



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **En utvärdering av en kurs i mindfulness på psykosklinikens öppenvård i Malmö**

**Katja Malmberg**

Psykoterapeutprogrammet 2015

Handledare: Daiva Daukantaitė & Sophie Liljedahl  
Examinator: Per Johnsson

### Abstract

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a mindfulness-based intervention for people with psychosis. Ten participants with psychosis participated in an eight week mindfulness program. The participants were assessed at baseline and after finishing the program. Results from the study indicated that the program showed improved capacity for mindfulness, measured with Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). There was no significant difference between pre- and posttest scores in clinical functioning measured with Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE OM). Results indicated that there were also no significant differences in self-compassion, measured with Self-Compassion Scale - Short Form (SCS SF) between pre- and posttest. The study did however point in a promising direction with a potential use of a mindfulness-based intervention for people with psychotic disorders for improving the ability of mindfulness. Results should be interpreted with caution due to a small sample.

*Keywords:* mindfulness, psychotic disorders, group

## Sammanfattning

Syftet med den här studien var att utvärdera utfallet av en mindfulnessbaserad intervention för personer med psykosjukdom. Tio deltagare med psykosjukdom deltog i en åtta veckor lång kurs i mindfulness. Deltagarna besvarade olika självskattningsformulär före och efter kursen. Studiens resultat indikerar att deltagarna förbättrade sin förmåga till mindfulness mätt med Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Det blev ingen signifikant förändring vid för- och eftermätning av klinisk funktion mätt med Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE OM). Resultatet indikerar vidare att det inte heller blev någon signifikant förändring i hur deltagarna skattade förmåga till självmedkänsla mätt med Self- Compassion Scale - Short Form (SCS SF) i för- respektive eftermätningen av interventionen. Studien visade dock att en mindfulnessbaserad intervention för personer med psykosjukdom är en möjlig intervention för att öka mindfulnessförmåga. Resultaten bör tolkas med försiktighet pga litet sample.

*Nyckelord:* mindfulness, psykosjukdom, grupp

## Innehållsförteckning

Abstract .....	1
Sammanfattning .....	2
Introduktion.....	5
Inledning .....	5
Teori .....	5
Psykologiska och psykoterapeutiska aspekter på psykos .....	6
KBT och mindfulness .....	7
Mindfulness vid psykos .....	10
Särskild tillämpning av mindfulness vid psykossjukdom.....	11
Tidigare forskning av interventionen mindfulness vid psykossjukdom .....	12
Syfte och hypoteser.....	16
Metod .....	16
Design .....	16
Deltagare.....	16
Procedur .....	18
Mätinstrument.....	19
Gruppledare.....	20
Interventionen .....	20
Dataanalys.....	21
Etik.....	22
Resultat .....	22
Bortfallsanalys .....	22
Förändring i skattningsresultat mellan för- och eftermätning.....	22

Diskussion.....	26
Etiska ställningstaganden.....	29
Begränsningar i denna studie .....	29
Slutsatser och fortsatt forskning.....	30
Referenser .....	31

## Introduktion

### Inledning

Mindfulness eller medveten närvaro som det heter på svenska, har som intervention utvecklats för en mängd olika tillstånd både inom somatiken, till exempel vid smärta, men även för en rad olika psykiatriska tillstånd; ångest, depression och ätstörning (Baer et al., 2003). Mindfulness som intervention integreras helt eller delvis i olika terapiformer och manualbaserade behandlingar som till exempel Dialektisk Beteende Terapi (DBT; Kåver & Nilsson, 2002), Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2004), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Harris, 2011) och Compassion Focused Therapy, (CFT; Gilbert, 2010). Mindfulness som intervention vid psykosjukdom har inte rönt samma framgång som vid andra psykiatriska tillstånd (Chadwick, 2014). Det har funnits en föreställning om att mindfulness kan vara till skada för personer med psykosjukdom. Det sista decenniet har dock forskning börjat ta fart som visar att mindfulness i anpassad form för personer med psykosjukdom är både en säker intervention och rymmer en lovande utveckling (Chadwick, 2014). I linje med detta syftar denna studie till att utvärdera utfallet av en modifierad kurs i mindfulness som en tilläggsintervention för psykopatienter på psykoskliniken i Malmö.

### Teori

Begreppet psykos syftar till både symtom och ett sjukdomstillstånd. Psykos i sig innebär bland annat att ha en förvrängd upplevelse av omvärlden. Personer med psykos har svårt att tolka intryck och även svårt att bedöma trovärdigheten i det de upplever (Svensk psykiatri, 2009). Vid långvariga psykosymtom följer andra problem som minskat socialt intresse med ensamhet som följd, ångest, depression eller missbruk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010; Morris, Johns & Oliver, 2014; Granholm, Ben-Zeev & Link, 2009). Psykossymptom och nedsatt kognitiv funktion bidrar oberoende av varandra till nedsatt livskvalitet (Svensk Psykiatri, 2009). Psykotiska tillstånd är en stor och heterogen grupp av psykiska ohälsotillstånd. Symtombild och funktion varierar med ålder, akut psykos eller mer kronisk sjukdomsbild, hur man svarar på medicinering, i vilken grad man är neurokognitivt påverkad men är även beroende av personliga faktorer som attityder, förväntningar, sinnesstämning och i vilken grad man har stöd från

omgivningen (Skårderud et al., 2010; Morris et al., 2014; Granholm et al., 2009).

Neurokognition är olika kognitiva förmågor som till exempel arbetsminne, processhastighet, verbal inläring, minnesfunktioner, dysfunktion i att reglera uppmärksamhet och exekutiva funktioner. Dessa i kombination med hur man förhåller sig till sin sjukdom, om man har insikt eller ej i sin sjukdom påverkar sammantaget den totala funktionsförmågan (Couture, Granholm, Scott & Fish, 2011; Granholm et al., 2009). Psykossymtom kan förekomma episodiskt eller vara mer kontinuerliga som vid schizofreni och liknande syndrom (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD-10, Svensk Psykiatri, 2009).

Psykossymptom delas vanligen upp i positiva och negativa symptom (Svensk psykiatri, 2009). De positiva är symptom som tillkommit, såsom hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal och beteende samt katatona symptom. Negativa symptom innefattar en förändring där normal funktion förlorats, till exempel avtrubbade affekter, anhedoni (nedsatt lustkänsla) och tillbakadragenhet. I Sverige följer man ICD 10 där man skiljer på sex undergrupper inom område psykos; schizofreni, schizotyp störning, kroniska vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska syndrom, icke inducerat vanföreställningssyndrom och schizoaffektiva syndrom (ICD 10, Skårderud et al., 2010).

### **Psykologiska och psykoteraeutiska aspekter på psykos**

Förstahandsvalet av behandling vid psykosjukdom är vanligen antipsykosmedicinering, men det finns begränsningar; både vad gäller följsamhet i att ta medicin som ordinerat, med medicineringen följer ofta biverkningar och det är inte alltid som medicineringen bidrar till symptomlindring (Svensk psykiatri, 2009). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2011) rekommenderar olika insatser för att minska symptom, förbättra funktion och livskvalitén hos patientgruppen. Vid kvarvarande symptom efter insatt medicinering bör individer erbjudas psykologisk behandling för att minska lidande hos individen och höja livskvaliteten (Nationella riktlinjer, 2011). Inom ramen för olika psykoteraeutiska metoder är det främst kognitiv beteendeterapi som rekommenderas (Nationella riktlinjer, 2011). Kingdon och Turkingtons (2008) KBT modell för psykosjukdom innehåller både kognitiva och beteendearbetet, bland annat utforskas dysfunktionella tankemönster, kognitioner och att pröva olika föreställningar via beteendearbetet, det är således ett symptomfokuserat arbete (Kingdon & Turkington, 2008; Wright, Turkington, Kingdon

& Basco, 2009). Granholm et al. (2009) har utarbetat en behandlingsmodell där KBT kombineras med social färdighetsträning; Cognitive-Behavioural Social Skills Training (CBSST). Det är en behandling där man utmanar negativa tankar, övar att be om hjälp och tränar problemlösningsförmåga.

Personer med psykosjukdom har ofta mycket svårt med tillit, ett grundläggande arbete i behandlingen är därför att etablera en tillitsfull relation till personen (Kingdon & Turkington, 2008). Känslor av skuld och stigmatisering är vanliga vid psykos, vilket kan bidra till att man försvårar anknytning till andra och brottas med ökad social ångest (Braehler, Harper & Gilbert, 2013). Vid upplevande av hot är det inte ovanligt att man använder olika undvikande copingstrategier som att underordna sig psykosrösten eller andra människor eller försöker att dölja sina symtom. Den typen av strategi är dock ofta förenade med förvärrande av psykossymptom, därmed försämrade neurokognitiv funktion och minskad förmåga till mentalisering (Morris et. al., 2014; Braehler et. al., 2013; Ng, Fish & Granholm, 2015).

En annan viktig aspekt i behandling är därför att på olika sätt stärka empowerment, känslan av att ha makt över sitt eget liv Skårderud et al. (2010). Steel (2008) fann i en metastudie att effektstorleken för KBT vid psykos inte uppnår bättre resultat än moderat effektstorlek. Steel (2008) ser därför en tilläggs möjlighet i processbaserade interventioner som till exempel mindfulnessbaserade interventioner och ACT. Även om behandlingsutbudet för personer med psykosjukdom tidigare varit relativt begränsat så börjar nya metoder att bryta mark och utvärdering av dessa behövs (Morris et al., 2014).

### **KBT och mindfulness**

KBT har utvecklats med tiden, den första vågen av KBT fokuserade främst på beteendeförändringar, med tekniker som hade sitt stöd i inlärningspsykologin och betingningens principer (Kåver, 2006). Den andra vågen av KBT såg de kognitiva interventionerna som nyckelstrategier för beteendeförändring. Det var fokus på vad man tänkte, dysfunktionella, irrationella och negativa tankar som skulle utmanas och man arbetade med att ersätta dem med mer rationella, funktionella och positiva tankar (Kåver, 2006; Harris, 2011).

Den så kallade tredje vågen av beteendeterapier lägger mindre vikt på att förändra innehållet i tankar, men trycker istället på att arbeta med medvetenheten om sina tankar och känslor och hur man förhåller sig till dessa (Segal, Williams & Teasdale, 2002). I den tredje



vågens KBT ses känslolivet som en absolut och central del i våra liv (Nilsonne, 2004). Det talas om ett dialektiskt synsätt där processer som att både lära sig släppa kontrollen över det inre känslolivet genom att distansera sig och att hitta sätt att stå ut med det obehag som känslolivet ger (Kåver, 2006).

I processen att släppa kontrollen och att kunna stå ut med obehag förs interventioner som fokuserar på acceptans och medveten närvaro/mindfulness in i behandlingen (Harris, 2011; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003). Det är framförallt Jon Kabat-Zinn, docent i medicin med beteenderelaterad och preventiv medicin som förknippas med att föra in mindfulness och meditation som en intervention till det västerländska synsättet i behandlingen av stress och depressionstillstånd (Kabat-Zinn, 2004). Begreppet mindfulness kommer ursprungligen från buddhistisk tradition (Kåver, 2006).

Jon Kabat-Zinn definierar mindfulness som "(...) paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally" (Segal et al., 2002, s. 40). På svenska beskrivs mindfulness som "en förmåga eller medvetenhet som utvecklas genom att avsiktligt, uppmärksamt och utan att värdera eller döma observera saker och ting som de är i stunden, här och nu" (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2008, s. 54). Den medvetna närvaron övar man i meditation med syfte att klarare se verkligheten och acceptera den som den är (Kabat-Zinn, 2004; Kabat-Zinn, 2006). Dess motsats, att ha en begränsad medvetenhet leder till att vi omedvetet och automatiskt handlar och agerar ofta utifrån rädsla och otrygghet. Meditationen i mindfulness är ett redskap att "kliva ur" vårt automatiska sätt att vara, skapa distans och bli medveten om de faktiska valmöjligheter man har (Kabat-Zinn, 2004; Kabat Zinn, 2006).

Inom den tredje vågen av KBT finns det en mängd olika terapiformer som helt eller delvis bygger på mindfulnessbaserade övningar. I till exempel DBT är mindfulness en nyckelingrediens (Kåver & Nilsonne, 2002). De övriga ingredienserna i DBT bygger på inlärningsteori, kognitivbeteende teori, dialektisk filosofi och zenbuddistiska principer (Kåver & Nilsonne, 2002).

MBSR utvecklades av Kabat-Zinn under 90- talet. Programmet bygger till stor del på att deltagarna utför dagliga hemuppgifter i form av yoga och meditation, men även att vara medvetet närvarande i olika vardagsaktiviteter och att registrera hur man reagerar, med behag eller obehag, och i vilka situationer man reagerar (Kabat-Zinn, 2004).

MBCT är i mångt likt MBSR och utvecklades för att förhindra återfall i depression via övningar i meditation, yoga och mindfulness men i kombination med mer kognitiva interventioner (Segal et al., 2002). Behandlingen bygger på hemuppgifter som riktar sig till formellt övande i mindfulness, att vara mindful i olika dagliga aktiviteter men även registreringar av olika kognitiva erfarenheter (Segal et al., 2002).

Inom ACT återfinns mindfulness dels i form av att öva medveten närvaro i nuet och dels som meditation kring till exempel andningen. Teorin har sin grund i Relational Frame Theory, en beteendeteori om människans språk och kognition (Hayes et al., 2003). Acceptans är ett nyckelbegrepp och ett sätt att agera mot tidigare experimentellt undvikande, så kallat upplevelsebaserat undvikande (Harris, 2011). I jämförelse med andra mindfulnessbaserade KBT metoder trycker man på begreppet ”jag som kontext” explicit i mindfulnessövningar för att ytterligare stödja defusion (frikoppling) och acceptans. Defusion innebär att separera sig från sina tankar, inre bilder och minnen, att iakttä dem som mentala händelser och inget annat (Harris, 2011; Hayes, 2007; Hayes et al., 2003).

CFT har sin teoretiska grund i evolutionsteori, inlärningsteori och affektteori. Mindfulness som intervention används för att öva sig i att rikta uppmärksamhet till fysiologiska och kroppsliga sensationer men även för att uppmärksamma hur sinnet vandrar och hur mentala processer kan påverka vårt sinnestillstånd. Mindfulness används för att förstärka compassionfokuserade övningar, såsom tänkande kring självomhändertagande, beteendeövningar för att öva självomhändertagande och i övningar av imaginär karaktär. Man använder även ”lugnande andningsrytm” som en teknik enskilt eller som del i body scan. CFT utvecklades ursprungligen för att hjälpa personer med skam, skuld och självkritik (Gilbert, 2010).

Således, mindfulness som en intervention återfinns i de ovan uppräknade behandlingsformerna, men med något olika fokus på vad man ser som mest centralt och verksamt. Det finns även en skillnad i vilken teoretisk ram man ”paketerar” mindfulness interventionen. Bishop et al. (2004) menar att det till dags dato saknas en operationell definition av mindfulness. Utan konsensus kring en mer specifik definition som preciserar testbara teoretiska förutsägelser går det inte att uttala vad det är i en mindfulnessintervention som medierar utfall. Bishop et al. (2004) föreslår en två komponents modell av mindfulness. Den första komponenten handlar om självreglering; att kunna hålla uppmärksamhet, skifta uppmärksamhet och hindra sig från att fastna i ruminerande. Förmågan att kunna hålla

uppmärksamhet i nuet möjliggör en ökad igenkänning av mentala händelser i den nuvarande stunden, vilket är en del av vad som kallas metakognitiv förmåga. Den andra komponenten i den operationella definitionen handlar om att inta en inriktning med nyfikenhet, öppenhet och acceptans mot sina upplevelser i nuet. Processer som återfinns i MBSR och MBCT (Kabat-Zinn, 2004; Segal et al. 2002). Nyfikenhet och acceptans är förhållningssätt som syftar till att minska kognitiva och beteendemässiga strategier som används för att undvika olika aspekter av erfarenhet (Bishop et al., 2004). Det tycks vara liknande skeenden som används i ACT (Harris, 2011; Hayes et al., 2003). Författarna talar vidare om att känslomässig smärta kan upplevas som mindre hotande i en kontext av acceptans och möjligen leda till högre affekt tolerans, vilket i vissa avseenden liknar processerna i DBT (Kåver & Nilsson, 2002). I att lägga märke till och skilja mellan olika element av erfarenheter och att observera hur en erfarenhet leder till en annan (Bishop et al., 2004) tycks påminna om processer i CFT (Gilbert, 2010).

### **Mindfulness vid psykos**

Interventionen mindfulness vid psykoser syftar till att öppna upp mot psykossymtomen och minska tendensen att reagera mot dem (Chadwick, Newman Taylor & Abba, 2005). Rationalen för mindfulness vid psykos är att det är reaktionen på en erfarenhet eller sensationen som kan leda till ångest. Interventionen mindfulness syftar inte till att "bli av med" eller kontrollera röster eller hallucinationer, utan att utveckla ett mindre stressfyllt förhållningssätt till sina symptom. Via meditation och mindfulness övas andra sätt att förhålla sig till sina psykotiska symptom genom att uppmärksamma de psykotiska upplevelserna, tillåta dem att komma och gå utan att fastna i grubblande över dem eller konfrontera dem. Det är framförallt Paul Chadwick som drivit forskningen framåt för interventionen mindfulness vid psykoser (Chadwick, 2014).

Med hjälp av en grundad teori analys av mindfulness vid psykoser (Abba, Chadwick & Stevenson, 2008) föreslår författarna att följande mekanismer är verksamma vid interventionen mindfulness vid psykosjukdom; tillåta obehagliga psykotiska sensationer bli medvetna, att släppa kampen mot de obehagliga symptomen, minska ruminerande och dömandet av att ha dessa sensationer. Mindfulnessinterventionen syftar till att finna ett alternativt sätt att förhålla sig till sina psykossymtom. Därmed blir det möjligt att släppa vanliga copingstrategier som vid psykosjukdom ofta handlar om att försöka distrahera och ignorera, överrösta eller undvika de obehagliga symptomen (Morris et al., 2014; Jacobsen, Morris, Johns & Hodkinson, 2011).

Mindfulness blir som en del i ett beteendeeperiment där man prövar metakognitiva övertygelser (Chadwick et al., 2005). Distraction som en copingstrategi har visat sig associera med ökad ångest och depression. Alternativt kan personer med psykossjukdom gå mot andra ytterligheten det vill säga att ”förlora” sig i sina symptom, hänge sig åt ruminerande och/eller att konfrontera sina symptom (Morris et al., 2014). Att konfrontera sina symptom, bli arg på dem, har visat sig öka intensiteten i psykotiska upplevelser, vilket ofta får till följd att man förlorar sig i reaktionen på upplevelsen (Morris et al., 2014).

Mindfulness vid psykos rymmer således processer som att bli medveten om sina erfarenheter som symptom (metakognitiv insikt), tillåta dem att vara som de är (acceptans och icke dömande), låta tankar och röster komma och gå utan att reagera på dem (icke reaktivitet). Den psykotiska upplevelsen är fortfarande otrevlig, skrämmande och kanske smärtsam, men genom att erfara upplevelsen mindfullt minskar lidandet som kommer från att försöka undertrycka erfarenheten (Chadwick et al., 2005).

När mindfulness som intervention bedrivits i grupp, sker därtill en normalisering av upplevelserna. Personer har beskrivit en mer tolerant inställning och icke dömande accepterande attityd gentemot egna och medpatienters beskrivning av mentala händelser och upplevande (Chadwick, 2014; Granholm et al., 2009). Även om en intervention i grupp inte direkt syftar till att öka socialt intresse och interaktion, så kan en gruppintervention indirekt bidra till detta. Socialt ointresse vid psykossjukdom har visat sig mediera sämre social funktion (Granholm et al., 2009).

### **Särskild tillämpning av mindfulness vid psykossjukdom**

När man tillämpar mindfulness som en intervention vid psykos är det av vikt att man håller övningarna enkla för att de ska bli begripliga och möjliga att tillämpa på egen hand. Man bör hålla övningarna så konkreta som möjligt och framförallt begränsa längden på meditationerna (Morris et al., 2014).

Chadwick et al. (2005) har utifrån modifieringar av Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy (MBSR) och Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) formulerat riktlinjer att förhålla sig till vid användning av mindfulness intervention vid psykossjukdom. Sessionerna börjar vanligen med en kort kroppsscanning, som är tänkt att ”grunda” deltagarna till här och nu. Sedan förs uppmärksamheten vidare till andningen, så kallade andningsankaret. Vid rösthörande,

paranoia eller andra psykotiska upplevelser bör inte en meditation vara längre än 10 minuter eftersom längre tid kan öka obehaget av symtomen (Chadwick et al., 2005). I både MBSR och MBCT kan meditationer vara upp till 60 minuter, vanligen ingår även en hel dag i tystnad, så kallat retreat (Kabat-Zinn, 2004; Williams et al., 2008; Segal et al., 2002). Verbala instruktioner bör ges ungefär var 30e till var 60e sekund, eftersom lång tystnad kan leda till att personer med psykossjukdom kan fastna i sina psykotiska symptom eller i paranoida rumineringar. Meditationen ska alltid vara konkret, det vill säga ett väglett upptäckande av kroppsliga eller mentala sensationer. I MBSR och MBCT användes bilder och metaforer till exempel ”bergsmeditation” och ”löv på vatten” (Kabat-Zinn, 2004; Kabat-Zinn, 2006; Williams et al., 2008; Segal et al., 2002). Metaforer kan användas även vid psykossjukdom, men kan behöva anpassas och förenklas. Det är viktigt att följa upp metaforer så att de inte uppfattas konkret. Vid psykossjukdom bör instruktionen ”när sinnet vandrar till tankar, känslor eller röster, lägg märke till vart sinnet vandrade och för sedan försiktigt uppmärksamheten tillbaka till meditationen” ges med jämna mellanrum för att förhindra att fastna i psykotiskt ruminerande (Chadwick et al., 2005). Hemuppgift introduceras som en möjlighet, men inte som ett krav för personer med psykossjukdom anser Chadwick et al. (2005). Hemuppgifter består av inspelade meditationer med ovanstående restriktioner. I MBSR och MBCT förmedlas hemuppgifter som ett krav för behandlingen (Kabat-Zinn, 2004; Williams et al., 2008; Segal et al., 2002). I övningar för att rikta uppmärksamheten bör dessa för personer med psykossjukdom vara konkreta och inte allt för långa. För att bevara trygghet och förutsägbarhet är sessioner och meditationer konstanta i sin utformning. (Morris et al., 2014; Chadwick, 2014). Chadwick et al. (2005) trycker även på vikten av ett terapeutiskt förhållningssätt under mindfulness sessionerna. Sessionerna bör inte vara längre än 90 minuter och grupperna bör inte heller ha för många deltagare. Både MBSR och MBCT kan ges som en intervention i grupper upp till 30 deltagare (Kabat-Zinn, 2004; Williams et al., 2008; Segal et al., 2002).

Genom att öva sig i icke dömande medvetenhet kring inre upplevelser kan det stigma som många med psykossjukdom upplever lindras (Morris et al., 2014).

### **Tidigare forskning av interventionen mindfulness vid psykossjukdom**

Forskning kring användning av mindfulness för psykospatienter börjar ta fart vad gäller tredje vågens KBT och ett antal studier sammanfattas nedan.

En ofta refererad studie är den begreppsmässiga och empiriska översikten av mindfulness som Baer (2003) utförde. Baer undersökte framförallt MBSR/MBCT tillämpade på en mängd olika tillstånd (dock inte psykostillstånd). De studier där mindfulness ingick som delar i ACT och DBT uteslöts eftersom det då är svårt att veta vad som är verksamt. Trots att det var stor variation i hur man utfört studierna, vilka formulär man använt sig av och att det ofta fanns metodologiska skavanker i studierna menar Baer att det tycks som mindfulness baserade interventioner kan vara hjälpsamt vid en mängd olika tillstånd, och sammanfattar att det finns ett stort behov av ytterligare metodologiskt bra studier av mindfulness både som enskild intervention eller som ett tillägg till olika behandlingspaket (Baer, 2003).

Abba et al. (2008) utförde en kvalitativ studie för att undersöka vilka psykologiska processer som aktiveras vid mindfulness vid psykosjukdom. Efter att personer (n=16) med olika psykosdiagnoser genomgått en gruppbehandling i mindfulness enligt ett standardiserat behandlingsprotokoll intervjuades deltagarna i grupp eller individuellt av en av studiens medförfattare. Intervjuerna transkriberades och analyserades i tentativa kategorier. Man fann tre stadier i processen att hitta ett annat sätt att relatera annorlunda till sin psykosjukdom: (1) Att centrera sin medvetenhet om röster, tankar, föreställningar i nuet (istället för att försöka arbeta mot dem eller undvika dem), (2) Att tillåta rösterna, tankarna att komma och gå utan att reagera eller fastna i att försöka undvika dem och (3) Att återfå kraft genom decentrerad acceptans både för psykosymtom men även för självacceptans. Acceptansen får stöd av de metakognitiva insikterna som man beskriver uppstår via de generaliserbara observationer av upplevelser och den smärta som kan följa som en reaktion på upplevelsen. Författarna till studien sammanfattar att mindfulness för personer med psykos medger ett annat sätt att relatera till psykosjukdomen.

I en fallstudie av två deltagare med lång historik med negativt rösthörande fann man att mindfulnessintervention medförde mindre smärta i förhållande till att höra röster och att man i mindre grad trodde på rösterna (Newman-Taylor, Harper & Chadwick, 2009). För dessa två deltagare hade man ingen symtommätning men man undersökte grad av mindfulnessförmåga mätt med The Southampton Mindfulness of Voices Questionnaire. Författarna anser dock att övning i mindfulness medger en terapeutisk förändring i kognition och affekt särskilt i förhållande till rösthörande.

Chadwick et al. (2005) undersökte om den kliniska funktionen förbättrades då man erbjöd anpassad mindfulness intervention i grupp för psykopatienter med samtidig standard

psykiatrisk omvårdnad. Utfallsmått mätt med Clinical Outcomes Routine Evaluation (CORE) minskade men uppnådde inte signifikansnivå. Effektstorlek var inte undersökt. Efter interventionen erbjöds deltagarna att ranka åtta olika påståenden från mest till minst viktiga för förändring och i denna grupp blev ”mindfulnessinstruktionen” det påstående som rankades högst.

Chadwick, Hughes, Russell, Russell och Dagnan (2009) utförde en randomiserad studie i vilken effekten av modifierad MBCT för psykospatienter utvärderades. Samtliga deltagare hade fortsatt antipsykosmedicinering. Efter interventionen skedde en signifikant ökning i klinisk funktion mätt med CORE och en signifikant ökning i mindfulnessförmåga mätt med Southampton Mindfulness Questionnaire, båda resultaten med medium effektstorlek. Även i denna studie fick deltagarna ranka påståenden om vad man uppfattat som terapeutiskt i interventionen. Det viktigaste angavs ”universaliteten” (att andra personer kan ha liknande problem), näst viktigast var ”mindfulnessinstruktionen”.

Langer, Cangas, Salcedo och Fuentes (2011) utförde en kontrollerad replikationsstudie (av ovan refererad studie) där man använde Segals et al. (2002) struktur för MBCT men med de rekommendationer och anpassningar som Chadwick et al. (2005) utformat med anpassningar för personer med psykossjukdom. Kontrollgruppen var en väntelistegrupp för deltagande i mindfulness. Experimentgruppen (n=7) skattade efter behandlingsinterventionen signifikant högre på förmågan att reagera mindfullt på stressfyllda tankar och inre föreställningar jämfört med kontrollgruppen mätt med SMQ (se ovan refererade studie). Det var även hög effektstorlek. Den kliniska funktionen skattades med Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale dock utan signifikant skillnad vid eftermätning.

Bach och Hayes (2002) utförde en randomiserad kontrollerad studie av personer med positiva psykossymtom för att undersöka huruvida fyra sessioner av ACT kan förhindra återinläggning inom slutenvård. Jämfört med TAU minskade inläggning till slutenvården signifikant, trots att många av deltagarna rapporterade mer symtom enligt ett standardiserat skattningsförfarande. Författarna resonerade att behandlingen möjligen påverkar att patienter tror mindre på sina symtom och minskar därmed problematiska beteenden som kan följa symptomen.

I en annan randomiserad kontrollerad studie undersöker man om CFT kan vara en hjälp för återhämtning efter psykos (Braehler et al., 2013; Braehler, Gumley, Harper, Wallace, Norrie, & Gilbert, 2013). Man fann klinisk förbättring och signifikant ökning av compassion jämfört med sedvanlig behandling. Dessutom reducerades depressionsymtom och social isolering.

En metaanalys av mindfulness interventioner vid psykoser publicerades 2013 av Kohoury, Lecomte, Gaudio & Paquin. I den ingick tretton olika studier där sammanlagt 468 patienter med någon form av psykosjukdom undersöktes. Interventionen medveten närvaro visade på måttlig effektivitet i för- och efterstudier. Vid jämförelse med kontrollgrupp var effektstorleken liten till moderat. Medveten närvaro var måttligt effektivt för att minska negativa och affektiva symtom och för att öka funktion och livskvalitet. Resultaten i metastudien visade att mindfulness hade bättre effekt på negativa symtom jämfört med positiva symtom. I metastudien fanns ett starkt positivt samband mellan grad av medveten närvaro och behandlingsutfall. Sambandet stärktes med interventioner som fokuserar på acceptans och självmedkänsla. Författarna till metastudien menar att medveten närvaro och uppmärksamhet tycks ha betydelse för behandlingsutfall och att acceptans och självmedkänsla fungerar kompletterande. Då dessa fynd tolkas måste det beaktas att interventionerna i denna meta analys är väldigt olika. Vissa protokoll har mest fokus på meditation, andra hade mer sin grund i traditionell KBT med tillägg av meditation och ytterligare några hade mer fokus på acceptans och personliga värderingar (ACT). Trots heterogeniteten i behandlingarna i de olika studierna så har interventionerna fokuserats på processen att ändra relationen till psykosymptom istället för att förändra symptomen i sig. Med det sparsamma underlaget av studier, heterogeniteten i interventionerna och hur utfall mätts så drar författarna till metastudien slutsatsen att mindfulness interventioner för psykosjukdom kan vara ett gott komplement till farmaka och att mindfulness är en potentiellt aktiv komponent för att effektivisera och öka följsamhet i övrig behandling (Kohoury et al., 2013).

I en pilotstudie av Tabak och Granholm (2014) gjordes en utvärdering huruvida en anpassad form av mindfulness som en tilläggsintervention till sedvanlig behandling kunde påverka kognitiv funktion i positiv riktning. Författarna fann att arbetsminne och processhastighet förbättrades efter interventionen med stor effektstorlek. Verbal och visuell inlärning förbättrades med medel effektstorlek likaså förbättrades uppmärksamhet och vakt med medel effektstorlek. Förmåga till problemlösning ökade efter interventionen med liten effektstorlek. För kliniska symtom rapporterade patienter minskning i ångest, depression och övertygelse och tro på vanföreställningar mätt med Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory II och Psychotic Rating Scale. Inga förändringar i frekvens, duration och smärta vid auditiva hallucinationer. Pilotstudien sammanfattas med att mindfulness tycks leda till minskning i några av psykiatriska symtom som följer vid psykosjukdom och menar att



mindfulnessinterventioner för personer med psykos verkar vara ett lovande område för ytterligare forskning (Tabak & Granholm, 2014).

### **Syfte och hypoteser**

Syftet med denna studie är att utvärdera en kurs i mindfulness som erbjuds för patienter på psykosmottagningen i Malmö som komplement till övriga behandlingsinsatser. Kursen ges som en modifierad form av MBCT med maximalt åtta deltagare i en grupp, samma struktur på sessionerna, konkreta och korta meditationer, inget krav på hemuppgifter för att så långt som möjligt möta de begränsningar som följer med psykosjukdom. Till exempel att tillmötesgå neurokognitiva begränsningar som kan bestå i konkret verbal förmåga, försämrad minnesfunktion och svårighet att upprätthålla uppmärksamhet (Couture et al., 2011).

Mot bakgrund av den teori och de vetenskapliga studier som författaren sammanfattat i introduktionen är hypoteserna i denna studie följande:

- 1) Kurs i mindfulness ger en ökad grad av mindfulness.
- 2) Kurs i mindfulness leder till ökad klinisk funktion
- 3) Kurs i mindfulness leder till ökad självmedkänsla.

### **Metod**

#### **Design**

Utvärderingsstudien har en kvasi-experimentell design.

#### **Deltagare**

Kurserna erbjöds patienter knutna till vuxenpsykiatriin område psykos, öppenvård och nyinsjuknad i psykos. Till första kursen var det åtta patienter anmälda, varav sex patienter fullföljde hela kursen och utförde de efterföljande skattningarna. Till andra kursen var det åter åtta patienter anmälda och fyra deltagare som fullföljde kursen och även fyllde i de efterföljande skattningarna. Sammanlagt fullföljde tio personer kursen. Följande huvuddiagnoser återfanns bland de som slutförde kursen i mindfulness; paranoid schizofreni F.20.0 (3), odifferentierad schizofreni F20.3 (1), schizofreni ospecificerad F20.9 (1), schizoaffektivt syndrom F25.9 (2),

generaliserat ångestsyndrom F41.1 (1), andra specificerade depressiva episoder F32.8 (1) samt paniksyndrom utan aktuella symptom F41.0 (1).

Patienternas karaktäristiska vad gäller kön, ålder, utbildning och social status visas i tabell 1. Bland deltagarna i de två grupperna varierade psykosdiagnoserna, några av deltagarna hade inte en aktuell psykosdiagnos. Sex av deltagarna var sjukskrivna eller uppbar stadigvarande sjukersättning och fyra arbetade på deltid (i kombination med sjukskrivning), varav en på skyddad arbetsplats. Samtliga deltagare medicinerade med någon form av psykofarmaka. Sju av deltagarna medicinerade med neuroleptika. För att delta i studien drogs en gräns att man måste ha varit närvarande vid minst sex tillfällen av de åtta som interventionen bestod av. En deltagare deltog vid sex tillfällen. Två av deltagarna deltog vid sju tillfällen. De övriga sju deltagarna kom till samtliga kurstillfällen.

*Tabell 1. Bakgrundsdata för samtliga deltagare och de som fullföljde interventionen*

Karaktäristika	Samtliga n=16 (%)	Fullföljde n=10 (%)
<b>Kön</b>		
Kvinnor	10 (62,5)	6 (60)
Män	6 (37,5)	4 (40)
<b>Ålder</b>		
Min-Max	22-65	25-53
Medel	40,44	40,8
SD år	±11,466	±7,465
<b>Utbildning</b>		
Gymnasium	9 (56,2)	6 (60)
Läst på universitet, ej examen	6 (37,5)	4 (40)
Avslutat universitet	1 (06,3)	-
<b>Social status</b>		
Singel	14 (87,5)	6 (60)
Gift/sammanboende	2 (12,5)	4 (40)

## **Procedur**

Utvärderingen är utförd inom vuxenpsykiatrins öppenvård, område psykos i Malmö. Kurserna i mindfulness gavs som en tilläggsintervention, det vill säga samtliga deltagare hade någon form av stödkontakt, psykoterapeutisk behandling, farmakologisk behandling, arbetsterapeutisk och fysioterapeutisk behandling parallellt med kursen. Inklusionskriterium var att deltagarna behandlingsmässigt skulle tillhöra psykoskliniken i Malmö samt vilja delta i en kurs i mindfulness. Inför kursstart träffade någon av de tre ledarna patienterna individuellt för att informera om kursen och att man som deltagare bidrog till en uppsats på psykoterapeutprogrammet. Deltagarna fick information om vad detta innebar, fick skriva under informerat samtycke samt fylla i de tre i studien ingående skattningsskalor. Vid detta tillfälle prövade alla en kortare meditationsövning (cirka 10 minuter) liknande den som vi övade under kursen för att ha vetskap om vad man skulle komma att erbjudas och vad man förväntades kunna

uthärda. Vid sista kurstillfället hade vi en muntlig ostrukturerad gemensam utvärdering. Deltagarna fick då fritt komma med eventuella kommentarer och förslag på förbättring i kursformen. Denna studie är utförd på två olika kursomgångar av mindfulness, en under början av hösten 2014 och en kurs som påbörjades i november 2014 och som avslutades i början av februari 2015, med ett två veckors uppehåll för jul. Kursupplägget var för övrigt lika i båda grupperna. Efter kursavslut träffade någon av ledarna åter de deltagare som fullföljt kursen individuellt för ifyllande av skattningsskalor.

## Mätinstrument

*Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, 2004) är en skala konstruerad för att mäta medveten närvaro. Baer (2006) som har utvecklat skalan gjorde en studie över befintliga frågeformulär vilka avsåg att fånga mindfulnessbegreppet. Baer fann att innehållet i de olika skalorna kunde sammanfattas i fem faktorer; *observera* ("När jag går, lägger jag med avsikt märke till hur det känns att röra kroppen"), *beskriva* (verbalisera; "Jag är bra på att hitta ord som beskriver mina känslor"), *agera med medvetenhet* ("När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad" – omkodas), *icke-dömande attityd* ("Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga" – omkodas), och *icke reaktivitet till inre upplevelser* ("Jag lägger märke till mina känslor utan att behöva reagera på dem"). Svaren skattas på en 5 gradig Likertskala från 1 = aldrig/nästan aldrig till 5 = alltid. Hög poäng avspeglar högre nivå av mindfulness. FFMQ bedöms ha god intern reliabilitet och validitet. (Lilja, 2009, Lilja et al., 2011). I denna studie var Cronbach's alpha för hela skalan 0,76 vid förmätningen och 0,85 vid eftermätningen. För delskalorna var Cronbach's alpha vid för- och eftermätning: observera: 0,59 samt 0,44, beskriva: 0,82 samt 0,68, agera med medvetenhet: 0,73 samt 0,57, icke-dömande attityd: 0,76 samt 0,86 och icke reaktivitet till inre upplevelser: 0,80 samt 0,85.

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome measure* (CORE OM; Evans et al., 2002) består av 34 items som avser att mäta fyra huvudgrupper av problem: *subjektivt välmående* ("Jag har känt mig nöjd med mig själv"), *problem/symtom* ("Jag har känt mig spänd, ängslig eller nervös"), *fungerande* ("Jag har känt mig förfärligt ensam och isolerad"), och *risker* ("Jag har funderat på att skada mig själv"). Delskalorna problem/symtom och funktion har i sin tur flera olika delskalor. Svaren skattas på en 5 gradig Likertskala från 0 = aldrig till 4 = nästan hela tiden.

Höga poäng indikerar större problem. Testet bedöms ha god intern test-retest reliabilitet samt god konvergent och diskriminerande validitet (Evans et al., 2002). I denna studie var Cronbach's alpha för hela skalan vid förmätningen 0,92 och 0,94 vid eftermätningen. På delskalorna var Cronbach's alpha för delskalorna vid förmätning och eftermätning: för *subjektivt välmående*, 0,57 respektive 0,60, för *problem/symtom*, 0,88 respektive 0,88, för *fungerande*, 0,77 respektive 0,88, samt för *risk*, 0,62 respektive 0,80.

*Self-Compassion Scale, Short Form* (SCS SF; Neff, 2002) har 12 items som avser att mäta nivå av självmedkänsla. Även i denna skala skattar man i en 5 gradig Likertskala från 1 = stämmer inte alls till 5 = stämmer mycket bra. Högre värden indikerar bättre självmedkänsla. I den korta versionen kan man inte använda sig av subskalorna, utan bara se till poängen på helskala (Neff, 2002). SCS SF bedöms vara både reliabel och valid i förhållande till den långa skalan med 26 item (Neff, 2002; Raes, Pommier, Neff & Gucht, 2010). I denna studie var Cronbach's alpha för hela skalan 0,85 vid förmätningen och 0,73 vid eftermätningen.

### **Gruppledare**

Det var tre kursledare vid båda kursomgångarna varav författaren till föreliggande studie var en av dem. Författaren har fullföljt instruktörsutbildning i MBCT för Antonia Sumbundu. Sumbundu är leg psykolog, leg psykoterapeut och handledare i bland annat MBCT. Den andra ledaren var legitimerad fysioterapeut och hade fullföljt en utbildning i MBSR. Den utbildningen leddes av leg psykolog Helena Bjuhr som är certifierad MBSR lärare. Den tredje ledaren var legitimerad psykolog och har fullföljt instruktörsutbildning i MBSR för leg. läkare Ola Schenström. Schenström är specialist i allmänmedicin och är utbildad i USA av bland annat professor Jon Kabat-Zinn. Gruppledarna har tillsammans tidigare haft sammanlagt 6 omgångar av kurs i mindfulness.

### **Interventionen**

Kursen i mindfulness gavs som en starkt modifierad form av MBCT (Segal, et al., 2002) och enligt riktlinjer utformade av Chadwick et al. (2005). Kursen var på sammanlagt åtta gånger, sessionerna varade i 90 minuter med en kort paus i mitten. Sessionstiden kortades ner jämfört med brukliga 120 minuter vid MBCT. Det var samma struktur på alla sessioner, för att skapa trygghet och förutsägbarhet för deltagarna. Inledningsvis var ledarna mer aktiva och när

deltagarna blev mer trygga erbjöds de att bli mer aktiva i diskussioner och reflektioner. Sessionerna inleddes med 10 minuters meditation (med en kort body scan), sedan följde ett psykopedagogiskt inslag med tema följande struktur i MBCT. Agendan var starkt decimerad jämfört med MBCT. Innan paus åter 3 minuters meditation, så kallat andrum. Efter pausen inleddes sessionen med 10 minuters meditation som följdes av reflektion angående meditationen. Reflektionen var alltid i helgrupp, inga parövningar som ibland kan finnas i MBCT. Sessionerna avslutades med 3 minuters meditation. Samtliga meditationer i studien var begränsade till 10 minuter, i MBCT kan meditationerna vara upp till 60 minuter. I meditationen gavs täta konkreta instruktioner för att förekomma att deltagarna förlorar sig i symtom eller reaktion på dem, tappar uppmärksamhet eller dömer sig för att ha glömt instruktionen. I MBCT kan meditationer innehålla en längre tids tystnad. Deltagarna erhöll en CD skiva med inspelade meditationer, en meditation på 10 minuter och en 3 minuters andrum, för frivilligt övande hemma. Deltagarna fick även en del skriftligt material med information om mindfulness, autopilot, andningen, acceptans och SOAS modellen; **Stanna upp, Observera, Acceptera, Svara eller Släppa taget** (Schenström, 2007). Det skriftliga materialet var sammanfattningar av sessioner, de innehöll inga hemuppgifter. I MBCT räknar man med att hemuppgifter tar upp till 60 minuter per dag och man uppmanas att göra dessa sex dagar per vecka. Reflektionen i samband med meditationen under kursomgångarna syftade till att öva förmågan att observera och verbalisera det man upplevt. Att dela erfarenheter och tankar med personer som kämpar med liknande svårigheter bidrar bland annat till att det blir lättare att lägga märke till dömande, men även att deltagarna kan bistå varandra med råd och problemlösningar (Chadwick et al., 2009; Granholm et al., 2009). Reflektionen bidrar till att normalisera erfarenheter, de psykotiska symtomen och svårigheter med tillämpningen av mindfulness och meditationen (Chadwick, 2014).

## **Dataanalys**

Mjukvaran IBM SPSS 22.0 användes för studiens statistiska analyser. Den interna konsistensen analyserades med hjälp av Cronbach's alpha, både på helskalenivå för samtliga självskattningsinstrument CORE OM, FFMQ samt SCS SF samt delskalenivå för CORE OM samt FFMQ. Ett Cronbach's alpha  $> 0.70$  ansågs tillfredsställande (Björkqvist, 2012). Paired sample *t* test beräknades för att undersöka om förändringen mellan skattningstillfällena var

signifikant ( $p \leq 0.05$ ). Effektstorleken beräknades med Cohen's  $d$ , där mindre än 0,2 anses som betydelslös, 0,2-0,5 som liten effekt, 0,5-0,8 som måttlig effekt och mer än 0,8 som stor effekt.

## Etik

Kursdeltagarna informerades om att deras deltagande i mindfulness kursen och deras svar på självskattningsformulären skulle analyseras och sammanställas i en utvärderingsstudie inom ramen för en uppsats på psykoterapeutprogrammet. Resultaten redovisas på gruppnivå och som anonyma utsagor i den avslutande muntliga utvärderingen vid kursavslut. Deltagarna informerades vidare om att de när som helst kunde avbryta kursen och ifyllda skattningsskalor skulle om så önskades destrueras och tas bort från studien. Deltagarna skrev under ett informerat samtycke.

## Resultat

### Bortfallsanalys

t-test för oberoende stickprov användes för att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan bortfall och de som fullföljde hela kursen. Inga signifikanta skillnader hittades, även om de som hoppat av skattade något högre på delskalan "funktionsproblem" i CORE OM och något lägre på självmedkänsla i formuläret SCS SF.

### Förändring i skattningsresultat mellan för- och eftermätning

För att undersöka huruvida kurs i mindfulness ledde till ökad grad av mindfulness, ökad klinisk funktion samt ökad grad av självmedkänsla, användes paired sample t-test.

Som tabell 2 visar, blev det en signifikant förbättring för de deltagare som fullföljde kursen på hela FFMQ skalan,  $t(9) = -2,89$ ,  $p = 0,02$ ,  $d = -0,96$ , samt inom delskalorna "Observera",  $t(9) = -2,69$ ,  $p = 0,03$ ,  $d = 0,90$  och "Agera med medvetenhet",  $t(9) = -3,70$ ,  $p = 0,01$ ,  $d = -1,23$ .

För CORE OM fanns inga signifikanta ( $p < 0,05$ ) resultat. Dock visar resultaten en tendens till ökat välmående,  $t(9) = 2,20$ ,  $p = 0,06$ ,  $d = 0,73$ , och tendens till minskad risk för att skada sig själv eller andra,  $t(9) = 1,81$ ,  $p = 0,10$ ,  $d = 0,60$ .

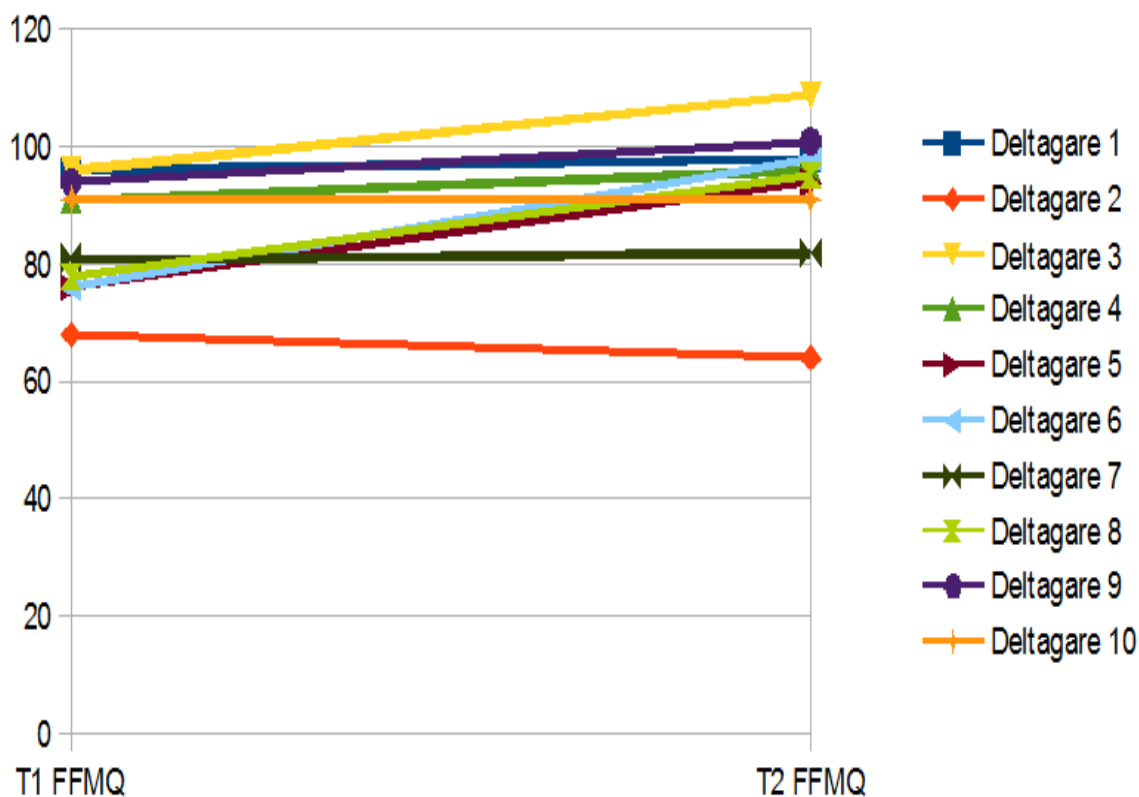
Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser, Paired Sample t-test samt effektstorlekar (Cohen´s d) för alla variabler.

Variabel	Förmätning		Eftermätning		t (9)	p	d
	M	SD	M	SD			
<b>FFMQ, total</b>	84,70	10,06	92,80	12,25	-2,89	0,02	0.96
Observera	22,70	4,27	24,80	3,58	-2,69	0,03	0.90
Beskriva	18,90	4,48	20,90	3,48	-1,54	0,16	0.51
Agera med medvetenhet	11,90	3,11	15,40	2,50	-3,70	0,01	1,23
Icke-dömande attityd	13,90	4,53	14,50	4,22	-0,65	0,53	0.22
Icke-reaktivitet till inre upplevelser	17,30	2,31	17,20	3,99	0,08	0,94	0,03
<b>CORE OM, total</b>	53,22	19,59	44,11	20,58	0,98	0,36	0.35
Brist på välmående	7,80	1,99	5,30	2,75	2,20	0,06	0.56
Symtom	22,56	9,84	20,11	8,67	0,58	0,58	0.58
Funktionsproblem	18,50	7,31	17,20	8,31	0,46	0,66	0.15
Risk för att skada sig själv eller andra	3,50	3,44	1,30	2,36	1,81	0,10	0.60
<b>Självmedkänsla</b>	35,70	9,70	36,10	6,74	-0,21	0,84	0,07



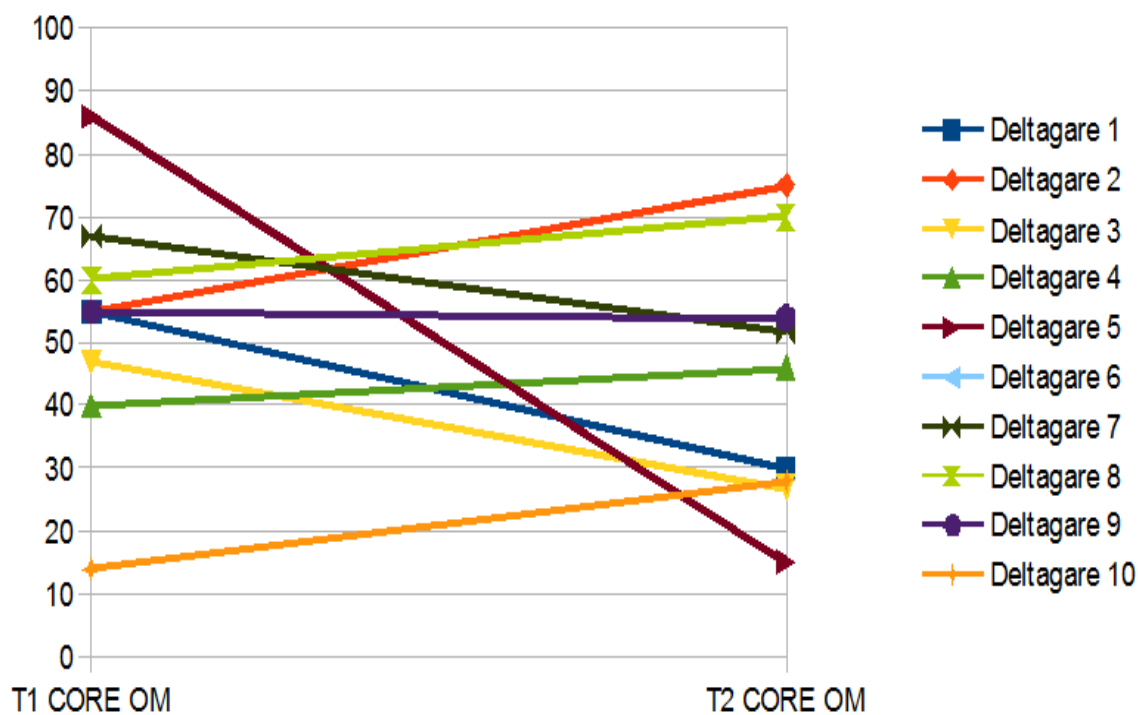
Figurer 1 – 3 nedan illustrerar förändringar i förmätning och eftermätning på helskalenivå för förmåga till mindfulness (FFMQ), klinisk funktion (CORE OM) och självmedkänsla (SCS SF).

Som figur 1 visar sker det således en ökning i förmåga till mindfulness för nästan alla individer. Skattningen vid för och eftermätning är dessutom relativt sammanhållen.



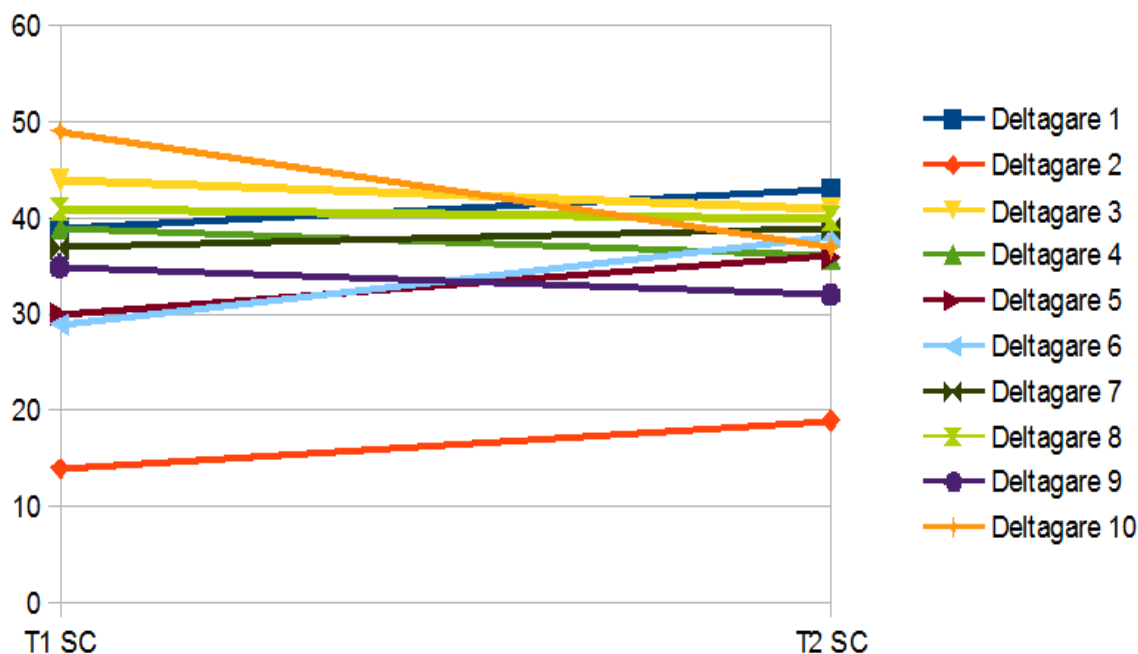
Figur 1. Förändring i självskattningsvärden för FFMQ för varje deltagare vid för-och eftermätning.

I skattningen av symtom som illustreras i figur 2 är det större spridning vid både för- och eftermätning. Cirka hälften av deltagarna skattar bättre klinisk funktion efter kursen och hälften av deltagarna skattar sämre klinisk funktion efter kursen i mindfulness.



Figur 2. Förändring i självskattningsvärden för total CORE OM för varje deltagare vid för- och eftermätning.

Även i skattningen av självmedkänsla som illustreras i figur 3 är det större spridning i skattningarna framförallt vid förmätningen. De flesta deltagarna skattar något ökad självmedkänsla efter interventionen.



Figur 3. Förändring i självskattningsvärden för SCS SF för varje deltagare vid för- och eftermätning.

### Diskussion

Syftet med föreliggande studie är att utvärdera en modifierad kurs i mindfulness på psykmottagningen i Malmö. På hela skalan i FFMQ återfinns en signifikant förbättring, dessutom med stor effektstorlek. Även på delskalorna ”observera” och ”agera med medvetenhet”, blir det i detta sample en signifikant förbättring med stor effektstorlek efter kursen i mindfulness. Sammantaget tycks det som att en kurs i mindfulness för personer med psykossjukdom bidrar till ökad grad av medveten närvaro, vilket bekräftar resultaten från tidigare studier (Newman Taylor et al., 2009; Chadwick et al., 2009; Langer et al., 2011). Studiens första hypotes blir därmed bekräftad.

Resultaten från tidigare studier angående huruvida en intervention i mindfulness även påverkar psykiatriska symptom är något divergerande (Chadwick et al., 2005; Langer et al., 2011). Chadwick et al. (2009) fann i sin studie av mindfulnessintervention vid psykossjukdom en signifikant minskning av psykiatriska symptom mätt med CORE, dock med medium effektstorlek. Langer et al., 2011 fann inte någon förbättring för kliniska symptom mätt med Clinical Global Impression–Schizophrenia Scale efter mindfulness intervention. Tabak och Granholm (2014) fann stora signifikanta minskningar i kliniska symptom efter mindfulnesssträning för en grupp med psykossjukdom.

På CORE OM blev det i detta sample inte någon signifikant ökning av klinisk funktion på helskalenivå. Ser man till de individuella svaren i denna studie på formuläret CORE OM är det stor variation i svaren, dessutom en deltagare vars skattning visar på en drastisk minskning i symptom. Det vill säga att deltagarna sinsemellan uppvisade varierande skattningar på klinisk funktion vid för- och eftermätningen. I CORE OM skattas klinisk funktion den senaste veckan. Kanske att man i detta över- eller underdriver symptom tillbaka i tiden? I detta sample bekräftades inte hypotesen att en mindfulness intervention bidrar ökad klinisk funktion. Från tidigare studier framkommer förslaget att man kanske skulle skattat psykossymptom istället för CORE OM (Chadwick et al., 2009). Dock är vår intention med kursen i mindfulness inte direkt avsedd att för lindra/minska psykossymptom. Utgångspunkten med mindfulness som en intervention, oavsett sjukdomstillstånd, är att vid bestående symptom finna ett annat sätt att svara mot dem och därigenom bli mindre plågad och hindrad av dem (Chadwick, 2014; Kabat-Zinn, 2004; Segal et al., 2002).

Delskalan ”Ökat välmående” i CORE OM visade dock tendens till förbättring. Den interna reliabiliteten för skala ”Ökat välmående” är inte tillfredsställande så resultatet måste tolkas med försiktighet (Cronbach’s alpha 0.57 resp. 0.60). Dessutom är det svårt att veta hur man kan härleda denna möjliga förbättring. Det skulle även kunna tänkas att gruppen i sig kan ha bidragit till välmående, vilket är uttalanden som framkommit i andra studier (till exempel Chadwick et al., 2009; Granholm et al., 2009) och som deltagare i denna studie medgett i den muntliga utvärderingen som en viktig faktor.

Neff (2003) uppger att en självskattningsskala är begränsad i att kunna fånga förmågan till självmedkänsla. Till viss del kan det förklaras av att många inte är medvetna om sin brist i förmåga till självmedkänsla, detta gäller särskilt för personer som undviker negativa känslor

(Neff, 2003). Känslor av skuld och stigmatisering är vanliga vid psykossjukdom (Braehler et al., 2013). Den tredje hypotesen att interventionen mindfulness leder till ökad självmedkänsla kunde inte bekräftas. Det blev ingen signifikant förändring av förmågan till självmedkänsla mätt med SCS SF. Valet av formuläret SCS SF i den här studien kan diskuteras eftersom intentionen med den modifierade kursen i mindfulness inte riktades direkt mot självmedkänsla mer än att via meditationerna och i de psykopedagogiska inslagen tala om ett icke dömande förhållningssätt. Mayhew och Gilbert (2008) föreslår att man inför baselineskattning av självmedkänsla har ett psykopedagogiskt inslag, eftersom begreppet självmedkänsla kan vara svårt att förstå. Om man inte har haft erfarenhet av meditation eller väldigt lite erfarenhet är det möjligt att man inte reflekterar över sin mindlessness i det dagliga livet. Det vill säga möjligen underskattas psykiatriska svårigheter eller symptom och kanske överskattas initialt även förmåga till självmedkänsla? (Lilja et. al., 2011). I resultatet av SCS SF ses en större spridning i de individuella skattningarna, framförallt vid förmätningen. Kanske kan det förklaras av att några i gruppen inte förstått begreppet eller har överskattat sin förmåga till självmedkänsla?

I en liten fallstudie av Mayhew och Gilbert, (2008) undersöktes utfallet av compassionate mind training för personer med psykossjukdom som hörde elaka röster. Trots att interventionen i studien syftade direkt till självmedkänsla förändrades resultatet inte på SCS (i den studien användes den längre versionen med 26 item). Dock uppvisade deltagarna en annan bild i dagboksanteckningar. Författarna konstaterar att baseline skattningarna uppnådde höga poäng på SCS och resonerar utifrån detta att deltagarna inte förstått innebörden i begreppet självmedkänsla. Kanske det varit möjligt att fånga en eventuell förändring i självmedkänsla i den här studien med mer kvalitativa metoder?

Graden av kognitiva svårigheter som kan följa med psykossjukdom kan bidra till att det dels kan vara svårt att fylla i långa och svåra skattningsformulär, dels att det kan vara svårt att omsätta ny teori i praktik. Den kognitiva svikten som kan följa med psykossjukdom kan även göra att det krävs fler tillfällen för att omsätta ny teori i praktik. En kurs i mindfulness riktad till personer med psykossjukdom behöver kanske bestå av fler tillfällen, vilket ju är en vanlig kommentar vi fått under utvärderingen i anslutning till kursavslut. Många deltagare efterfrågar en fortsättning på kursen. Det tycks som att mindfulness kursen bidrar till något som kursdeltagarna vill ha mer av. Meditationerna syftar till att öva att rikta och hålla uppmärksamhet, skifta uppmärksamhet och att förhindra att fastna i ruminerande. Kursen i mindfulness bidrar

möjligen till alternativa sätt att hantera, härbärgera, släppa taget på svårigheter så som de blir tydliga vid en meditation. Processer som återfinns inom begreppet acceptans (Bishop et al., 2004). Studien bekräftar tidigare resultat, mindfulness i en modifierad form för personer med psykossjukdom är både en genomförbar och säker intervention. Deltagarna tolererar meditationer upp till 10 minuter och kan reflektera över dessa erfarenheter samt relatera mindfulness till olika aktiviteter och situationer. Detta har man även sett hos individer med svårbehandlad psykos inom slutenvården (Jacobsen et al., 2011).

### **Etiska ställningstaganden**

Inför deltagande i kursen i mindfulness informerades samtliga deltagare individuellt och nogsamt om att deltagande och svaren på självskattningsformulären skulle sammanställas i en utvärderingsstudie. Det fanns tidigare utförda studier om mindfulness intervention vid psykossjukdom som visat på genomförbarheten av interventionen för patientgruppen. Det är dock till dags dato ett relativt begränsat underlag. Därför är interventionen utförd utifrån att noga följa de restriktioner som Chadwick et al. (2005) har utformat samt utifrån erfarenheter beskrivna i Morris et al. (2014). Ledarna har frekvent erbjudit deltagarna att ta kontakt vid frågor och funderingar. Personer med psykossjukdom är ofta stigmatiserade och behandlingsutbudet är fortfarande relativt begränsat (Morris et al., 2014). Det är därför av vikt att utpröva nya metoder. I den modifierade interventionen mindfulness är det endast konkret och avgränsat upptäckande/upplevande som uppmanas. Bedömningen är därför att det inte finns risk för men för deltagarna. Patienterna är dessutom väl uppknutna till mottagningen. Vid eventuellt uteblivande hade ledarna som rutin att ta kontakt med personen i fråga.

### **Begränsningar i denna studie**

Studien är gjord som en icke kontrollerad design och utesluter därmed möjligheten att dra slutsatser om effekten av kursen i modifierad mindfulnessintervention för den här kliniska populationen. Studien är utförd på ett litet sample (n=10), vilket försvårar möjligheten att dra korrekta slutsatser kring vad i mindfulness interventionen som lett till förändring. De mätinstrument som ingick i studien har i sig god reliabilitet och validitet i de kliniska grupper där de är utprovade (Lilja et al., 2011; Evans et al., 2002; Raes et al., 2010). I detta sample var Cronbach's alpha acceptabel för alla tre mätinstrument på hela skalorna vid både för- och

eftermätning. För fem av nio delskalor i mätinstrumenten FFMQ och CORE OM uppnådde Cronbach's alpha inte acceptabel nivå vid någon eller båda mättillfällena. Det finns därför utrymme för tvivel kring om dessa skalor är valida och reliabla för personer med psykosjukdom. Delskalorna ska därför användas med stor respekt.

Författaren var en av ledarna i kursen i mindfulness, vilket kan ha påverkat deltagarna i deras skattning. Vi som lett kurserna har varit med som deltagare i att dela med oss av erfarenheter och upplevelser under meditationer. Vi var även med i pausen och strävade efter ett avslappnat och informellt sätt. Detta kan ha påverkat deltagarnas skattningar i någon riktning. Diagnostiskt rådde stor heterogenitet bland deltagarna i denna studie, alla hade inte en aktuell psykosdiagnos. Att inte känna igen sig i andras beskrivningar av symptom kan kanske göra det svårare att skapa en grupp känsla. Den modifierade kursen i mindfulness på psykosmottagningen utfördes som en tilläggsintervention till annan behandling i de fall förändring skett är det svårt att veta vad som genererat den. Utifrån det lilla samplet, variationen i urval; ålder, diagnos, funktion och annan parallell behandling går det inte att göra någon generalisering från denna utvärderingsstudie.

Vid tidigare studier av mindfulness intervention för personer med psykosjukdom (Chadwick et al., 2005; Chadwick et al., 2009; Langer et al., 2011) är bortfall ca 30 %, vilket är överensstämmande med denna studie. De i denna studie som valde att inte fortsätta kursen skattade vid baseline något lägre på förmåga till självmedkänsla, men inga signifikanta skillnader hittades mellan de som fullföljde interventionen och bortfall. I Mayhew och Gilberts rapport (2008) resonerar man kring att symptom som paranoidea föreställningar och att höra elaka röster fungerar som ett säkerhetsbeteende, ett sätt "att hålla sig i skinnet". Därmed kan benägenheten att hitta ett alternativt förhållningssätt gentemot symptomen möjligen vara mindre? De som i denna studie valde att inte fullfölja mindfulnesskursen skattade även vid baseline lägre på delskalan "funktion" i CORE OM. Vid låg funktion kan det möjligen vara svårt att delta i en kurs och att våga dela erfarenheter med andra deltagare.

### **Slutsatser och fortsatt forskning**

En mindfulness intervention för personer med psykos leder i den här studien till ökad mindfulness mätt med FFMQ. Det bekräftar resultat från tidigare studier (Chadwick et al., 2009;

2014, Langer et al., 2011, Tabak & Granholm, 2014). Dock blev det i denna studie inte någon ökning i klinisk funktion och inte heller någon förhöjd självmedkänsla efter kursen i mindfulness.

Inom benämningen psykossjukdom finns en heterogen grupp med olika symtom och svårighetsgrad i symtom och därmed olika funktion och livskvalitet (Skårderud, et al., 2010; Morris, et al., 2014; ICD-10-SE). Finns det personer med psykossjukdom som mindfulness interventioner inte passar för? Fortsatt forskning behöver sträva vidare efter konsensus av den operationella användningen av mindfulness begreppet. Det är fortfarande oklart vilka mediatorerna är i mindfulness, acceptans och självmedkänsla i utfallen av de kliniska prövningarna. Vilka är möjliga moderatorer i hur man tillgodogör sig mindfulness övningar? Till exempel allvarlighet i sjukdomstillstånd, grad av funktionsnedsättning, grad av kognitiv nedsättning, duration av sjukdom, komorbiditet och medicinering. Hur kan man på bästa sätt mäta tillstånd och förändring för personer med psykossjukdom där det finns kognitiva nedsättningar eftersom det inte går att generalisera utfall från mätningar av andra psykiatriska sjukdomstillstånd? Att ha en psykossjukdom innebär att vara stigmatiserad av samhället. Dessutom råder en stark ”övertro” på medicinering vilket kanske hämmat utvecklingen och utbud av behandlingsinterventioner för personer med psykossjukdom (Morris et al., 2014). Det är därför angeläget att utarbeta nya behandlingsinterventioner för personer med psykossjukdom och interventionen mindfulness tycks vara en lovande tilläggsintervention.

## Referenser

- Abba, N., Chadwick, P. & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18*(1): 77-87. doi: 10.1018/10503300701367992
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1129
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10* (2), 125-143. doi:10.1093/clipsy/bpg015



- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krimmeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(01), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmady, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Björkqvist, K. (2012). *Introduktion till vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Braehler, C., Harper, J., & Gilbert, P. (2013). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In C. Steel (Ed.), *CBT for schizophrenia: evidence based interventions and future directions*. (pp. 236-266). Chichester: Wiley.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(2), 199-214. doi: 10.1111/bjc.12009
- Chadwick, P., Newman-Taylor, K., & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 33*, 351-359. doi:10.1017/S1352465805002158
- Chadwick, P., Harper, S., & Taylor, N, K. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 37*, 397-402. doi:101017/S135246580999018X
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioral and Cognitive psychotherapy, 37*, 403-412. doi: 10.1017/S1352465809990166
- Chadwick, P., (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 204*, 333-334. doi: 10.1192/bjp.bp.113.136044
- Couture, S. M, Granholm, E. L., & Fish, S. C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 125*, 152-160. doi:10.1016/j.schres.2010.09.020

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marinson, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British journal of psychiatry*, *180*, 51-60.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. East Sussex, England: Routledge.
- Granhölm, E., Ben-Zeev, & Link, P. C. (2009). Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioural social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(5), 874-883. doi:10.1093/schbul/sbp072
- Harris, R. (2011). *ACT helt enkelt. En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hayes, S. C. (2007). *Sluta grubbla börja leva*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *39*, 349-353.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. London: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Vart du än går är du där. Medveten närvaro i vardagen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 176-185. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
- Kingdon, D., & Turkington, D.G. (2008). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Publications.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*. Stockholm, Sweden: Natur och Kultur.
- Langer, A. I., Cangas, A. J., Salcedo, E., & Fuentes, B. (2011). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*(01), 105-109. doi: 10.1017/S1352465811000464

- Lilja, J. (2009) *Utveckling av en svensk version av Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ\_SWE)* Magisteruppsats, Linköpingsuniversitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Lilja, J., Frodi-Lundgren, A., Johansson Hanse, J., Josefsson, T., Lundh, L-G., Sköld, C., ... Broberg, A. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire-Reliability and factor structure: A Swedish version. *Cognitive Behavioral Therapy*, 40(4), 291-303. doi: 10.1080/16506073.2011.580367
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138. doi: 10.1002/cpp.566.
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (Eds.). (2014). *Acceptance and Commitment Therapy and mindfulness for psychosis*. United States: Wiley-Blackwell.
- Neff, K. (2002). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Newman Taylor, K., Harper, S. & Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397-402. doi:10.1017/S135246580999018X
- Ng, R., Fish, S. & Granholm, E. (2015). Insight and theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 225, 169-174. doi: org/10.1016/j.psychres.2014.11.010
- Nilsson, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om medveten närvaro*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Gucht van D. (2010). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255. doi: 10.1002/ccp.702
- Schenström, O. (2007). *Mindfulness i vardagen. Vägar till medveten närvaro*. Stockholm: Viva.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guildford Press.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri. Själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber AB.

- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steel, C. (2008). Cognitive Behavioural Therapy for psychosis: current evidence and future directions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 705-712. doi: 10.1017/S1352465808004785
- Svensk psykiatri. (2009). *SCHIZOFRENI kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (2. Uppl.). Stockholm: Svenska Psykiatriska föreningen och Gothia Förlag AB.
- Tabak, T. & Granholm, E. (2014). Mindful cognitive enhancement training for psychosis: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 157(0), 312-313. doi:10.1016/j.schres.2014.06.002
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2008). *Mindfulness. En väg ur nedstämdhet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, R. M. (2009). *Cognitive-Behavior Therapy for severe mental illness. An illustrated guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.