

Hansen, Erling, & Homman, Anders. *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills - validering av den svenska översättningen och en studie av anhöriga till borderlinepatienter*. Psykoterapeutexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. II (2007):01

ABSTRACT

This paper has two parts. In the first part we analyse the Swedish translation of KIMS and we compare it with the American version that Baer and colleagues developed (Baer et al, 2004). Our focus is the factor structure, internal consistency, scale correlations and validity in relation to the already validated translation of the MAAS. The second part has three issues: Does a group of relatives to persons with borderline personality disorder differ from a group of university employees with respect to different aspects of mindfulness? What are the correlations between KIMS and the symptom measure BSI-GSI for the group of relatives? Has the Family Connections program had any effect on the degree of mindfulness for the group of relatives? 123 university employees answered the KIMS questionnaire. It is this material that we analyse in part one of this paper, and also in part two where we compare it with the data from the relatives. The factor analysis shows that the Swedish version of KIMS has a four-factor structure corresponding to the four mindfulness skills for which the items were written. It also corresponds closely to the factor structure in Baer et al (2004). The result of the factor analysis should be interpreted with caution because of the low sample size. The results in this study for internal consistency and validity correspond closely to the results that Baer and colleagues presented. The group of relatives in part two of this paper consisted of 43 individuals. The mean scores were significantly lower for the group of relatives compared with the group of university employees for the KIMS full scale and for the subscales Acting with Awareness and Accepting without Judgement, but not for Observing or Describing. Correlations between the BSI and both Acting with Awareness and Accepting without Judgement was strong and negative. KIMS subscale Observing had a nearly significant positive correlation with BSI, while Describing was unrelated to the BSI. The comparison between pre- and postmeasurement indicates that Family Connection has a small but significant effect on Acting with awareness and Accepting without judgement, although these results should be seen as preliminary as there was no control group.

Keywords: Acceptance, Family Connections, KIMS, MAAS, mindfulness, validation

INLEDNING	5
FRÅGESTÄLLNINGAR	7
<i>Delstudie 1</i>	7
<i>Delstudie 2</i>	7
TEORI OCH BAKGRUND	8
Begreppet mindfulness	8
Beskrivning av KIMS	9
<i>KIMS delskalor</i>	10
<i>Reliabilitet och faktorstruktur</i>	11
<i>Validitet</i>	12
Anhöriga till BPS-patienter	13
Beskrivning av Familjeband	14
Mätning av effekter av mindfulnesssträning	15
DELSTUDIE 1	19
Metod	19
<i>Undersökningsgrupp, urval och procedur</i>	19
<i>Frågeformulär</i>	19
<i>Statistiska analyser</i>	20
Resultat	21
<i>Faktorstruktur</i>	21
<i>Internkonsistens</i>	23
<i>Korrelationer mellan KIMS delskalor och KIMS delskalor och MAAS</i>	23
Diskussion	24
DELSTUDIE 2	29
Metod	29
<i>Undersökningsgrupp och urval</i>	29
<i>Procedur</i>	30
<i>Frågeformulär</i>	31
<i>Statistiska analyser</i>	31
Resultat	32
<i>Skiljer sig deltagarna i anhöriggruppen från jämförelsegruppen med avseende på de olika aspekterna av mindfulness?</i>	32
<i>Hur ser sambandet mellan KIMS och BSI-GSI vid förmätning i anhöriggruppen ut?</i>	32
<i>Sker det någon förändring i grad av mindfulness hos anhöriggruppen från för- till eftermätning?</i>	33
Diskussion	34
AVSLUTANDE DISKUSSION	39
REFERENSER	42

BILAGA 1: KIMS

44

BILAGA 2: MAAS

46

INLEDNING

I den här uppsatsen studerar vi vissa aspekter av begreppet mindfulness. Under senare år har intresset för mindfulness ökat explosionsartat i Sverige. Intresset delas av flera olika yrkesgrupper men det finns också ett ökat intresse hos allmänheten. Det har blivit en del av den hälsotrend som vuxit sig allt starkare under det senaste decenniet. I qi-gong, tai-chi, yoga och meditation är mindfulness en viktig komponent. Det första kliniska behandlingsprogram som arbetade med mindfulness som sin centrala intervention var Mindfulness-baserad stressreduktion (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Inom psykologisk behandling och psykoterapi utvecklades vad som benämns den tredje vågens beteendeterapier i början av 90-talet. Behandlingsmetoderna Dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan 1993), Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al, 1999) och Mindfulness-baserad kognitiv terapi (MBCT; Segal et al, 2002) räknas dit, och inbegriper alla övning av förhållningssättet mindfulness. Många kognitiva och beteendeinriktade psykoterapeuter har integrerat de här metoderna i sitt dagliga arbete.

I och med att intresset för detta förhållningssätt spritt sig så ökar också intresset för att mäta det. Med möjligheten att mäta mindfulness ökar möjligheten att studera dess betydelse för psykisk hälsa. Det ökar också möjligheten att undersöka vilka metoder och förhållningssätt som kan öka graden av mindfulness. Två frågeformulär med syfte att mäta mindfulness som tagits fram under de senaste åren är Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer et al, 2002) och Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003). I den här studien presenterar vi en validering av den svenska översättningen av KIMS.

En behandlingsmodell som innehåller flera mindfulnessmoment är DBT. Marsha Linehan utvecklade denna behandlingsform för hon ville hitta en metod som passade personer med hög grad av självskadebeteende. Symtomen hos den patientgrupp Linehan fokuserade på visade sig efterhand i stora drag överensstämma med symtomen hos patienter med borderline personlighetsstörning. På senare år har det även tagits fram ett pedagogiskt program för anhöriga till patienter med borderline personlighetsstörning, kallat Family Connections (svensk översättning "Familjeband") utvecklat av Hoffman, Fruzzetti och medarbetare (Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al, 2005; Hoffman, Fruzzetti, Woodward et al, 2005). Programmet bygger på samma grundprinciper som DBT.

På några orter i Sverige har man börjat erbjuda det här pedagogiska programmet. En projektgrupp under ledning av Lars-Gunnar Lundh, professor i klinisk psykologi vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, har beviljats anslag av Socialstyrelsen för att utvärdera programmet vid tre psykiatriska kliniker på olika orter i Sverige.

Man undersöker om deltagarna efter genomgången program uppvisar minskade emotionella besvär, minskad upplevd börda som anhörig, förbättrat familjefungerande, ökad livskvalitet och ökad grad av mindfulness. Vi har deltagit i den här utvärderingen och i föreliggande studie presenterar vi resultatet av mätningarna av mindfulness före och efter genomgången program. Vi presenterar också graden av mindfulness hos en jämförelsegrupp och jämför den med anhöriggruppen.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Föreliggande arbete innehåller två delstudier, där den första är en validering av den svenska översättningen av KIMS, och den andra undersöker mindfulness hos anhöriga till personer med borderline personlighetsstörning som deltagit i anhörigprogrammet Familjeband.

Delstudie 1

Fungerar den svenska översättningen av KIMS på samma sätt som den amerikanska ursprungsversionen i fråga om faktorstruktur, internkonsistens, skalkorrelationer, och validitet i förhållande till MAAS?

Delstudie 2

- i. Skiljer sig deltagarna i anhöriggruppen från en jämförelsegrupp med avseende på de olika aspekterna av mindfulness?
- ii. Hur ser sambandet mellan KIMS och symtommåttet BSI-GSI (Brief Symptom Inventory-Global Severity Index) ut vid förmätning i anhöriggruppen?
- iii. Sker någon förändring i grad av mindfulness hos anhöriggruppen från för- till eftermätning?

Den andra respektive tredje frågeställningen i delstudie 2 kan också sägas vara del av valideringen av KIMS: för undersökning av divergent validitet mot psykologiska symtom (ii), respektive som mått vid upprepad mätning i en behandling där mindfulnessinterventioner ingår (iii), för att studera instrumentets känslighet för förmodad förändring i mindfulness.

TEORI OCH BAKGRUND

Begreppet mindfulness

Mindfulness, på svenska ofta kallat medveten närvaro, har sitt ursprung i österländska andliga traditioner, särskilt buddhism, och har på senare år influerat västerländsk klinisk psykologi och integrerats i flera olika behandlingsprogram för olika kliniska tillstånd, bland dem dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) för borderline personlighetsstörning (BPS).

Baer et al (2004, s. 191) ger följande definition av begreppet mindfulness:

”mindfulness [...] is generally defined to include focusing one’s attention in a nonjudgmental or accepting way on the experience occurring in the present moment [and] can be contrasted with states of mind in which attention is focused elsewhere, including preoccupation with memories, fantasies, plans, or worries, and behaving automatically without awareness of one’s actions”.

Brown och Ryan (2003, s. 823) noterar att frånvaron av medveten närvaro, som de benämner *mindlessness*, också kan vara ”defensively motivated, as when an individual refuses to acknowledge or attend to a thought, emotion, motive, or object of perception”.

Syftet med mindfulnesssträning har i kliniska beskrivningar bland annat beskrivits som utveckling av ett alternativt förhållningssätt till tankar, känslor, impulser, med mera, genom övandet av ett ”decentrerat” eller ”metakognitivt” perspektiv, där tankar ses som tankar, impulser som impulser, et cetera, vilket i sin tur antas ge förutsättningar för mer funktionellt agerande i emotionellt laddade sammanhang (Baer et al, 2004). Borkovec (2002, s. 78 f.) betonar också den adaptiva potentialen i mindfulness, men med utgångspunkt i det uppmärksamhetsfokus *här och nu* som mindfulness innebär: ”If I emit a maladaptive response, as long as I continue to pay attention to the present-moment reality of what is occurring, I can trust that I will process new information that indicates that I was wrong, what I did that was wrong, and perhaps even what I might try differently next time [...] attending to present-moment situations maximizes the likelihood of accurately processing the information needed for selecting a nice response”.

Det empiriska stödet för nyttan av mindfulnessbaserade interventioner är starkt och växande; för en översikt se Baer (2003). Baer et al (2004) påpekar dock att även om dessa interventioner leder till minskade symtom, så är det inte klarlagt att deltagarna verkligen blivit mer medvetet närvarande, och att tillförlitliga mätinstrument för mindfulness är en förutsättning för utforskandet av förmodade verkningsmekanismer i dessa interventioner.

Mindfulness har mestadels diskuterats i relation till meditation och de kliniska behandlingsprogram där mindfulnesssträning ingår. Brown och Ryan (2003, s. 822) noterar att mindre uppmärksamhet ägnats åt mindfulness som ett naturligt förekommande fenomen: ”Recognizing that most everyone has the capacity to attend and to be aware, we nonetheless assume (a) that individuals differ in their propensity or willingness to be aware and to sustain attention to what is occurring in the present and (b) that this mindful capacity varies within persons, because it can be sharpened or dulled by a variety of factors”. Utifrån dessa antaganden utvecklade Brown och Ryan instrumentet Mindful Attention Awareness Scale (MAAS); se metodavsnittet nedan för närmre beskrivning av instrumentet.

Baer et al (2004) argumenterar för att det är önskvärt att skapa ett instrument som mäter olika aspekter av mindfulness, detta då beskrivningar i mindfulnesslitteraturen talar för att det rör sig om ett mångfacetterat begrepp. Utifrån en litteraturgenomgång har Baer et al utvecklat ett sådant multidimensionellt instrument, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, (KIMS). Utvecklingen och den amerikanska valideringen av det instrumentet beskrivs i Baer et al, en utförlig sammanfattning avseende detta ges nedan.

Beskrivning av KIMS

KIMS utvecklades av Baer et al (2004) som ett instrument avsett att mäta fyra aspekter av mindfulness – inom DBT benämnt mindfulnessfärdigheter – härledda ur en genomgång av litteraturen kring mindfulness. Baer et al hänvisar till teoretiker som argumenterat för att mindfulness är ett multidimensionellt begrepp, och att valid bedömning då förutsätter mätning av varje sådan dimension för sig. De framhåller också klinisk användbarhet som argument för ett flerdimensionellt instrument, då individuell formulering av styrkor och svagheter i mindfulness kan göras mer detaljerad, och som forskningsinstrument för att studera relationer

mellan olika aspekter av mindfulness. KIMS är avsett att mäta tendensen till mindfulness i vardagen, att vara användbart i både allmänna och kliniska grupper, samt att vara förståeligt oavsett om man har erfarenhet av meditation eller ej.

KIMS Delskalor

De fyra delskalorna i KIMS är följande:

1. *Observerande*. Denna delskala tar upp benägenheten att uppmärksamma stimuli såväl från omgivningen som från det inre, såväl avseende kroppsliga sensationer som tankar och känslor. Exempel från denna delskala är: ”Jag noterar förändringar i min kropp, som t ex om min andning blir långsammare eller snabbare” (item 1).
2. *Beskrivande*. Denna delskala tar upp förmågan att sätta ord på upplevelser, något som betonas i vissa konceptualiseringar av mindfulness, inte minst inom DBT. Baer et al (2004, s. 193) skriver: ”This type of describing is done nonjudgmentally and without conceptual analysis. That is, participants are encouraged to refrain from judgments (e.g. ‘it’s stupid to think this way’) and from speculations about the origins of these patterns. Instead, they are instructed to label them briefly and continue attending to the present moment”. Exempel från denna delskala är: ”Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor” (item 2).
3. *Agerande med medvetenhet*. Denna delskala tar upp benägenheten att vara medvetet närvarande i det man gör, och kan kontrasteras med agerande ”på autopilot” (Segal et al, 2002). Exempel är: ”När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad” (item 3).
4. *Acceptans utan att döma*. Denna delskala tar upp något som är centralt i många formuleringar av mindfulness; Baer et al (2004, s. 194) formulerar det på följande sätt: ”accepting, allowing, or being nonjudgmental about present-moment experience [and] to refrain from applying labels such as good/bad, right/wrong, or worthwhile/worthless [...] without attempts to avoid, escape, or change it”. Tanken med detta är att avstå från vad som ofta är en omedelbar eller automatisk reaktion på negativa upplevelser, nämligen att kategorisera dem som negativa och att så snabbt som möjligt försöka eliminera dem, något som i denna tradition ses som problematiskt, och att denna tillåtande, icke-dömande hållning skapar utrymme för mer adaptivt agerande i problemsituationer. Icke-dömandet utsträcks också till personen själv, att avstå från att fördöma sig själv för att ha dessa upplevelser.

Samtliga item i denna delskala är beskrivningar av *motsatsen* till icke-dömande (och därmed med omvänd poängsättning). Exempel är: ”Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga” (item 4).

Reliabilitet och faktorstruktur

Baer et al (2004) redogör för den ursprungliga normeringen av instrumentet. För analys av reliabilitet och faktorstruktur användes två material bestående av förstaterminsstudenter i psykologi med likartade demografiska karakteristika: $N=205$ i det första materialet, $N=215$ i det andra materialet; ålder 18-22 år; cirka 60% kvinnor. Cronbachs alfa för delskalorna varierade från .83 till .91 i det första materialet och mellan .76 och .87 i det andra materialet. En explorativ faktoranalys på det första av de två studentmaterialen gav en fyrfaktor-lösning i hög grad motsvarande de fyra ingående skalorna, med faktorladdningar mestadels betydligt över .40. Några item i Observerande-skalan laddade signifikant negativt i faktorn motsvarande Acceptans utan att döma, i ett fall högre än på den ”egna” faktorn; dessa item avsåg uppmärksammande av känslotillstånd, men behölls trots detta i sin ursprungliga delskala av innehållsliga skäl. Konfirmatorisk faktoranalys på ett mer heterogent material, bestående av det andra studentmaterialet kombinerat med en grupp BPS-patienter i DBT-behandling ($N=26$; medelålder 36 år, 25/26 kvinnor), bekräftade denna faktorstruktur.

Då de fyra delskalorna är avsedda att mäta olika aspekter av det övergripande fenomenet mindfulness, förväntades måttliga men signifikanta positiva korrelationer mellan delskalorna, och så var det också i de flesta fall; undantagen var korrelationen mellan Observerande och Agerande med medvetenhet, som var icke-signifikant, samt korrelationen mellan Observerande och Acceptans utan att döma, som var signifikant men negativ. Baer et al (2004, s. 197) skriver att detta kan bero på att ”in samples with limited meditation experience, the tendency to attend to experiences is associated with a tendency to be judgmental of them [...] that is, greater awareness of moods and emotions may be associated with lower levels of acceptance of them”.

Delskalornas test-retestreliabilitet över cirka två veckor (i det andra studentmaterialet) visade sig i Baer et al (2004) vara ”adequate to good”. Man fann inga skillnader mellan män och kvinnor.

Validitet

Baer et al (2004) utforskade positiva och negativa korrelationer mellan delskalor i KIMS och andra mått, bland annat personlighetsdimensioner enligt femfaktormodellen (NEO-FFI, Costa & McCrae, 1992, se Baer et al, 2004), dissociativa upplevelser, alexitymi, acceptans, *experiential avoidance*, psykologiska symtom enligt BSI-GSI (se metodavsnittet); samt mindfulness-skalan MAAS (för beskrivning av MAAS, se metodavsnittet). Detta gjordes i ett delmaterial omfattande 130 individer från det första studentmaterialet som beskrivits ovan. För NEO-FFI Neuroticism fann man måttliga och signifikanta negativa korrelationer med alla delskalor i KIMS utom Observerande, som i sin tur var den enda av KIMS delskalor som hade en signifikant korrelation med NEO-FFI Öppenhet; denna korrelation var i positiv riktning och av måttlig storlek.

Avseende psykologiska symtom (BSI-GSI) var korrelationerna negativa och signifikanta för samtliga delskalor utom Observerande, där korrelationen var icke-signifikant; för de tre signifikant korrelerade delskalorna var korrelationerna mellan $-.29$ och $-.38$, det vill säga KIMS delskalor korrelerar måttligt starkt med psykologiska symtom, med undantag för delskalan Observerande. Detta talar för att det finns ett samband mellan grad av mindfulness enligt KIMS och förekomsten av psykologiska symtom, men inte av en sådan magnitud att KIMS till övervägande del bestäms av psykiskt mående. Detsamma gäller för den mer personlighetsmässiga egenskapen Neuroticism: KIMS är relaterat till, men inte primärt ett mått på psykologiskt allmäntillstånd, reaktivitet, eller psykopatologi.

Korrelationer med MAAS undersöktes av Baer et al (2004) i ett tredje studentmaterial, omfattande 115 individer med samma demografiska karakteristika som de tidigare två. MAAS är ett endimensionellt mått av benägenheten att vara medvetet närvarande eller frånvarande i aktiviteter, således närliggande KIMS delskala Agerande med medvetenhet, varför Baer et al förväntade sig att denna delskala var den som skulle korrelera starkast med MAAS. Man förväntade sig i övrigt ett liknande korrelationsmönster mellan MAAS och de övriga delskalorna i KIMS som mellan Agerande med medvetenhet och övriga delskalor. Således förväntade man sig en icke-signifikant korrelation med Observerande, samt måttliga korrelationer med Beskrivande och Acceptans utan att döma. I förhållande till MAAS fann man i enlighet med dessa förväntningar en stark positiv korrelationen för Agerande med medvetenhet, $r=.57$ ($p<.0001$), samt mer moderata men signifikanta positiva korrelationer för Acceptans utan att döma, $r=.30$ ($p<.001$), och Beskrivande, $r=.24$ ($p<.05$), samt till sist en

icke-signifikant korrelation, $r=.02$, för Observerande. Baer et al (2004) redovisar inte korrelation med MAAS för KIMS helskala, men i Baer et al (2006) redovisas en positiv korrelation på $r=.51$ mellan dessa, i ett studentmaterial ($N=613$) med demografiska karakteristika liknande de ovan beskrivna materialen. Korrelationer med det då mer välutforskade MAAS talar för KIMS som ett mått på mindfulness (konvergent validitet), medan spridningen i korrelationerna med MAAS för de olika delskalorna indikerar att KIMS, som avsett, också mäter andra aspekter av mindfulness än MAAS.

Baer et al (2004) jämförde KIMS för de två första studentmaterialen sammantagna med den BPS-grupp som beskrivits ovan, med signifikant lägre medelvärden för BPS-gruppen i alla KIMS delskalor utom Observerande, vilket var som förväntat utom för Observerande; Baer et al noterar att det sistnämnda resultatet kan bero på att BPS-gruppen påbörjat DBT och därmed träning i denna färdighet; hur förhållandet mellan grupperna hade sett ut i den delskalan om BPS-gruppen inte påbörjat DBT är okänt. Denna studie talar för att KIMS är känsligt för en förväntat lägre grad av mindfulness bland BPS-patienter jämfört med en normalgrupp och därmed att instrumentet har klinisk validitet och användbarhet.

Anhöriga till BPS-patienter

I den jämförelse som Baer et al (2004) gjort mellan BPS-patienter och studenter som refererats ovan, fann de signifikant lägre självskattad mindfulness i tre av KIMS fyra delskalor. Detta stödjer antagandet att BPS-patienter har lägre grad av mindfulness än normalpopulationen. Vi känner inte till någon studie där detta undersökts hos anhöriga till borderlinepatienter.

Ett antal studier finns där man undersökt förekomst av BPS och andra störningar hos anhöriga till patienter med BPS. White et al (2003) refererar nio olika studier, där prevalensen eller risken för BPS hos anhöriga till BPS-patienter varierar mellan 0.8% och 24,9%, vilket var mellan 4 och 20 gånger högre än i normalpopulationen. White et al konkluderar dock att dessa studier har sådana metodologiska brister att man inte kan dra säkra slutsatser om en ökad sannolikhet för BPS.

Andra studier har istället undersökt förekomsten av borderlinedrag hos anhöriga till patienter med BPS, oberoende av om de uppfyller kriterierna för BPS-diagnos: Zanarini et al (2004) genomförde strukturerade intervjuer med 445 patienter med personlighetsstörningsdiagnos, varav 341 med BPS, avseende psykopatologiska drag hos anhöriga. BPS enligt DSM-kriterier var i denna studie inte signifikant vanligare hos BPS-patienternas anhöriga än hos anhöriga till patienter med annan personlighetsstörning; däremot var fem av diagnosens nio centrala symtom, nämligen inadekvat vrede, affektiv instabilitet, paranoia/dissociation, impulsivitet, samt intensiva instabila relationer, signifikant vanligare i BPS-patienternas beskrivningar av sina anhöriga. Det senare resultatet överensstämmer med resultaten i en tidigare studie med likartad metodologi, där man fann att affektiva och impulsiva drag var signifikant vanligare hos anhöriga till patienter med BPS än andra personlighetsstörningar, respektive schizofreni (Silverman et al, 1991, refererad i Zanarini et al, 2004).

För båda dessa studier gäller att de använt en indirekt metodologi, där det är intervjuer av BPS-patienter avseende deras anhöriga som utgör materialet, snarare än en direkt metodologi där anhöriga själva intervjuas. Sammantagna talar de befintliga studierna ändå för att det finns en överrepresentation av emotionellt instabila och impulsiva drag hos anhöriga till BPS-patienter, jämfört med normalpopulationen. Frågan är då om anhöriga till personer med borderlinestörning också skiljer sig från en jämförelsegrupp avseende den lägre grad av mindfulness som Baer et al (2004) fann hos BPS-patienter i den ovan refererade jämförelsen.

Beskrivning av Familjeband

Familjeband är ett manualiserat 12-15 veckors pedagogiskt program som utvecklats av Hoffman et al (Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al, 2005; Hoffman, Fruzzetti, Woodward et al 2005) för anhöriga till personer med BPS. Familjeband är baserat på principer och strategier från DBT, och tillhandahåller följande: aktuell kunskap och teori kring BPS; färdighetsträning avseende mindfulness och icke-värderande; träning av så kallade familjefärdigheter, i synnerhet validering samt konflikt- och problemhantering; samt en möjlighet för deltagarna att utveckla ett stödjande nätverk (Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al; Hoffman, Fruzzetti, Woodward et al 2005). Programmet är avsett att ledas av särskilt utbildade anhöriga snarare än professionella behandlare; i Sverige har det hittills letts av behandlare från DBT-teamen på de orter där där Familjeband införts.

Mindfulness introduceras i Familjeband i momentet *Mindfulness i relationer*, inkluderande bland annat validering, mindfulnessfärdigheter utifrån den gängse DBT-formuleringen, träning i att identifiera känslor, med mera, och utifrån detta ges sedan olika hemuppgifter. Mindfulnessaspekter som observerande, beskrivande, acceptans och icke-dömande betonas också i momenten *Färdigheter i familjemiljö*, *Valideringsfärdigheter*, samt *Färdigheter i problemlösning*, och mindfulness ingår också i hemuppgifter i dessa moment.

Några exempel på mindfulnessorienterade hemuppgifter i Familjeband är:

”Öva mindfulness i relationer en gång om dagen i fem minuter med någon som inte är en familjemedlem: observera, beskriv, och delta – icke-dömande” (i momentet *Mindfulness i relationer*); ”Gå igenom ’identifikationsstegen för känslor’ fem gånger under veckan när du upplever något känslolöst” (*Mindfulness i relationer*); ”Välj en relativt sett liten situation och öva färdigheten radikal acceptans. Beskriv hur processen var för dig.” (*Färdigheter i familjemiljö*; se Hoffman, Fruzzetti, Woodward et al 2005).

I en amerikansk utvärdering av programmet där 44 anhöriga (varav 39 föräldrar; från 34 familjer) som deltagit i Familjeband vid något av tre ingående centra medverkade (Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al, 2005), fann man signifikanta förbättringar hos de deltagande anhöriga avseende minskad sorg och ”börda” – det senare avser påfrestningar relaterade till den anhörigas symtomatologi och beteende – samt ökad upplevd förmåga till bemästrande (”mastery”), resultat som stod sig även efter 6 månader. Man fann däremot ingen förändring i depressionsmättet i den studien.

Mätning av effekter av mindfulnesssträning

Såväl KIMS som MAAS är primärt utprovade för att mäta mindfulness vid en enstaka tidpunkt. Vi har hittat ett antal studier där dessa instrument använts för att studera förändring i mindfulness som följd av en mindfulnessbaserad intervention. Detta är av särskilt intresse för föreliggande studie där en av frågeställningarna är om förändringar i mindfulness efter genomgång av Familjeband kan påvisas. Förändring i självskattad mindfulness kan ses som indikation på en faktisk förändring i mindfulness, medan en utebliven förändring i självskattad mindfulness både kan tolkas som att ingen förändring skett, alternativt att dessa instrument av någon anledning inte förmår fånga upp faktiska förändringar i mindfulness till följd av interventionen.

I en studie av cancerpatienter ($N=41$) som genomgick MBSR fann Brown och Ryan (2003) inga signifikanta förändringar på gruppnivå i MAAS från för- till eftermätning (8 veckor). Brown och Ryan (s. 843) anser att detta inte nödvändigtvis talar för att ingen förändring skett, utan föreslår att "longer time spans may be necessary to detect changes in this disposition".

I en annan delstudie fann Brown och Ryan (2003) signifikanta skillnader mellan aktiva utövare av zenmeditation ($N=74$) och matchade kontroller, vilket de anser tala för att MAAS är känsligt för individuella skillnader i mindfulness till följd av erfarenhet av mindfulnesssträning och därmed att "the sensitivity of the MAAS to individual differences based on mindfulness training suggests that the scale may have application in clinical settings where the qualities associated with mindfulness are actively cultivated" (s. 833). Det bör dock noteras att den senare studien inte var en interventionsstudie, utan en jämförelse av personer som inte mediterar med zenmeditatörer med ofta flerårig meditationspraxis.

Rosenqvist och Sand (2006) använde KIMS och MAAS i en studie avseende en 35-dagars/6-sessioners mindfulnessbaserad rökavvänjning med 8 fullföljande deltagare, och diskuterar problem med självskattning av mindfulness som utfallsmått för en mindfulnessbaserad intervention. De menar att självskattning av mindfulness är beroende av en insikt om psykologiska processer, en insikt som i sig förändras genom interventionen, på ett sådant sätt att det finns en risk för överskattning av mindfulness vid förmätning, till följd av bristande insikt om dessa processer, och att faktisk förändring i mindfulness döljs när överskattning vid förmätning ställs emot mer korrekt självskattning vid eftermätning och uppföljning. Deras lösning på detta problem var utvecklingen av reviderade versioner av formulären där man vid eftermätning också frågade "Hur skulle du bedömt påståendet innan rökavvänjningen?", det vill säga retrospektiv skattning. Med standardversionerna av formulären fann Rosenqvist och Sand (2006) inga signifikanta förändringar i självskattad mindfulness varken vid avslut efter 7 veckor eller vid uppföljning en månad senare. I jämförelse mellan vad de kallar "retrospektiv förmätning" och eftermätning fann de däremot signifikanta skillnader i förväntad riktning för KIMS helskala, KIMS-delskalorna Observerande och Agerande, samt för MAAS. Mest relevant för föreliggande studie är dock de icke-signifikanta resultaten för standardversionerna av formulären, som är i linje med Brown och Ryans (2003) resultat i den ovan refererade MBSR-studien.

Cohen-Katz et al (2005) fann i en randomiserad kontrollerad studie av 8-veckors MBSR för stressreduktion för sjuksköterskor ($N=25$) signifikanta skillnader i MAAS mellan för- och eftermätning i behandlingsgruppen, samt mellan behandlings- och kontrollgrupp vid eftermätningen, resultat som även stod sig vid 3-månaders uppföljning, utan ytterligare förändring jämfört med eftermätningen. Denna studie talar i motsats till Brown och Ryans (2003) studie för att MAAS är känsligt för förändring, samt att denna förändring kan mätas direkt efter interventionen och är stabil under den närmaste tiden därefter.

Baer et al (2006) undersökte korrelationer med meditationserfarenhet för både KIMS och MAAS, i ett delmaterial ur en studentgrupp, bestående av 48 individer som rapporterat måttlig till stor omfattning av tidigare meditationserfarenhet, jämförda med ett slumpmässigt urval om 40 individer bland det flertal som rapporterat ingen eller liten meditationserfarenhet. De fann en signifikant positiv korrelation för KIMS på .33, men fann ingen sådan korrelation för MAAS (-.04).

I Baer et al (2006) jämfördes KIMS med flera andra mindfulnessformulär, och en faktoranalys på item från samtliga dessa formulär gav en femfaktorlösning, där man i likhet med i Baer et al (2004) fann en negativ korrelation mellan *faktorerna* Observerande (som inkluderar alla item från KIMS delskala Observerande utom ett, item 39) och Icke-dömande (som inkluderar samtliga item från KIMS delskala Acceptans utan att döma). För att undersöka detta samband jämfördes individer med respektive utan meditationserfarenhet i ett större studentmaterial ($N=190$ med och $N=667$ utan meditationserfarenhet), och man fann en annorlunda relation mellan dessa faktorer i gruppen med meditationserfarenhet, där dessa två faktorer istället var positivt korrelerade (siffran ej angiven i Baer et al, 2006).

På grundval av dessa observerade skillnader i korrelationsmönster för faktorn Observerande mellan gruppen med respektive utan tidigare meditationserfarenhet, skriver Baer et al (2006, s. 42): "it is possible that the observe facet is particularly sensitive to changes with meditation experience that alter its relationships with other mindfulness facets and with related variables". Det är alltså möjligt att det inte endast är i enkla jämförelser av skalpoäng före respektive efter man skall leta efter effekter av en mindfulnessbaserad intervention, utan i förändringar av samband mellan komponenter av mindfulness, såsom förhållandet mellan Observerande och Acceptans.

Lau et al (2006) fann med ett nyutvecklat formulär kallat Toronto Mindfulness Scale (TMS) signifikanta förändringar av måttlig effektstyrka i mindfulness hos en grupp patienter med varierande psykologiska respektive somatiska problem i MBSR, där förändring i en av deras två faktorer (Decentering) också predicerade utfall i upplevd stress samt psykologiska symtom.

För att ytterligare inventera förekomsten av studier av relevans för frågan om mätning av förändring i mindfulness gjordes en förfrågan avseende ännu opublicerade studier på en internationell mejlinglista för forskare och kliniker med intresse för mindfulness¹. Denna förfrågan gjordes i oktober 2006 och fick ett flertal relevanta svar:

Agee och kolleger använde MAAS i en studie av 5 veckor MBSR jämfört med progressiv muskelavslappning för stresshantering i en icke-klinisk grupp ($N=36$, randomiserat till de två behandlingarna). De fick en mycket liten och icke-signifikant förändring i MAAS från för- till eftermätning, likvärdigt för båda betingelserna (Agee et al, 2006; personlig kommunikation, oktober 2006). Heidenreich et al. (2006) använde Freiburg Mindfulness Inventory, i en studie av MBCT vid primär insomni ($N=16$) och fann en ökning i självskattad mindfulness från för- till eftermätning med en effektstorlek (d) på omkring .80 (Thomas Heidenreich, personlig kommunikation, oktober 2006). Roemer och Orsillo har använt MAAS i en studie av en acceptans-baserad beteendeterapi för GAD i jämförelse med väntelista i ett litet material, med en signifikant skillnad till behandlingsgruppens fördel vid eftermätning, kontrollerat för förmätningen, med en effektstorlek som beskrivs som "very large" (Lizabeth Roemer, personlig kommunikation, oktober 2006).

För KIMS är det enda resultat som framkommit en studie där Forman och Herbert fann förändringar i KIMS efter behandling med ACT för patienter med ångest och/eller affektiva symtom av högre och lägre grad ($N=63$). Tid från för- till eftermätning var cirka 5 månader, med signifikanta förändringar i samtliga KIMS delskalor utom Observerande. Dessa förändringar korrelerade också med förändringar i andra utfallsmått (Evan Forman, personlig kommunikation, januari 2007).

¹ <http://listserv.kent.edu/cgi-bin/wa.exe?A0=mindfulness>

DELSTUDIE 1

Metod

Undersökningsgrupp, urval och procedur

Som undersökningsgrupp vid analysen av KIMS valdes anställda vid Lunds Universitet. Vi använde oss också av denna grupp som jämförelsegrupp när vi studerade de anhörigas grad av mindfulness. Genom ett slumpmässigt urval från Lunds universitetskatalog för 2003 togs 372 individer fram. Urvalet genomfördes genom att välja två personer från varje sida i katalogen. Vid 51 fall visade sig att urvalspersonen var tjänstledig, långtidssjukskriven eller inte längre verksam vid universitetet. Dessa personer togs bort från urvalsgruppen. I ytterligare 12 fall så kunde vi inte hitta någon postadress, och även dessa 12 togs bort från urvalsgruppen. Vi skickade KIMS och MAAS per post till de 309 individerna i urvalsgruppen. Utskicket ägde rum i april 2006. Två veckor därefter skickades ett påminnelsebrev till alla i urvalsgruppen. 123 personer returnerade enkäterna, vilket innebär en svarsfrekvens på 39,8 %. Dessa utgjorde undersökningsgruppen. Medelvärdet för ålder är 50 år, standardavvikelsen 10,9 år, spannet 28 till 71. 120 individer angav kön, varav 62 var kvinnor.

I 14 av de 123 svaren fanns enstaka obesvarade items. För dessa imputerades det för den respondenten vanligast förekommande värdet för delskalan i fråga. I de fall där mer än ett item var obesvarat på samma delskala lämnades delskalan ofullständig. Som mest faller tre repondenter bort av den anledningen. Det vill säga ingen delskala har $N < 120$.

Frågeformulär

KIMS

KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer et al 2004) innehåller totalt 39 påståenden som respondenten besvarar på en 5-gradig skala, från "1=stämmer aldrig eller mycket sällan", till "5=stämmer mycket ofta eller alltid". 21 av dessa är formulerade så att hög skattning innebär hög grad av mindfulness, och 18 är formulerade så att hög skattning innebär låg mindfulness, och dessa poängräknas omvänt. Högre poäng i skalorna innebär högre självskattad mindfulness. KIMS 39 item fördelar sig på fyra delskalor: Observerande, Beskrivande, Agerande med medvetenhet, samt Acceptans utan att döma; se ovan för närmre beskrivning. Den svenska översättningen av KIMS gjordes av Rosenqvist och Sand (2006).

MAAS

MAAS (Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003), är liksom KIMS avsedd att mäta mindfulness, men mäter endast en dimension, nämligen benägenheten att vara medvetet närvarande i aktiviteter, känslor, med mera. MAAS mäter detta indirekt, genom ställningstagande till påståenden om tendensen att vara mentalt *frånvarande* eller ouppmärksam på dessa saker. Anledningen till detta är enligt Brown & Ryan (2003) att positivt formulerade item fungerade sämre även statistiskt, vilket de förklarar med att "mindless states are much more common than mindful states [...] Thus, indirect items may be more 'diagnostic' than direct claims to mindfulness" (s. 826). Exempel från MAAS är: "Jag kan reagera med en känsla och inte bli medveten om det förrän en stund efteråt" (item 1). Item skattas på en 6-gradig skala, från "1=nästan alltid" till "6=nästan aldrig", högre poäng i skalan innebär därmed högre självskattad mindfulness. MAAS har 15 item, och ingår i denna studie för valideringen av KIMS.

MAAS har översatts till svenska (Peña, 2004) och har använts i uppsatsarbeten från Institutionen för psykologi, Lunds Universitet. Lindberg och Norlin (2005) redovisar för ett material bestående av 92 slumpmässigt valda yrkesverksamma vid Lunds Universitet en hög internkonsistens med Cronbachs alfa på .86, vilket är samma siffra som i Baer et al (2006), där materialet var psykologistuder. Lindberg och Norlin fann också signifikanta positiva korrelationer omkring .30 mellan MAAS och två olika mått på självkänsla, samt självskattad hälsa, och signifikanta negativa korrelationer med Maslach Burnout Inventory (MBI), samt prestationsbaserad ("förvärvad") självkänsla; allt signifikant på nivån $p < .001$.

Statistiska analyser

Alla statistiska beräkningar gjordes med hjälp av SPSS. Faktoranalys gjordes med *principal axis factoring* med oblik rotering, där visuell inspektion gav den fyrfaktor-lösning som redovisas här. Internkonsistens (Cronbachs alfa) beräknades på KIMS subskalor och helskala. Pearson-korrelationer har beräknats för delskalorna i förhållande till varandra, till helskala, samt till MAAS. Samtliga resultat jämförs med motsvarande i Baer et al (2004).

Resultat

Faktorstruktur

Faktoranalys gjordes således med oblik rotering, för att tillåta korrelationer mellan faktorerna. Denna analys gav 8 faktorer med egenvärden över 1.0, med en samlad förklarad varians om 64.6%. Analys av *scree plot* indikerade dock en fyrfaktorlösning, varför en andra faktoranalys gjordes, där antalet faktorer specificerades till fyra, med samma metod som i den första analysen. Denna analys gav en fyrfaktorlösning med en samlad förklarad varians om 45.1%. Denna lösning motsvarade i hög grad de fyra delskalorna; se Tabell 1, där de högsta laddningarna för varje item, samt andra laddningar över .30 (två item), visas.

Tre item saknade faktorladdning över .40 i någon faktor, nämligen item 8 ("Jag har en benägenhet att fundera över om mina uppfattningar är riktiga eller felaktiga", i delskalan Acceptans utan att döma) item 11 ("Jag handlar 'automatiskt' utan att vara uppmärksam på det jag gör", i delskalan Agerande med medvetenhet), samt item 27 ("När jag utför hushållssysslor som städning eller tvätt, brukar jag dagdrömma eller tänka på andra saker", i delskalan Agerande med medvetenhet). Item 8 och 11 hade sina högsta faktorladdningar i den faktor som motsvarar den delskala respektive item tillhör: för item 8 var den .30; för item 11 var den .18. Item 27 hade en laddning som låg under .10 i sin delskalans korresponderande faktor och sin högsta laddning i en annan faktor (dock så lågt som .16). Dessa tre item faller alltså utanför faktorstrukturen i vår analys.

För övrigt ligger faktorladdningarna mestadels mellan .50 och .90. Två item hade laddningar över .30 i andra faktorer än sin primära faktor: Item 10 ("Jag är bra på att komma på ord som beskriver mina sinnesförmågor, t ex av hur saker smakar, luktar och låter", i delskalan Beskrivande), har en laddning i faktorn motsvarande Observerande på .33; .51 i sin primära faktor. Item 31 ("Jag har en benägenhet att göra flera saker samtidigt snarare än att fokusera på en sak i taget", tillhörande delskalan Agerande med medvetenhet), hade en laddning i faktorn Beskrivande som var i närheten av den laddning den hade i sin primära faktor; .37 respektive .42.

Tabell 1. Faktorstruktur i KIMS (universitetsanställda, $N=123$). De högsta faktorladdningarna för varje item, samt andra förekommande laddningar över .30, redovisas.

Itemnummer och innehåll (ordnat efter delskalor)	Faktorladdningar			
	1	2	3	4
Observerande				
1. Jag noterar förändringar i min kropp, som t ex om min andning blir långsammare eller snabbare.	-.456			
5. Jag är uppmärksam på om mina muskler är spända eller avslappnade.	-.591			
9. När jag går är jag medvetet uppmärksam på hur det känns att röra kroppen.	-.427			
13. När jag tar en dusch eller ett bad så är jag uppmärksam på förmimmelserna av vatten på min kropp.	-.547			
17. Jag noterar hur mat och dryck påverkar mina tankar, kropps-förmimmelser och känslor.	-.537			
21. Jag är uppmärksam på sinnesförmimmelser, som t ex av vinden i mitt hår eller solen på mitt ansikte.	-.704			
25. Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar.	-.520			
29. Jag lägger märke till hur saker luktar och smakar.	-.581			
30. Jag håller mig avsiktligt medveten om mina känslor.	-.663			
33. Jag uppmärksammar detaljer i konstverk och i naturen, som former, färger, texturer, ljus och skugga.	-.584			
37. Jag är uppmärksam på hur mina känslor påverkar mina tankar och beteenden.	-.694			
39. Jag lägger märke till när mitt humör börjar förändras.	-.639			
Beskrivande				
2. Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor.		.697		
6. Jag har lätt för att formulera mina uppfattningar, åsikter och förväntningar.		.803		
10. Jag är bra på att komma på ord som beskriver mina sinnesförmimmelser, t ex av hur saker smakar, luktar och låter.	-.328	.507		
14. Det är svårt för mig att hitta ord för att beskriva vad jag tänker.		.833		
18. Jag har problem med att komma på de rätta orden för att uttrycka vad jag tycker om saker och ting.		.796		
22. När jag har en förmimelse i kroppen är det svårt för mig att beskriva den eftersom jag inte kan hitta de rätta orden.		.666		
26. Även när jag är fruktansvärt upprörd kan jag hitta ett sätt att uttrycka det i ord.		.673		
34. Jag har en naturlig benägenhet att sätta ord på mina upplevelser.		.658		
Agerande med medvetenhet				
3. När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad.			.584	
7. När jag gör något är jag bara fokuserad på det jag gör, inget annat.			.701	
11. Jag handlar "automatiskt" utan att vara uppmärksam på det jag gör.			.180	
15. När jag läser fokuserar jag all min uppmärksamhet på det jag läser.			.541	
19. När jag gör saker blir jag helt uppslukad av dem och tänker inte på något annat.			.697	
23. Jag är ouppmärksam på det jag gör på grund av att jag dagdrömmer, oroar mig eller är distraherad på andra sätt.			.444	
27. När jag utför hushållssysslor som städning eller tvätt, brukar jag dagdrömma eller tänka på andra saker.	.157			
31. Jag har en benägenhet att göra flera saker samtidigt snarare än att fokusera på en sak i taget.	.370		.417	
35. När jag arbetar med något är en del av mig sysselsatt med att tänka på annat, som t ex vad jag skall göra senare eller andra saker som jag hellre skulle vilja ägna mig åt.			.560	
38. Jag blir fullkomligt absorberad av det jag gör, så att all min uppmärksamhet fokuseras på det.			.560	
Acceptans utan att döma				
4. Jag kritiserar mig för själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga.				.685
8. Jag har en benägenhet att fundera över om mina uppfattningar är riktiga eller felaktiga.				.303
12. Jag säger till mig själv att jag inte borde känna på det sätt jag gör.				.687
16. Jag tycker att en del av de tankar jag har är onormala eller dåliga, och att jag inte borde tänka på det sättet.				.821
20. Jag gör bedömningar av om mina tankar är bra eller dåliga.				.639
24. Jag har en benägenhet att göra bedömningar av hur värdefulla eller värdelösa mina upplevelser är.				.515
28. Jag säger till mig själv att jag inte borde tänka på det sätt jag tänker.				.866
32. Jag tänker på en del av mina känslor som dåliga eller olämpliga, och att jag inte borde känna dem.				.894
36. Jag ogillar mig själv när jag har irrationella idéer.				.560
Cronbachs alfa	.87	.88	.74	.88
Genomsnittlig interitem-korrelation	.357	.493	.226	.457
Procent av förklarad varians	18.40	13.66	7.22	5.78

Internkonsistens

Vi erhöill Cronbachs alfa på .87 för Observerande, .88 för Beskrivande, .74 för Agerande med medvetenhet, .88 för Acceptans utan att döma, och .78 för hela skalan.

Korrelationer mellan KIMS delskalor samt mellan KIMS delskalor och MAAS

Korrelationerna mellan KIMS delskalor presenteras i Tabell 2. I vår studie korrelerar skalan Observerande positivt signifikant med Beskrivande, $r = .20$. Korrelationen mellan Observerande och Acceptans utan att döma är även den signifikant men den korrelationen är negativ (-.41). Alla övriga korrelationer mellan delskalorna är låga och ej signifikanta. Korrelationerna mellan KIMS delskalor och MAAS från vår studie presenteras också i Tabell 2. I den här studien korrelerade MAAS inte med skalan Observerande. MAAS korrelerade dock måttligt med de övriga delskalorna. Starkast var korrelationen med Agerande med medvetenhet, $r = .34$. KIMS helskala och MAAS korrelerar signifikant och positivt, $r = .42$.

Tabell 2. Korrelation mellan delskalorna i KIMS och MAAS.

		Observerande	Beskrivande	Agerande	Acceptans
Beskrivande	Pearson r	,203*			
	Sig. (2-tailed)	,026			
	N	121			
Agerande	Pearson r	-,019	,103		
	Sig. (2-tailed)	,834	,262		
	N	121	121		
Acceptans	Pearson r	-,407**	,172	,125	
	Sig. (2-tailed)	,001	,061	,173	
	N	120	120	120	
MAAS	Pearson r	,039	,214*	,336**	,231*
	Sig. (2-tailed)	,627	,020	,001	,012
	N	118	118	118	117

*. $P < 0.05$ (2-tailed)

**. $P < 0,01$ (2-tailed)

Diskussion

Faktoranalysen visar att KIMS svenska version har en fyrfaktorstruktur motsvarande KIMS uppbyggnad, och i stora drag motsvarande faktoranalysen i Baer et al (2004). Det bör dock betonas att praxis vid en faktoranalys är att undersökningsgruppen bör bestå av fem gånger så många individer som antalet item i det frågeformulär man studerar. I en sådan här studie borde vi således haft med minst 195 individer i undersökningsgruppen. Faktoranalysen i den här studien bör därför tolkas med viss försiktighet.

I jämförelse med Baer et als (2004) faktoranalys kan följande noteras: 1) Vår faktorstruktur motsvarar överlag deras, med nästan exakt samma förklarade varians för våra 8 faktorer med egenvärden över 1.0 i första analysen som för deras 9 med samma kriterium, och en likartad tydlig fyrfaktorstruktur vid visuell inspektion, återigen med nästan exakt samma grad av förklarad varians för fyrfaktorlösningen i Baer et al 2) De tre item (item 8, 11, samt 27) som avviker genom att sakna någon laddning över .40 i vårt material, har i Baer et al laddningar mellan .43 och .65, i den faktor som motsvarar respektive delskala 3) De item som har mer markanta laddningar (d.v.s. laddningar över .30) i andra faktorer än sin primära faktor i vårt material (item 10 samt 31) visar ingen sådan tendens i Baer et al 4) De tre item i delskalan Observerande (item 30, 37 och 39) som i Baer et al avviker genom markanta negativa laddningar i faktorn motsvarande delskalan Acceptans utan att döma, har inte motsvarande laddningar i vårt material, där dessa item istället är bland de som har de högsta laddningarna i sin faktor. Således skiljer sig vår faktoranalys från Baer et als avseende vilka item som är problematiska i respektive analys.

Av de fem item som uppträder mer problematiskt, genom att ha markanta laddningar i mer än en faktor (item 10 och 31), eller genom att ha så låga laddningar att de inte kan sägas tillhöra någon faktor (item 11 och 27, men också item 8 som är ett gränsfall med sin högsta laddning på .303), tillhör tre delskalan Agerande med medvetenhet. Detta kan vara en bidragande förklaring till att Agerande med medvetenhet skiljer sig mer markant i sin korrelation med MAAS jämfört med motsvarande i Baer et als (2004) studie. När vi jämför korrelationerna mellan delskalorna i vårt material så är det också Agerande med medvetenhet som avviker mest i förhållande till korrelationsmönstret i Baer et al. Mot bakgrund av Baer et als faktoranalys skulle Observerande kunna ha förväntats vara den faktor som skulle vara mer

problematisk på grund av laddningar i andra faktorer än sin egen, men i vårt material är tvärtom Observerande den skala som faller ut mest entydigt i faktoranalysen, utan några avvikande faktorladdningar enligt ovan beskrivna kriterier.

Tittar vi på de fem item som fungerar mindre väl i vårt material, så ser vi möjliga förklaringar i översättningen av två av dessa item. I slutet av detta avsnitt återkommer vi till en utförlig diskussion kring översättningen av dessa item.

Baer et al (2004) presenterade följande värden för internkonsistensen: .85 för Observerande, .86 för Beskrivande, .76 för Agerande med medvetenhet respektive .87 för Acceptans utan att döma. Internkonsistensen för delskalorna i vår studie är .87, .88, .74 respektive .88. Baer et al (2006) redovisar en internkonsistens för KIMS helskala på .87. Internkonsistensen för helskala i vår studie är .78. Internkonsistenser för hel- och delskalor är i nivå med de i Baer et al., och Baer et al gör bedömningen att deras värden är acceptabla till goda.

När vi jämför vår studie med Baer et al (2004) så kan vi se att korrelationerna i vår studie är lägre och inte lika ofta signifikanta. I studien av Baer et al är det endast en kombination av delskalorna som inte korrelerar signifikant, nämligen Agerande med medvetenhet och Observerande. Vårt resultat går dock i samma riktning som det amerikanska. Om vi tittar på hur varje delskala korrelerar med var och en av de övriga delskalorna kan vi se att vårt korrelationsmönster har många likheter med det amerikanska. När vi undersöker hur varje delskala korrelerar med var och en av de övriga delskalorna så framkommer sex olika parvisa kombinationsmöjligheter. De fyra kombinationer som korrelerar starkast positivt i den amerikanska studien är också de som korrelerar starkast positivt i vår studie. Den kombination som korrelerar starkast negativt i den amerikanska studien är också den som korrelerar starkast negativt i vår studie. De kombinationer som korrelerar starkast positivt i den amerikanska studien är: Acceptans utan att döma och Beskrivande, $r = .34$; Acceptans utan att döma och Agerande med medvetenhet, $r = .29$; Beskrivande och Agerande med medvetenhet, $r = .26$; samt Beskrivande och Observerande, $r = .22$. De korrelationer som korrelerar starkast positivt i vår studie är: Beskrivande och Observerande, $r = .20$; Beskrivande och Acceptans utan att döma, $r = .17$; Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma, $r = .12$; samt Agerande med medvetenhet och Beskrivande, $r = .10$. I vår studie är det dock endast korrelationen mellan Beskrivande och Observerande som är signifikant. Korrelationen mellan Beskrivande och Acceptans utan att döma har en tendens till signifikans, $p = .06$, i vår studie.

Den kombination som korrelerar signifikant och starkast negativt i den amerikanska studien är Acceptans utan att döma och Observerande, $r = -.14$. Som vi tog upp ovan är det denna kombination som korrelerar signifikant och starkast negativt även i vår studie, $r = -.41$. Vid en jämförelse av den genomsnittliga inter-itemkorrelationen inom varje delskala så framkommer att värdena i vår studie hamnar på samma nivå som de gör i den amerikanska studien. I båda studierna ligger värdena mellan .23 och .55.

När vi jämför vår studie med Baer et al (2004) med avseende på korrelationerna mellan KIMS delskalor och MAAS så framkommer att vår studie i stort överensstämmer med den amerikanska. En skillnad är att korrelationen mellan MAAS och Agerande med medvetenhet är starkare i den amerikanska studien. Agerande med medvetenhet är den som korrelerar starkast med MAAS i båda studierna. En annan skillnad är att helskalan korrelerar starkare med MAAS i den amerikanska ($r = .42$; Baer et al: $r = .51$). I den amerikanska studien redovisas följande korrelationer mellan MAAS och delskalorna: Beskrivande var $r = .24$, Agerande med medvetenhet $r = .57$ och Acceptans utan att döma $r = .30$. Observerande korrelerade i Baer et al inte med MAAS, $r = .02$. I vår studie korrelerade MAAS på följande sätt med delskalorna: korrelationen med Beskrivande var $r = .21$, med Agerande med medvetenhet $r = .34$ och med Acceptans utan att döma $r = .23$. Observerande var i vår studie inte korrelerat med MAAS, $r = .04$. Överlag är således korrelationsmönstret mycket likartat i vår studie och i den amerikanska studien.

Baer et al (2004) har ett betydligt högre N -tal när de studerar korrelationer mellan KIMS delskalor; deras N är 445, medan vårt är 123. Detta kan vara en förklaring till att de får fler signifikanta korrelationer mellan delskalorna. Vi har ovan noterat ett par avvikelser för delskalan Agerande med medvetenhet i vårt material i förhållande till Baer et al; detta gäller de tre item som uppför sig avvikande i faktoranalysen, samt en markant lägre korrelation med MAAS för denna delskala i vårt material. En tänkbar förklaring till att Baer et al får fler signifikanta korrelationer mellan delskalorna skulle därmed kunna vara att Agerande med medvetenhet i den amerikanska versionen är bättre på att mäta denna aspekt av mindfulness än den svenska översättningen av denna delskala.

Vi återkommer nu till de item som fungerade dåligt i vår faktoranalys, och där vi ser möjliga förklaringar i översättningen. Nedan tar vi upp dessa med förslag på justeringar i formuleringen, som skulle göra dem mer lika originalet och eventuellt kunde göra att de fungerade bättre än i nuvarande översättning:

Item 8

Originallets formulering:

”I tend to evaluate whether my perceptions are right or wrong.”

Nuvarande översättning:

”Jag har en benägenhet att fundera över om mina uppfattningar är riktiga eller felaktiga.”

Föreslag på ändrad översättning:

”Jag har en benägenhet att värdera om mina intryck är riktiga eller felaktiga.”

Kommentar: Formuleringen ”fundera över” i den aktuella översättningen skulle kunna uppfattas som syftande på en ruminativ tendens, en innebörd som inte ligger i originalets formulering. Vi föreslår därför att detta ändras till ”värdera”. Översättningen av ”perceptions” är svår, men valet ”uppfattningar” kan tolkas som syftande på mer varaktiga kognitioner (t.ex. ”politiska uppfattningar”). Vi rekommenderar därför att detta item ändras.

Item 11

Originallets formulering:

”I drive on ’automatic pilot’ without paying attention to what I’m doing.”

Nuvarande ”översättning”:

”Jag handlar ’automatiskt’ utan att vara uppmärksam på det jag gör.”

Förslag på ny översättning, alternativ I:

”Jag kör bil ’på autopilot’ utan att vara uppmärksam på det jag gör.”

Förslag på ny översättning, alternativ II:

”Jag utför rutinaktiviteter (t ex bilkörning) ’på autopilot’ utan att vara uppmärksam på det jag gör.”

Kommentar: I Rosenqvist och Sands (2006) översättning har man valt att modifiera item 11 (det enda item som modifierats innehållsmässigt i översättningen). Översättningen fungerar i vårt material inte tillfredsställande. I korrespondens angående detta item, svarar Ruth Baer att denna översättning skulle förväntas fungera bra, då den är snarlik item i MAAS, som är

innehållsligt närliggande KIMS Agerande med medvetenhet, som item 11 tillhör (personlig kommunikation, februari 2007). En förklaring till att detta item trots detta uppträder så annorlunda jämfört med item 11 i Baer et al (2004), skulle kunna vara att formuleringen om att "handla automatiskt" uppfattas som mer global, inte endast refererande till *rutinaktiviteter* av det slag bilkörning utgör. En ytterligare bidragande orsak skulle kunna vara att avsaknaden av hänvisning till ett specifikt sammanhang (bilkörning) inte ger samma igenkänning som när man sätter detta beteende i ett mer specifikt sammanhang. Möjligen är förklaringen till modifikationen av detta item att man tänkt på respondenter som inte kör bil. Alternativ II av de två förslagen till ny översättning vore i så fall att föredra. Vi rekommenderar således att detta item ändras.

Mindre språkliga invändningar kan göras avseende två av de andra item som inte fungerar helt tillfredsställande, dock utan att vi tror att de skulle göra någon skillnad avseende hur dessa item uppträder. Det gäller item 10 där formuleringen "to express" i originalet översatts med "som beskriver", där "för att beskriva" kunde vara en bättre översättning, samt item 27, där originalets "tend to" översatts med "brukar", där "tenderar" alternativt "har en benägenhet att" kunde vara en bättre översättning av originalets formulering.

Ytterligare språklig finputsning kan göras i andra item, tex item 33, där ordet "texturer" kunde ersättas med "ytstrukturer", vilket troligen är mer begripligt för de flesta svensktalande. Vi bedömer dock att detta främmande ord i sitt sammanhang i detta item inte påverkat dess begriplighet, och därmed inte hur detta item uppträder i vår validering av KIMS.

Det vore intressant att se hur en ny studie av KIMS med en reviderad översättning skulle fungera, och se om sambanden mellan delskalorna och MAAS skulle bli annorlunda. Det vore också intressant att se en ny studie med ett större material för ett säkrare underlag för faktoranalysen, då vårt material rent statistiskt är i underkant för detta.

DELSTUDIE 2

Metod

Undersökningsgrupp och urval

Undersökningsgruppen består av 43 individer. Vi kommer i det följande att benämna de fyra olika enheterna, varav två från en och samma klinik, A, B, C, D. De 43 deltagarna fördelades på följande sätt: 17 från enhet A, 10 från enhet B, 8 från enhet C, samt 8 från enhet D. Sju individer föll bort vid eftermätningen. Bortfallet fördelades på följande sätt: 2 från enhet A, 2 från enhet B, 2 från enhet C, samt 1 från enhet D. Av de anhöriga är 35 föräldrar och 8 är antingen syskon, maka/make eller sambo. Medelvärdet för gruppens ålder är 50 år, standardavvikelsen för åldern är 11,1 år, spannet 22 till 69 år. Vi har fått information för 42 av individerna angående kön, 29 av dessa är kvinnor.

De olika enheterna har i stort gått tillväga på samma sätt när de rekryterat deltagare till programmet, men det finns vissa skillnader. Nedan beskrivs förfaringssättet för rekrytering av deltagare vid de olika enheterna:

Enhet A

Enhet A har haft två grupper. Den första gruppen genomförde programmet våren 2006 och den andra hösten 2006. De satte upp infolappar på psykiatriska mottagningar samt avdelningar. Vissa hade fått information via terapeuter på olika orter i regionen. De kriterier man använde sig av för att välja vilka som ska erbjudas plats på programmet var att man skulle kunna beskriva en anhörig med BPS-problematik. Den anhörige måste inte ha haft en fastställd diagnos.

Enhet B

Enhet B har med en grupp i den här studien. Den gruppen genomförde programmet våren 2006. Den person som var ansvarig för gruppen har bytt jobb och vi har av den anledningen inte fått information om hur de har gått tillväga för att rekrytera anhöriga till programmet.

Enhet C

Enhet C har haft en grupp som genomförde programmet våren 2006. För att rekrytera till gruppen informerade man vid ett möte som en anhörigförening för anhöriga till personer med

borderline personlighetsstörning anordnade. De som var intresserade fick sedan höra av sig till teamet. Därefter screenades de av en mentalskötare för att se om de var lämpliga för programmet. Kravet var att man inte skulle ha alltför stora psykiska problem själva, kan klara av den teoretiska delen av programmet, inte ha uppenbara missbruksproblem et cetera.

Enhet D

Enhet D skiljer sig något från de övriga enheterna i och med att de riktar in sig på anhöriga till personer i åldern 16-25 år. De har med en grupp i den här studien och den gruppen genomförde programmet hösten 2006. Deltagarna rekryterades via BUP samt vuxenpsykiatriska kliniken öppenvårdsmottagningar, slutenvårdsavdelningar och behandlingshem för personer med en personlighetsstörning. Man gick ut med skriftlig information som personal på de olika enheterna lämnat vidare och anslagit i väntrum och liknande. Gruppledarna bjöd därefter in de som visat intresse till ett informationsmöte. Kriterierna var att man ska kunna ange att man har en anhörig som skadar sig själv och som har svårt att reglera känslor.

Procedur

Hanterandet av frågeformulären har i stort varit lika vid alla enheterna, men det finns vissa skillnader. När det gäller förmätningarna så fyllde flertalet deltagare i formulären hemma och skickade dem själva till projektgruppen. När det gäller gruppen vid enhet C så fyllde de i formulären mellan första och andra sessionen. Gruppen vid enhet D fick formulären hemskickade innan kursstart. Vid enhet A fyllde deltagarna i formulären på den psykiatriska mottagningen innan första kurstillfället. Gruppledarna skickade sedan materialet till projektgruppen. När det gäller eftermätningarna så fyllde deltagarna vid enhet A i formulären i anslutning till den sista sessionen och sedan skickade gruppledarna materialet till projektgruppen. Deltagarna vid enhet C och enhet D skickade själva in materialet till projektgruppen efter den sista sessionen. Vid enhet C så fick deltagarna formulären vid det sista kurstillfället och vid enhet D så skickade man hem materialet till deltagarna efter den sista sessionen. Vi kan inte redovisa hur man gick tillväga vid enhet B eftersom vi inte har kunnat komma i kontakt med den person som ansvarade för den gruppen.

Proceduren för datainsamlingen innebär att mätningarna i så stor utsträckning som möjligt gjordes oberoende av kursledarna. Projektgruppen distribuerade en uppsättning frågeformulär plus svarskuvert och blanketter för informerat samtycke till respektive kontaktperson.

Blanketter och frågeformulär märktes parvis med samma kodnummer. Deltagarna skrev under blanketten för informerat samtycke, vilket innebar att varje kodnummer kopplades till ett namn. Kontaktpersonerna tog hand om blanketterna och skickade in dessa till projektgruppen. Deltagarna fyllde i det frågeformulär som hade samma kodnummer som blanketten samt lade frågeformuläret i svarskuvertet som var adresserat till projektgruppen. Blanketter och frågeformulär förvarades sedan av projektgruppen. Inför eftermätningarna kunde projektgruppen se till att frågeformulär med rätt kodnummer lades i kuvert adresserade till rätt deltagare och distribuera dessa till respektive kontaktperson. Vid eftermätningarna lade återigen varje deltagare sitt ifyllda frågeformulär i ett svarskuvert adresserat till projektgruppen.

Frågeformulär

KIMS

KIMS gavs vid för- och eftermätning i Familjeband. Se för övrigt metoddelen delstudie 1.

BSI-GSI

BSI-GSI (Brief Symptom Inventory-Global Severity Index; Derogatis, 1992, se Baer et al, 2004) är det symtommått vi använt i denna studie, i likhet med Baer et al (2004). BSI har 53 item avseende olika psykologiska symtom, som skattas i skalsteg från 0 till 4. GSI är genomsnittsvaret över alla ingående item och kan således variera mellan 0 och 4. BSI är en kortform av det välkända SCL-90-R, med samma 9 subskalor och 3 globala indexmått som SCL-90-R (se Fridell et al, 2002). BSI gavs vid förmätning samt eftermätning i anhöriggruppen, men eftermätningens data från BSI används inte i denna studie.

Statistiska analyser

I likhet med i delstudie 1 gjordes den statistiska analysen med hjälp av SPSS. Avseende skillnader mellan anhöriggruppen och kontrollgruppen gjordes signifikanstestning med oberoende *t*-test. För samband mellan KIMS helskala samt delskalor och BSI-GSI beräknades Pearson-korrelationer. Avseende förändring i grad av mindfulness hos anhöriggruppen från för- till eftermätning beräknades Cohens *d* i enlighet med anvisningar i Andersson (2003), och signifikanstestning gjordes med parvisa *t*-test.

Resultat

Skiljer sig deltagarna i anhöriggruppen från jämförelsegruppen med avseende på de olika aspekterna av mindfulness?

I tabell 3 och 4 redovisas medelvärden och standardavvikelse för KIMS helskala respektive delskalor för anhöriggruppen respektive jämförelsegruppen. I vår studie är medelvärdet för anhöriggruppen signifikant lägre än för jämförelsegruppen ($p < .001$) för KIMS helskala. För delskalorna Observerande och Beskrivande så föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Medelvärdet är dock signifikant högre i jämförelsegruppen för delskalorna Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma ($p < .001$).

Tabell 3. Medelvärden och standardavvikelser för KIMS helskala för anhöriggruppen och jämförelsegruppen.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Anhöriggrupp	43	122,30***	16,04
Jämförelsegrupp	123	131,18	13,84

*** $p < .001$

Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser för KIMS delskalor för anhöriggruppen och jämförelsegruppen.

	Anhöriggrupp		Jämförelsegrupp	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Observerande	36,00	8,16	34,30	8,44
Beskrivande	28,58	7,96	29,02	5,41
Agerande	27,58***	5,73	32,66	5,16
Accepterande	30,14***	6,31	35,20	6,45

*** $p < .001$

Hur ser sambandet mellan KIMS och BSI-GSI vid förmätning i anhöriggruppen ut?

Medelvärdet på BSI-GSI ($N=43$) var .88 , standardavvikelsen .69; spannet från .06 till 3.02. Korrelationen mellan GSI och KIMS helskala var $r = -.276$, vilket var icke-signifikant. För delskalan Observerande var korrelationen $r = .294$, ($p = .056$), således nära signifikans för ett positivt samband mellan psykologiska symtom enligt BSI och KIMS Observerande. För Beskrivande var korrelationen $r = .114$, således lågt korrelerad med psykologiska symtom. För

Agerande med medvetenhet var korrelationen $r=-.625$, ($p<.001$), således en signifikant negativ korrelation. För Acceptans utan att döma var korrelationen i samma storleksordning: $r=-.659$, ($p<.001$), således även där en signifikant negativ korrelation.

Sker någon förändring i grad av mindfulness hos anhöriggruppen från för- till eftermätning?
 Av de 43 individer som påbörjat Familjeband som vi har förmättningsdata för, återstod 36 i eftermätningen, det vill säga 84% av dessa 43 slutförde Familjeband och lämnade eftermättningsdata. Medelvärden och standardavvikelser för KIMS helskala samt delskalor, i denna grupp, före respektive efter Familjeband, visas i tabell 5.

Tabell 5. KIMS helskala och delskalor: medelvärden och standardavvikelser vid för- och eftermätning i anhöriggruppen. $N=36$.

	<i>Förmätning</i>		<i>Eftermätning</i>	
	M	SD	M	SD
Helskala	123,00	15,88	126,61	18,28
Observerande	35,94	8,69	36,83	10,39
Beskrivande	28,78	7,38	27,97	7,92
Agerande med medvetenhet	27,78	5,54	29,11*	5,16
Acceptans utan att döma	30,50	6,03	32,69*	5,78

* $p<.05$

På helskalenivå var medelvärdesskillnaden således 3.61 skalpoäng, vilket ger en effektstyrka d på .21. För de fyra delskalorna är Cohens d : .09 för Observerande; -.11 för Beskrivande; .25 för Agerande med medvetenhet; samt .37 för Acceptans utan att döma. Skillnaden mellan för- och eftermätning för de två sistnämnda delskalorna var signifikant: För Agerande med medvetenhet var $t(35)=-2,080$, $p=.045$. För Acceptans utan att döma var $t(35)=-2,251$, $p=.031$. För helskala fanns en tendens till signifikans: $t(35)=-1,942$, $p=.060$.

Diskussion

I föreliggande studie är medelvärdet signifikant lägre för anhöriggruppen jämfört med jämförelsegruppen för KIMS helskala och för delskalorna Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma. Hur kan man förklara dessa skillnader? Åldersmässigt är grupperna lika vad gäller medelvärde och spridning. Det finns en skillnad i könsfördelning mellan grupperna, där anhöriggruppen består av 2/3 kvinnor medan det är ungefär 50% kvinnor i jämförelsegruppen. Baer et al (2004) fann dock inga skillnader mellan män och kvinnor i KIMS, varför detta inte bedöms som den mest sannolika orsaken till skillnaderna mellan våra grupper. En annan sannolik skillnad mellan grupperna gäller utbildningsnivå, då vår jämförelsegrupp var universitetsanställda, men då vi inte vet vilka som svarade på utskicket kan vi inte uttala oss om hur detta förhåller sig.

Det finns således flera tänkbara faktorer som skulle kunna förklara skillnaderna i resultatet i KIMS. Det har presenterats några studier (White et al, 2003, Zanarini et al, 2004, m.fl.; se teoriavsnittet), som talar för att det finns en högre grad av psykisk ohälsa hos anhöriga till BPS-patienter jämfört med normalpopulationen. Även kliniker med lång erfarenhet av arbete med dessa anhöriga rapporterar en förhöjd risk för psykisk ohälsa hos denna grupp (Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al, 2005). Skulle man kunna förklara en eventuell skillnad i graden av mindfulness mellan anhöriga till BPS-patienter och jämförelsegruppen med att den psykiska ohälsan hos anhöriggruppen är högre? En faktor i detta kan vara den ökade stressbelastning det innebär att vara närstående till en person med BPS (se Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al, 2005). Den studie som Baer et al (2004) presenterar tyder på att mindfulness och psykisk ohälsa hänger ihop: Flertalet av KIMS delskalor korrelerade där signifikant och negativt med psykologiska symtom. Flertalet eller alla av delskalorna korrelerade även signifikant och negativt med neuroticism, alexitymi, undvikande samt dissociativa erfarenheter, och signifikant och positivt med emotionell intelligens och livstillfredsställelse. Det är således möjligt att en skillnad i graden av psykisk ohälsa skulle kunna förklara en del av skillnaden mellan anhöriggruppen och jämförelsegruppen i vår studie.

Vårt primära syfte med att ha med BSI i anhöriggruppen var att utforska korrelationer mellan psykologiska symtom och KIMS, men det är också av intresse i sig att titta på graden av psykologiska symtom i anhöriggruppen, i relation till den litteratur som refererats ovan. Tyvärr saknas svenska normer för BSI varför vi inte kan säga något om anhöriggruppens grad

av psykologiska symtom i detta mått i förhållande till normalpopulation samt patientgrupper. Spridningen från extremt låga 0.06 till höga 3.02 (på en 4-gradig skala, där skalsteg 3 innebär att man upplevt sig ”ganska mycket” besvärad av symtomet), talar för att det psykiska måendet i vår anhöriggrupp är mycket varierande, från närmast total frånvaro av psykologiska symtom, upp till klart psykiatriska symtomnivåer.

På helskalenivå fanns inte någon signifikant korrelation mellan KIMS och BSI-GSI, men på delskalenivå finns även i vårt material signifikanta korrelationer som indikerar att KIMS är relaterat till psykologiska symtom. För Observerande finns en tendens till signifikans för en positiv korrelation med GSI-måttet, vilket tyder på att psykologiska symtom kan vara relaterat till en tendens att vara observant på sinnesintryck, kroppssensationer, och känslor, som delskalans item frågar efter. Observerande skiljer därmed ut sig genom att vara den enda delskala som korrelerar positivt med psykologiska symtom. Delskalan Observerande avvek från mönstret även i Baer et al (2004) studentmaterial, där denna skala var den enda som inte var negativt korrelerad med GSI. Relationen mellan Observerande och BSI avviker därmed både i Baer et al och vår studie från ett i litteraturen förväntat negativt samband mellan mindfulness och psykologiska symtom. Beskrivande var i vårt material orelaterat till symtomnivå enligt BSI, detta till skillnad från i Baer et al där denna delskala var signifikant negativt korrelerad med psykologiska symtom.

Agerande med medvetenhet samt Acceptans utan att döma hade båda ett starkt negativt samband med symtomnivå. Vad gäller dessa två är det som förväntat utifrån litteraturen, men den kausala relationen inte är klarlagd. Vad gäller acceptans så är det rimligt att tänka sig att en genuin acceptans leder till en minskning av psykologiska symtom som är reaktioner på en negativ värdering av tankar, upplevelser och känslor, men också att det är svårare att förhålla sig accepterande till sina känslomässiga upplevelser när dessa är mer intensiva än normalt. Sannolikt är kausaliteten i sambanden mellan mindfulness och psykologiska symtom komplex, och behöver utforskas närmare.

I förhållande till Baer et al (2004) ser vi både likheter och skillnader i korrelationsmönstret med BSI-måttet. Korrelationerna skiljer sig åt på följande sätt: Observerande uppvisade inte någon korrelation med symtom i deras material; Beskrivande hade i deras material ett signifikant negativt samband med symtom; Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma hade mer måttliga korrelationer i deras material, dock även i deras material

signifikanta negativa korrelationer. En sannolik förklaring till skillnaderna för de två sistnämnda är att underlaget i Baer et al (2004) studie var ett studentmaterial, med sannolikt lägre genomsnittliga symtomnivåer (tyvärr ej redovisade) än i vårt anhörigmaterial, som även skiljer sig demografiskt från deras material (i synnerhet avseende ålder). Varför korrelationen mellan Beskrivande och BSI ser annorlunda ut i vårt material har vi ingen bra hypotes om. Samtidigt som vi ser vissa olikheter, kan vi också se likheter mellan korrelationsmönster i vår och den amerikanska studien: I båda studierna korrelerar Acceptans utan att döma och Agerande med medvetenhet negativt med BSI, medan Observerande är orelaterat i den amerikanska och har en tendens till signifikans för en positiv korrelation i vår studie.

Vi går till sist till diskussion av den tredje frågeställningen i denna delstudie, avseende förändring i mindfulness efter deltagande i Familjeband. Det bör påpekas att resultaten av denna jämförelse kan tolkas endast tentativt, då vi inte haft någon kontrollgrupp, och det därmed inte kan uteslutas att andra faktorer än mindfulnesssträningen helt eller delvis skulle kunna ligga bakom de förändringar i mindfulness som framkommit. Man skulle till exempel kunna tänka sig att en minskad symtomnivå till följd av interventionen skulle kunna leda till ökad mindfulness efter genomgången behandling. Kausaliteten mellan mindfulness och psykologiska symtom är inte klarlagd, och vi har inte heller någon eftermätning i BSI som gör detta möjligt att kontrollera för. Mot denna förklaring talar att Hoffman, Fruzzetti, Buteau et al (2005) inte fann någon signifikant förändring efter Familjeband, i det depressionsmått som var deras enda renodlade symtommått. Ytterligare en tänkbar förklaring hade kunnat vara att deltagarna vill beskriva sig förändrade efter att ha genomgått programmet och att det inte skulle motsvara någon verklig förändring. Mot detta talar att den funna förändringen ligger inom två av delskalorna, medan de övriga två är oförändrade. Vi ser det därmed som mest troligt att dessa förändringar är en konsekvens av deltagandet i Familjeband, och går vidare med diskussion av dessa resultat utifrån detta tentativa antagande.

Differensen i KIMS helskala mellan för- respektive eftermätning är 3.61 skalpoäng, vilket ger ett Cohens d på .21, vilket enligt Cohens (1992) riktlinjer klassificeras som en liten effekt; enligt Cohen (1992, s. 156) är vad som klassificeras som en liten effekt ”set [...] to be noticeably smaller than medium, but not so small as to be trivial”. Denna lilla effekt nådde inte riktigt signifikans på .05-nivån, även om den var i närheten av detta och den hade med ett något större material varit signifikant förutsatt samma effektstorlek.

Som Baer et al (2004) förklarar var ett av skälen till att skapa ett flerdimensionellt instrument för mindfulness att det är ett mångfacetterat fenomen, där "valid assessment of multifaceted constructs is enhanced by identifying and measuring each facet reliably and separately" (s. 193). Tittar vi således på delskalennivå har vi för de två första delskalorna, Observerande respektive Beskrivande mycket små förändringar, dessutom i olika riktning: mindre än en skalpoäng i positiv riktning för Observerande och en förändring av samma magnitud i negativ riktning för Beskrivande. I termer av Cohens d faller dessa icke-signifikanta förändringar under gränsen för en liten effektstyrka, vilket ger en fingervisning om att det troligen inte endast är det lilla samplet som ligger bakom att dessa förändringar inte var signifikanta, utan också det att interventionen inte haft en mer än marginell effekt på dimensionerna Observerade respektive Beskrivande. För delskalorna Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma var effekterna större, 1,33 respektive 2,19 skalpoäng, vilket gav effektstyrkor på $d=.25$ för Agerande med medvetenhet, $d=.37$ för Acceptans utan att döma; i båda fallen således en liten effekt enligt Cohens riktlinjer, signifikanta på .05-nivån. Sammanfattningsvis kan konstateras att den effekt som fanns på helskalennivå till största delen förklaras av signifikanta förändringar i delskalorna Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma, där den största förändringen i denna jämförelse låg i den sistnämnda.

Man kan spekulera i orsaken till att resultatet skiljer sig så påtagligt mellan delskalorna: Är det så att Familjeband betonar dessa aspekter starkare än observerande och beskrivande, som kanske i sin tur övas mer i andra mindfulnessbaserade interventioner, att till exempel observerande övas mer i MBSR och MBCT? Eller är det egenskaper hos instrumentet som gör skattningen mer eller mindre känslig för påverkan av en intervention som Familjeband (t.ex. att formuleringar av item gör det lättare att känna igen vissa teman än andra som tagits upp i programmet)? Ytterligare en tänkbar förklaring kan vara att det är egenskaper hos samplet, där de två delskalor där vi hade en större förändring var de där signifikanta skillnader gentemot jämförelsegruppen förelåg (se denna delstudie, frågeställning 1): Det kan således vara så att interventionen gör att anhöriggruppen rör sig i riktning mot en normalpopulation i de aspekter där de legat lägre, medan de aspekter där de inte avvikit förblir mer stabila, då de redan har denna färdighet i tillräcklig grad. Även andra förklaringar är tänkbara, men dessa hypoteser är de som vi bedömer som mest trovärdiga. Orsaken går inte att avgöra utifrån våra data; detta kräver ytterligare studier såväl på KIMS som på anhöriga till borderlinepatienter och Familjeband.

Vi anser att det vore önskvärt med ytterligare studier av Familjeband med längre uppföljningstider, för att undersöka i vilken grad utvecklingen av mindfulnessfärdigheter bibehållits, alternativt utvecklats ytterligare, i linje med Brown & Ryans (2003) resonemang om tid för utveckling av nytillägnade mindfulnessfärdigheter. Vi anser också att ytterligare studier är angelägna på Familjeband och andra mindfulnessbaserade interventioner, för att klarlägga förändringsmekanismer och kausala samband mellan mindfulness och andra variabler, såsom psykologiska symtom.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Genomgående har delskalan Observerande avvikit i förhållande till de andra delskalorna i både vår studie och i Baer et al (2004). Delskalan Observerande var den som avvek i Baer et al, när de undersökte samband mellan KIMS och psykologiska symtom, personlighetsdrag och egenskaper. I den amerikanska studien var det också denna delskala som avvek när de jämförde BPS-patienter med en grupp studenter – det var endast på denna delskala som det inte framkom någon signifikant skillnad mellan grupperna. Även i förhållande till frågeformuläret MAAS så framkommer att Observerande avviker från övriga delskalor; i såväl vår studie som i den amerikanska så är det endast Observerande som inte korrelerar signifikant med MAAS. I vår studie utmärker sig också Observerande när vi undersöker sambandet mellan KIMS och BSI. Medan övriga delskalor korrelerar negativt med, eller inte alls korrelerar med, BSI, så hade Observerande en positiv korrelation, som var nära signifikant. I vår studie är Observerande också en av två delskalor där det inte framkommer någon signifikant skillnad mellan anhöriggruppen och jämförelsegruppen. Har inte den här mindfulnessförmågan ett positivt samband med psykisk hälsa, eller kan det vara så att frågorna som tillhör delskalan Observerande inte på ett bra sätt fångar det som Baer et al ville att den skulle fånga?

Som citerats i bakgrundsavsnittet skriver Baer et al (2004, s. 197) att ”in samples with limited meditation experience, the tendency to attend to experiences is associated with a tendency to be judgmental of them [...] that is, greater awareness of moods and emotions may be associated with lower levels of acceptance of them”. Baer et al (2006) presenterar en studie där sambandet mellan Observerande och Acceptans utan att döma ser olika ut beroende på vilken grupp man studerar: I studien framkommer ett negativt samband mellan Observerande och Acceptans utan att döma, bland studenter utan meditationserfarenhet. Bland studenter med meditationserfarenhet är bilden en annan; där framkommer ett positivt samband mellan Observerande och Acceptans utan att döma. En förklaring kan alltså vara att Observerandeskalan mäter olika psykologiska processer som involverar introceptiv uppmärksamhet – såväl *mindful awareness* som *anxious apprehension* (Barlow, 2002). Det kan således vara så att det är först när man använder denna delskala med personer som man kan förvänta sig ha en hög grad av mindfulness – till exempel personer med meditationserfarenhet – som man kan förvänta sig att den på ett reliabelt sätt fångar självobservation som ett uttryck för mindfulness.

En aspekt av frågeställning tre i delstudie två var om KIMS är känsligt för förändringar i mindfulness efter en mindfulnessinriktad behandlingsintervention. Ett nollresultat i denna del hade kunnat innebära att ingen förändring skett, att interventionen eventuellt, i linje med Brown och Ryans (2003) resonemang, inte fått genomslag ännu. En alternativ förklaring till ett nollresultat hade kunnat vara att KIMS inte förmår fånga denna förändring, kanske på grund av en förändrad insikt om psykologiska processer som i självskattning döljer faktiska förändringar i mindfulness, i linje med vad Rosenqvist & Sand (2006) föreslagit. Nu fick vi signifikanta förändringar på två delskalor efter Familjeband, och det ligger nära till hands att dra slutsatsen att detta innebär dels att dessa aspekter av mindfulness utvecklats under programmet, dels att KIMS är känsligt för att fånga en sådan förändring.

Det går inte att uttala sig om huruvida ökningen i dessa aspekter av mindfulness beror på specifika mindfulnessinterventioner i Familjeband; detta hade krävt en randomiserad kontrollerad design med lämplig typ av kontrollbetingelse. Däremot tyder våra resultat på att KIMS är känsligt för förändringar i mindfulness, åtminstone vad gäller de två dimensionerna Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma.

Såväl resultaten i jämförelsen mellan jämförelsegruppen och anhöriggruppen, som i anhöriggruppen före respektive efter Familjeband illustrerar värdet av analys på delskalnivå. Vi hade alltså signifikanta förändringar med en liten effektstorlek på två delskalor och ingen förändring i de två övriga delskalorna. På helskalnivå når förändringen inte signifikans, och med analys endast på helskalnivå finns således en risk att man missar meningsfulla effekter i specifika aspekter av mindfulness. Att resultaten skiljer sig på detta sätt mellan delskalorna är intressant, och stödjer riktigheten i Baer et al (2004) analys av mindfulness som ett mångfacetterat fenomen.

KIMS fyrfaktormodell för mindfulness verkar således väl motiverad inte bara statistiskt, utan också för klinisk användbarhet, precis så som avsett av Baer et al (2004). Dock bör påpekas att denna formulering inte fångar alla aspekter av fenomenet mindfulness: En faktoranalys av en pool av item från KIMS, MAAS, och tre andra mindfulnessformulär, gjord av Baer et al (2006) gav en femfaktorstruktur, där således ytterligare en mindfulnessdimension, utöver de som finns i KIMS, framträder. Denna faktor, som inte innehåller något item från KIMS, kallar

de *Nonreactivity to Inner Experience*, och denna kompletterar alltså de dimensioner som studerats i våra två material. Det resulterande instrumentet kallar de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), och detta har liksom KIMS 39 item.

Finns det ytterligare dimensioner av mindfulness utöver de fem som FFMQ rymmer? Lau et al (2006) presenterar ett nytt inventarium kallat Toronto Mindfulness Scale (TMS), som möjligen fångar ytterligare en viktig dimension, nämligen avsiktlighet. Lau et al påpekar att tidigare publicerade formulär (inklusive KIMS och övriga formulär som fem-faktorformuläret består av) alla utgår från en *trait*-formulering av mindfulness. TMS är konstruerat utifrån en beskrivning av mindfulness (Bishop et al, 2004), där detta beskrivs som ett psykologiskt *state* eller *modus*, bestående av två delar: den ena ”the intentional self-regulation of attention” (Lau et al, 2006 s. 1447), den andra ett förhållningssätt präglad av nyfikenhet, acceptans, och öppenhet. Detta avsiktliga förhållningssätt betonades redan av Kabat-Zinn (1990) i hans ofta citerade definition av mindfulness som ”paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally”, men framhålls inte explicit i Baer et als (2004) formulering eller KIMS. I likhet med Baer et al betraktar Lau et al mindfulness som en färdighet, och i den bemärkelsen finns beröringspunkter mellan dessa formuleringar. En skillnad är dock att Lau et al formulerar det som något man aktivt *väljer* att använda sig av. Det enda item i KIMS som explicit frågar efter avsiktlighet är item 30 ”Jag håller mig avsiktligt medveten om mina känslor”. Man kan dock se många andra item i KIMS i termer av förhållningssätt som man aktivt väljer i varje givet tillfälle, även om det inte görs explicit; därmed fångar KIMS sannolikt ändå denna aspekt av avsiktlighet i viss mån, men inte fullt ut.

Sammanfattningsvis visar våra resultat att KIMS svenska översättning statistiskt fungerar fullt tillfredsställande, och att det också förefaller vara känsligt för skillnader mellan grupper och för förändring i mindfulness i en mindfulnessinriktad intervention. Ytterligare studier behövs, och då ännu hellre med den svenska översättningen av femfaktorinventariet FFMQ; intressant nog eliminerades samtliga de fem KIMS-item som fungerade otillfredsställande i vår faktoranalys i Baer et als (2006) item-urval efter faktoranalys som gjordes i konstruktionen av FFMQ. Mindfulness har fått ett starkt genomslag i Sverige och det är angeläget att ha bästa möjliga instrument för mätning av detta fenomen, för forskning kring mindfulness, samt utveckling och utvärdering av mindfulnessbaserade behandlingsprogram.

REFERENSER

- Agee, J.D., Grant, C.A., Danoff-Burg, S., Donahue, R.G., & Seawell, A.H. Stress reduction in a community sample: A comparison of MBSR and PMR. Poster presenterad vid ABCT-konferens, Chicago, Illinois, 2006.
- Andersson, G. (2003). *Metaanalys. Metoder, tillämpningar och kontroverser*. Studentlitteratur.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S.D., Capuano, T., Baker, D.M., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holistic Nursing Practice*, 19, 26-35.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, S.M. (2002). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90*. Statens institutionsstyrelse.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. Guilford Press.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for chronic insomnia: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 188-189.

- Hoffman, P.D, Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F., & Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44, 217-225.
- Hoffman, P., Fruzzetti, A., Woodward, P., Kavanagh, B., Penney, D., & Penney, T. (2005). *Family Connections* (Rev. ed.). Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta.
- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., Shapiro, S., & Carmody, J. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Lindberg, U., & Norlin, J. (2005). *Självkänsla i relation till mindfulness, utbrändhet och självskattad hälsa – En studie av yrkesverksamma vid Lunds Universitet*. Psykologexamensuppsats vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford.
- Peña, M. (2004). *Mindfulness, självkänsla och attityder till mat hos gymnasieungdomar: En korrelationsstudie*. Kandidatuppsats vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Rosenqvist, D., & Sand, J. (2006). *Mindfulnessbaserad rökavvänjning i grupp – en explorativ studie*. Psykologexamensuppsats vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Hudson, J.L. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 8-19.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Yong, L., Raviola, G., Reich, D.B., Hennen, J., Hudson, J.I., & Gunderson, J.G. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 18, 439-447.

BILAGA 1: KIMS

Frågeformulär 1

Din uppgift är att bedöma hur ofta de nedanstående påståendena stämmer in på dig. Skriv den siffra på den tomma raden som stämmer bäst med din egen uppfattning om hur det i allmänhet är för dig.

1	2	3	4	5
Stämmer aldrig eller mycket sällan	Stämmer sällan	Stämmer ibland	Stämmer ofta	Stämmer mycket ofta eller alltid

- ___ 1. Jag noterar förändringar i min kropp, som t ex om min andning blir långsammare eller snabbare.
- ___ 2. Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor.
- ___ 3. När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad.
- ___ 4. Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga.
- ___ 5. Jag är uppmärksam på om mina muskler är spända eller avslappnade.
- ___ 6. Jag har lätt för att formulera mina uppfattningar, åsikter och förväntningar i ord.
- ___ 7. När jag gör något är jag bara fokuserad på det jag gör, inget annat.
- ___ 8. Jag har en benägenhet att fundera över om mina uppfattningar är riktiga eller felaktiga.
- ___ 9. När jag går är jag medvetet uppmärksam på hur det känns att röra kroppen.
- ___ 10. Jag är bra på att komma på ord som beskriver mina sinnesförmåelser, t ex av hur saker smakar, luktar och låter.
- ___ 11. Jag handlar ”automatiskt” utan att vara uppmärksam på det jag gör.
- ___ 12. Jag säger till mig själv att jag inte borde känna på det sätt jag gör.
- ___ 13. När jag tar en dusch eller ett bad så är jag uppmärksam på förmåelserna av vatten på min kropp.
- ___ 14. Det är svårt för mig att hitta ord för att beskriva vad jag tänker.
- ___ 15. När jag läser fokuserar jag all min uppmärksamhet på det jag läser.
- ___ 16. Jag tycker att en del av de tankar jag har är onormala eller dåliga, och att jag inte borde tänka på det sättet.
- ___ 17. Jag noterar hur mat och dryck påverkar mina tankar, kropps-förmåelser och känslor.
- ___ 18. Jag har problem med att komma på de rätta orden för att uttrycka vad jag tycker om saker och ting.
- ___ 19. När jag gör saker blir jag helt uppslukad av dem och tänker inte på något annat.
- ___ 20. Jag gör bedömningar av om mina tankar är bra eller dåliga.
- ___ 21. Jag är uppmärksam på sinnesförmåelser, som t ex av vinden i mitt hår eller solen på mitt ansikte.

1	2	3	4	5
Stämmer aldrig eller mycket sällan	Stämmer sällan	Stämmer ibland	Stämmer ofta	Stämmer mycket ofta eller alltid

- ___ 22. När jag har en förnimmelse i kroppen är det svårt för mig att beskriva den eftersom jag inte kan hitta de rätta orden.
- ___ 23. Jag är ouppmärksam på det jag gör på grund av att jag dagdrömmer, oroar mig eller är distraherad på andra sätt.
- ___ 24. Jag har en benägenhet att göra bedömningar av hur värdefulla eller värdelösa mina upplevelser är.
- ___ 25. Jag är uppmärksam på ljud, som t ex klockors tickande, fågelkvitter och passerande bilar.
- ___ 26. Även när jag är fruktansvärt upprörd kan jag hitta ett sätt att uttrycka det i ord.
- ___ 27. När jag utför hushållssysslor, som städning och tvätt, brukar jag dagdrömma eller tänka på andra saker.
- ___ 28. Jag säger till mig själv att jag inte borde tänka på det sätt jag tänker.
- ___ 29. Jag lägger märke till hur saker luktar och smakar.
- ___ 30. Jag håller mig avsiktligt medveten om mina känslor.
- ___ 31. Jag har en benägenhet att göra flera saker samtidigt snarare än att fokusera på en sak i taget.
- ___ 32. Jag tänker på en del av mina känslor som dåliga eller olämpliga och att jag inte borde känna dem.
- ___ 33. Jag uppmärksammar detaljer i konstverk och i naturen, som färger, former, texturer, ljus och skugga.
- ___ 34. Jag har en naturlig benägenhet att sätta ord på mina upplevelser.
- ___ 35. När jag arbetar med något är en del av mig sysselsatt med att tänka på annat, som t ex vad jag ska göra senare eller andra saker som jag hellre skulle vilja ägna mig åt.
- ___ 36. Jag ogillar mig själv när jag har irrationella idéer.
- ___ 37. Jag är uppmärksam på hur mina känslor påverkar mina tankar och beteenden.
- ___ 38. Jag blir fullkomligt absorberad av det jag gör, så att all min uppmärksamhet fokuseras på det.
- ___ 39. Jag lägger märke till när mitt humör börjar förändras.

BILAGA 2: MAAS

Frågeformulär 2

Instruktioner: Här nedan finns en samling påståenden om dina vardagliga upplevelser. Din uppgift är att använda skalan från 1 till 6 för att markera hur ofta eller hur sällan som du brukar ha dessa olika upplevelser. Var snäll och svara i enlighet med hur dina upplevelser *faktiskt ser ut*, och inte efter hur du vill att dina upplevelser ska vara! Tänk på att behandla varje påstående separat från de andra påståendena.

1	2	3	4	5	6
Nästan alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Nästan aldrig

1. Jag kan reagera med en känsla och inte bli medveten om det förrän en stund efteråt.	1	2	3	4	5	6
2. Jag har sönder saker eller spillar saker på grund av slarv, uppmärksamhet eller för att jag tänker på något annat.	1	2	3	4	5	6
3. Jag tycker att det är svårt att hålla uppmärksamheten på det som händer i nuet	1	2	3	4	5	6
4. Jag har en benägenhet att gå fort dit jag ska utan att lägga märke till vad jag upplever längs vägen.	1	2	3	4	5	6
5. Jag brukar inte märka känslor av kroppslig spändhet eller obehag förrän de verkligen fångar min uppmärksamhet.	1	2	3	4	5	6
6. Jag glömmer bort en persons namn nästan på en gång efter att jag har fått höra det för första gången.	1	2	3	4	5	6
7. Det är som om jag går på automatik utan att vara särskilt medveten om vad jag gör.	1	2	3	4	5	6
8. Jag rusar igenom aktiviteter utan att vara riktigt uppmärksam på dem.	1	2	3	4	5	6
9. Jag blir så fokuserad på det mål jag vill uppnå att jag förlorar kontakten med det jag gör i stunden för att nå dit.	1	2	3	4	5	6
10. Jag utför uppgifter och arbeten automatiskt, utan att vara medveten om vad jag gör.	1	2	3	4	5	6
11. Jag märker att jag lyssnar på en person med ett öra, och gör något annat på samma gång.	1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
Nästan alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Nästan aldrig

12. Jag åker till ställen rent "vanemässigt" och sedan undrar jag varför jag åkte just dit.	1	2	3	4	5	6
13. Jag finner mig själv upptagen med framtiden eller det förflutna.	1	2	3	4	5	6
14. Jag finner mig själv görandes saker utan att vara uppmärksam.	1	2	3	4	5	6
15. Jag små-äter utan att vara medveten om att jag äter.	1	2	3	4	5	6