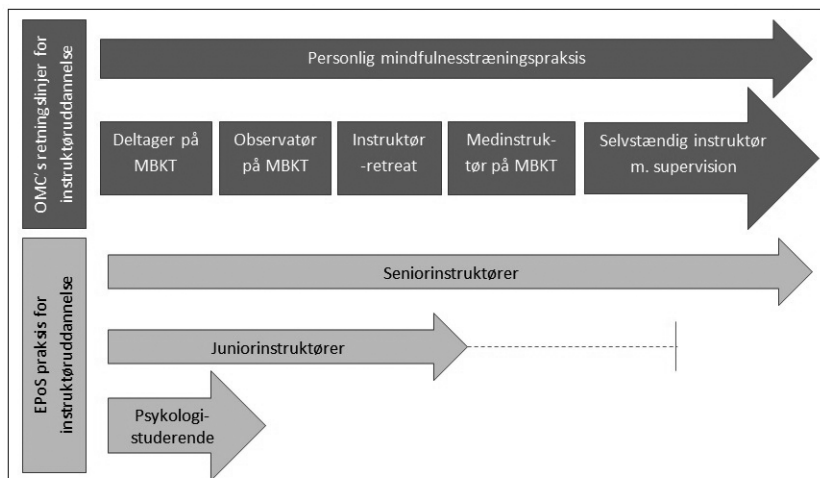
Som tidligere nævnt forefindes der en offentlig tilgængelig manual for MBKT mod depression (Segal et al., 2013), hvilket gør det lettere for forskere og kliniske psykologer at gennemskue, hvilken "opskrift" der er genstand for afprøvning i kliniske effektstudier, og dermed oversætte forskningsresultater til klinisk praksis. Den høje grad af gennemsigtighed i forhold til behandlingsmanualen tillader endvidere andre forskere at replicere vores resultater i nye studier.

MBKT-instruktørernes uddannelsesforløb

For at kunne fungere som MBKT-instruktør er det nødvendigt at arbejde på at opnå de tilstrækkelige faglige og erfaringsbaserede kompetencer for dermed at højne kvaliteten af den behandling, der leveres. Inden for mind-

fulness-baseret intervention forefindes klare anbefalinger for instruktørens uddannelsesforløb (Crane et al., 2012; Crane, Kuyken, Hastings, Rothwell & Williams, 2010). Leveringen af MBKT kræver, at instruktøren som *fagligt fundament* er skolet i psykologisk og kognitiv teori samt dens anvendelse i en klinisk praksis. Da MKBT-instruktører ved EPoS' kliniske afdeling er uddannede psykologer, kan dette krav efterleves. Med hensyn til de *erfaringsbaserede* kompetencer er kravene ganske omfattende – måske netop fordi kernen i at kalde et behandlingsprogram for mindfulness-baseret hovedsageligt tager sit afsæt i, at instruktøren praktiserer mindfulness-træning selv (Crane et al., 2012). Gennem en nærværende og nysgerrig holdning, som udspringer af instruktørens egen mindfulness-praksis, fungerer man dermed som et eksempel for deltagerne på, hvad der menes med at være *mindful*. Både for deltagerne og instruktørens vedkommende sker denne erkendelse altså ikke gennem en rationel tilegnelse af færdigheder, men er derimod helt og aldeles erfaringsbaseret. På EPoS er dét at etablere en personlig, regelmæssig mindfulness-praksis derfor en grundlæggende forudsætning for at fungere og udvikle sig som instruktør.

Oxford Mindfulness Center (OMC), hvortil ophavsmændene til MBKT er tilknyttet, har udformet specifikke retningslinjer for det erfaringsbaserede uddannelsesforløb for MBKT-instruktører (Oxford Mindfulness Centre, n.d.). Således ses det i figur 2, at en regelmæssig, personlig mindfulness-praksis er udgangspunktet for hele det erfaringsbaserede forløb. Trin 1 i det erfaringsbaserede instruktørforløb er selv at være deltager på et otteugers MBKT-forløb, hvorefter man på Trin 2 deltager i endnu et MBKT-forløb som observatør. Erhvervelsen af erfaring på disse trin har instruktøraspiranter på EPoS i de seneste år kunnet opnå ved at indgå som formel deltager på MBKT-forløb i de nævnte effektstudier. Heri lå den begrænsning, at der ved uddannelsen af de første instruktører ikke var en intern medarbejder med den nødvendige erfaring til at forestå grupperne. Dette blev blandt andet imødekommet ved at samarbejde med eksterne mindfulness-instruktører med den nødvendige erfaring. Som Trin 3 anbefales det, at man deltager i et meditations-retreat for instruktører (OMC). På EPoS har vi valgt at deltage i OMC's syvdages instruktør-retreat samt årlige supervisions- og meditations-retreats. Trin 4 indebærer at være medinstruktør på et MBKT-forløb, hvilket vil sige, at man guider forløbet sammen med en anden mere erfaren seniorinstruktør. Efterhånden som man begynder at fungere som selvstændig instruktør, er det væsentligt, at man modtager supervision fra en certificeret MBKT-instruktør (Trin 5). Denne supervision fortsætter på kontinuerlig basis, sideløbende med at man fungerer som primær instruktør på MBKT-forløb (OMC). På EPoS har samtlige instruktører modtaget løbende supervision fra nogle af feltets anerkendte MBKT-instruktører, herunder Antonia Sumbundu (OMC), Christina Shennan (Bangor Universitet) og Trish Bartley (Bangor Universitet).



Figur 2: Overblik over Oxford Mindfulness Centers (OMC) retningslinjer for den erfaringsbaserede MBKT-instruktøruddannelse samt EPoS' lokale praksis i henhold hertil.

Ud over at illustrere den trinvis progression i OMC's retningslinjer for den erfaringsbaserede MBKT-instruktøruddannelse giver figur 2 også et overblik over de forskellige stadier af uddannelseserfaring, som kendetegner instruktører og instruktøraspiranter ved EPoS' kliniske afdeling. Gruppen af *seniorinstruktører* har, som det ses i figuren, gennemgået alle de nævnte trin i det erfaringsbaserede forløb. Instruktører i denne gruppe er ansvarlige for leveringen af MBKT i de nævnte effektstudier samt for undervisningen af *juniorinstruktører* og *psykologistuderende*. Her er det på sin plads at nævne, at seniorinstruktører ved EPoS ikke er certificerede mindfulness-instruktører fra OMC, da denne certificering kræver hyppige besøg i Oxford. Dette ligger i øjeblikket uden for forskningsenhedens gældende økonomiske og tidsmæssige rammer, da alle midler løbende indhentes fra eksterne fonde. Implikationerne af manglende certificering uddybes i et senere afsnit. Juniorinstruktører er betegnelsen for de medarbejdere ved EPoS, som er undervejs i den trinvis progression. Som det er forsøgt illustreret ved den stiplede linje i figur 2, er juniorinstruktørerne på forskellige steder i deres individuelle trinvis udvikling. Det er op til hver enkelt juniorinstruktør at udarbejde en personlig plan for deltagelse i MBKT-forløb som deltager og observatører på henholdsvis Trin 1 og 2. Ud over grupperne af junior- og seniorinstruktører arbejder EPoS også løbende på at lægge kimen til erfaring som kommende mindfulness-instruktør blandt de psykologistuderende på Aarhus Universitet. Dette sker ved, at EPoS hvert år udbyder et valgfrit kursus, som er udformet som det klassiske otteugers MBKT-program. De studerende introduceres dermed for den erfaringsbaserede tilgang til læringsprocessen i MBKT og opfordres, ligesom alle andre deltagere på et sådant program, til at

etablere en regelmæssig personlig mindfulness-praksis. Som det fremgår af figur 2, har psykologistuderende ved Aarhus Universitet altså muligheden for at lægge kimen til et erfaringsbaseret uddannelsesforløb som MBKT-instruktør allerede under kandidatstudierne.

Samlet set er det vigtigt at fremhæve, at der er en klar grund til, at modellen er udformet som pile, der har retning mod det uendelige, snarere end som endegyldige mål. Det underliggende budskab er, at mindfulness-træning ikke er noget, man kan blive “færdig med” eller “god nok” til. Vores gennemgående holdning er, at selvom nogle instruktører har mere erfaring end andre, er det yderst vigtigt at vedligeholde en nysgerrig intention – en nybegynders sind, om man vil – over for deltagerne på MBKT-forløb såvel som over for sin egen mindfulness-praksis. Hvis en sådan grundholdning ikke kontinuerligt fremelskes gennem egen praksis og kontinuerlig ekstern, kvalificeret supervision, går det *mindfulness-baserede* i MBKT tabt.

Perspektiver for kvalitetssikring og evidensbaseret praksis

Da graden af behandlingsmetodisk kvalitet tilsyneladende varierer på tværs af mindfulness-baserede interventioner, der tilbydes bredt set, tages det i mindfulness-faglige kredse løbende op til debat, hvorvidt man bør stille større krav til instruktøruddannelse (Kabat-Zinn, 2006), eksempelvis i forbindelse med publikation af effektforskning i anerkendte tidsskrifter. Uafhængigt af om sådanne forslag vil blive en realitet eller ej, understreger debatten, at behandlingskvaliteten er genstand for voksende opmærksomhed, efterhånden som mindfulness-baserede programmer udbredes yderligere. Vi søger løbende at gøre fremtidens kliniske psykologer opmærksomme på dette via den allerede beskrevne kliniske undervisning på kandidatstudiet i psykologi ved Aarhus Universitet. Det er gennem den teoretiske og erfaringsbaserede undervisning i MBKT og gennem denne artikel vores hensigt at gøre den kommende generation af psykologer opmærksom på, at der findes mange variationer af mindfulness-baserede interventioner, og at kun enkelte af dem er empirisk velunderbyggede som selvstændige metoder til behandling af psykiske og somatiske lidelser. Mindfulness-træning er en del af en metode, der kan bruges i mange sammenhænge; men som vi har været inde på før, er evidensbaseret MBKT *mere* end en metode – det er en måde at forholde sig til selvet, verden og andre mennesker på, som kræver et unikt personligt engagement sammenlignet med andre psykologiske metoder (ibid.).

Ud over at udbrede budskabet om nødvendigheden af den fremtidige kvalitetssikring af MBKT til kandidatstuderende i psykologi er det også vores forhåbning, at denne artikel vil være med til at øge opmærksomheden omkring, hvad det helt specifikt kræver at levere og afprøve effekten af MBKT i en klinisk, evidensbaseret sundhedspsykologisk kontekst, og hvordan vi på EPoS sigter mod at leve op til dette.

Afslutning

Formålet med denne artikel var at beskrive EPoS effektforskning i og retningslinjer for MBKT som et eksempel på en klinisk, evidensbaseret anvendelse af MBKT i en specifik sundhedspsykologisk kontekst. Opsummerende kan det konkluderes, at enhedens forskningsarbejder peger på, at MBKT er en effektiv behandlingsform over for vedvarende smerter blandt kvinder behandlet for brystkræft samt depressive symptomer blandt ældre efterladte med kompliceret sorg. Derudover ser vi frem til også at kunne præsentere resultater af et specifikt tilpasset MBKT-program for KOL-patienter samt udforskningen af internetleveret MBKT. Med vores gennemsigtighed i retningslinjerne for instruktøruddannelsen er det, i tråd med nedenstående citat, vores forhåbning, at studerende, klinikere og forskere vil blive opmærksomme på nødvendigheden i kontinuerligt at tilegne sig faglige og erfaringsbaserede kompetencer inden for behandlingsmetoden.

Mindfulness som egenskab er ikke neutral eller tom tilstedeværelse. Ægte mindfulness er præget af varme, medfølelse og interesse. I lyset af denne engagerede opmærksomhed opdager vi, at det er umuligt at hade eller frygte noget som helst (...) at vi virkelig forstår. Mindfulness er engagement; hvor der er interesse, opstår der en naturlig, utvungen opmærksomhed (Feldman, 2001, p. 173).

Med en interesseret og åben intention ser vi dermed frem til at følge feltets udvikling og opfordrer til åben og konstruktiv dialog med henblik på den bedst mulige fremtidige kvalitetssikring af kliniske anvendelse og forskning i MBKT i en sundhedspsykologisk kontekst.

Tak

Tak til alle deltagere i de beskrevne forskningsprojekter. Tak til samarbejdspartner Jakob Piet, Dansk Center for Mindfulness, Aarhus Universitet. Tak til øvrige samarbejdspartnere og personale på Aarhus Universitetshospital for samarbejdet med at udarbejde projekter og rekruttere patienter. Tak til Egetæpper, Protac og EGV-fonden for at sponsorere inventar til EPoS' behandlingslokale *Det Terapeutiske Rum*. Tak til Internet-Psykiatrien på Karolinska Institutet for at levere de nødvendige teknologiske hjælpemidler til levering af internetleveret MBKT. Tak til vores supervisorer ved OMC og Bangor Universitet. Tak til økonomiske støttegivere: Aarhus Universitets Forskningsfond, Aase og Ejnar Danielsens Fond, Det Fri Forskningsråd – Kultur og Kommunikation, EGV-fonden, Einar Willumsens Mindelegat, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningens Forskningsfond, Radiumstationens Forskningsfuld, Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forsk-

ningsfond, TrykFonden, Wedell-Borg Wedellborgs Fond. Og sidst, men ikke mindst, tak til professor og forskningsenhedsleder Bobby Zachariae for at skabe rammen for den forskning, der udgår fra EPOs.

Referencer

- Andersen, K.G., & Kehlet, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: A critical review of risk factors and strategies for prevention. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 12(7), 725-746.
- Anderson, K.O., & Reyes-Gibby, C.C. (2013). Biopsychosocial approach to persistent post-mastectomy pain: What can we conclude? *Pain*, 154(5), 623-624.
- Andersson, G., Ljotsson, B., & Weise, C. (2011). Internet-delivered treatment to promote health. *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A406298&swid=7492>
- Aspnes, A.K., & Lynch, T.R. (2007). *Individual and group psychotherapy. Essentials of geriatric psychiatry*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Association of the Nordic Cancer Registries (2015). NORDCAN-databasen. Retrieved March 18, 2016, from <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>
- Bailey, P.H. (2004). The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary/when you can't breathe." *Qualitative Health Research*, 14, 760-778.
- Bartley, T. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for cancer*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bonanno, G.A., Boerner, K., & Worthman, C.B. (2008). Trajectories of grieving. In R.O. Hansson, H. Schut and W. Stroebe (Ed.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 287-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Christensen, S., Zachariae, R., Jensen, A.B., Vaeth, M., Møller, S., Ravnsbaek, J., & von der Maase, H. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 113(2), 339-55.
- Colagiuri, B., Christensen, S., Jensen, A.B., Price, M.A., Butow, P.N., & Zachariae, R. (2011). Prevalence and predictors of sleep difficulty in a national cohort of women with primary breast cancer three to four months postsurgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 710-720.
- Crane, R.S., Kuyken, W., Hastings, R.P., Rothwell, N., & Williams, J.M.G. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1(2), 74-86.
- Crane, R.S., Kuyken, W., Williams, J.M.G., Hastings, R.P., Cooper, L., & Fennell, M.J.V. (2012). Competence in teaching mindfulness-based courses: concepts, development and assessment. *Mindfulness*, 3(1), 76-84.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Farver-Vestergaard, I., Jacobsen, D., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions on psychological and physical health outcomes in chronic obstructive

- pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 37-50.
- Feldman, C. (2001). *The Buddhist Path to Simplicity*. London: Thorsons.
- Friis-Haché, E., Elsass, P., & Nielsen, T. (2011). *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard Danmark.
- Gärtner, R., Jensen, M.-B., Nielsen, J., Ewertz, M., Kroman, N., & Kehlet, H. (2009). Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA*, 302(18), 1985-1992.
- Hansson, R.O., & Stroebe, M.S. (2007). *Bereavement in Late Life: Coping, Adaptation and Developmental Influences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hynninen, K.M.J., Breivite, M.H., Wiborg, A.B., Pallesen, S., & Nordhus, I.H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 429-443.
- Johannsen, M., Christensen, S., Zachariae, R., & Jensen, A.B. (2015). Socio-demographic, treatment-related, and health behavioral predictors of persistent pain 15 months and 7-9 years after surgery: A nationwide prospective study of women treated for primary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 152(3), 645-658.
- Johannsen, M., Farver, I., Beck, N., & Zachariae, R. (2013). The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 138(3), 675-690.
- Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M.S., Jensen, A.B., Højris, I., & Zachariae, R. (n.d.). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Larsen, T.M. (2016). Samtaler med skærmen. *Magasinet P*, 2, 6-10.
- Lindfors, N., & Andersson, G. (2016). *Guided Internet-based Treatments in Psychiatry*. New York: Springer.
- Mathiasen, K. (2011). Internetbaseret terapi i Danmark. *Psykolog Nyt*, 19, 4-7.
- McPherson, K., Steel, C.M., & Dixon, J.M. (2000). Breast cancer: epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*, 321(7261), 624-628.
- Mejdahl, M.K., Andersen, K.G., Gärtner, R., Kroman, N., & Kehlet, H. (2013). Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study. *BMJ*, 346, f1865.
- Monti, D.A., Kash, K.M., Kunkel, E.J., Moss, A., Mathews, M., Brainard, G., ... Newberg, A.B. (2013). Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2565-2575.
- Newson, R.S., Boelen, P.A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238.
- Nissen, E.R., Lomborg, K., Bregnballe, V., Muldbjerg, A.K.Ø., O'Connor, M., & Mehlsen, M. (2016). Evaluation of a shared working group with patients and researchers. In *Different ways to gain knowledge on patient and public involvement*. The Nordic Conference in Nursing Research, Stockholm.
- Nissen, E.R., O'Connor, M., Kaldo, V., Højris, I., Borre, M., Zachariae, R., & Mehlsen, M. (2016). Therapist-assisted internet-delivered Mindfulness-based cognitive therapy for symptoms of depression, anxiety and stress among breast- and prostate cancer

- survivors: A feasibility study. In *International Society for Research on Internet Interventions (ISRII)*. Seattle.
- O'Connor, M. (2010). A longitudinal study of PTSD in the elderly bereaved: Prevalence and predictors. *Aging & Mental Health*, 14(3), 310-8.
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A.B., Møller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104(3), 419-426.
- O'Connor, M., & Elklit, A. (2015). Treating PTSD symptoms in older adults. In U. Snyder and M. Claire (Ed.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. A Practical Guide for Clinicians* (pp. 381-398). Zürich: Springer.
- O'Connor, M., Nickerson, A., Aderka, I.M., & Bryant, R.A. (2015). The temporal relationship between change in symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following old age spousal bereavement. *Depression and Anxiety*, 32(5), 335-340.
- O'Connor, M., Piet, J., & Hougaard, E. (2014). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: A controlled pilot study. *Mindfulness*, 5(4), 400-409.
- Oxford Mindfulness Centre (n.d.). OMC MBCT Training Pathway. Retrieved March 18, 2016, from <http://www.oxfordmindfulness.org/dev/uploads/OMC-MBCT-Training-Pathway-chart-2012.pdf>
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guildford Press.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J.W., van den Hout, M.A., & Weber, W.E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 165-172.
- Smoller, J.W., Pollack, M.H., Otto, M.W., Rosenbaum, J.F., & Kradin, R.L. (1996). Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease: Theoretical and clinical considerations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 154(1), 6-17.
- Stroebe, M.S., Schut, H., & van den Bout, J. (2013). *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*. London: Routledge.
- Sullivan, M.J.L., Lynch, M.E., & Clark, A.J. (2005). Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain*, 113(3), 310-5.
- Tacón, A.M. (2003). Meditation as a complementary therapy in cancer. *Family & Community Health*, 26(1), 64-73.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Vestbo, J., Hurd, S.S., Agustí, A.G., Jones, P.W., Vogelmeier, C., Anzueto, A., ... Rodriguez-Roisin, R. (2013). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(4), 347-365.
- WHO ICD-10. (2007). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.
- Yates, P., & Zhao, I. (2012). Update on complex nonpharmacological interventions for breathlessness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6(2), 144-152.
- Zachariae, R. (1994). Sundhedspsykologien i spændingsfeltet mellem krop og psyke. I *Psykologi i et jubilæumsperspektiv* (pp. 199-220). Risskov: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.