



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

# **Mindfulness vid psykos – en studie kring värdet av mindfulnessinriktad gruppbehandling vid psykossjukdom**

**Tomas Berg & Anna Christensson**

Psykoterapeutexamensuppsats 2016

Handledare: Lars-Gunnar Lundh  
Examinator: Mats Fridell

## **Tack!**

Stort tack till deltagarna i mindfulnessgruppen på Drottninggatan och särskilt tack till er som valde att vara med i vår studie. Vi känner stor tacksamhet över att gruppledarna Katja Malmberg och Åsa Isedal Åkesson på alla sätt varit hjälpsamma och underlättat för oss att genomföra studien. Vi vill nämna den höga grad av inspiration som kommit från läsningen av Katjas studie av tidigare kursomgångar av mindfulnessbehandlingen.

Stort tack också till Martina Johansson för värdefulla synpunkter och framför allt för idén till denna studie.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till Lars-Gunnar Lundh som på ett engagerat och kunnigt sätt väglett oss genom hela skrivandeprocessen.

## **Abstract**

The aim of this study was to explore experiences of a group-based mindfulness intervention for patients with psychosis, changes in mindfulness and acceptance after this intervention and possible connections with practice between sessions. Earlier studies have shown promising results with mindfulness-based interventions for patients with psychosis. Our study included five participants of a total of twelve in the treatment group. The group received an eight week course in mindfulness, modified for psychosis. The participants were assessed at baseline and after finishing the program. The measures used were Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). The participants of the study were given forms for daily registration of practice between the group sessions. The participants were interviewed about their experiences of the course after finishing, and evaluated the course's meaningfulness on a VAS-scale. The results showed minor improvements in acceptance and mindfulness for the two participants who had been practicing, one participant showed reliable change in the FFMQ wholesale and on the subscale non-reactivity. The interview and VAS-scale showed a high level of satisfaction regarding the perceived value, usefulness and meaningfulness of the course.

*Keywords:* mindfulness, psychotic disorders, group

## **Sammanfattning**

Syftet med denna studie var att utforska upplevelser av en mindfulnessbehandling i grupp för psykospatienter, förändringar i mindfulness och acceptans efter behandlingen och möjliga samband med övande mellan sessionerna. Tidigare studier med lovande resultat för mindfulnessbaserade interventioner för människor med psykosjukdomar har gjorts. I vår studie deltog fem deltagare av totalt tolv i behandlingsgruppen. Gruppen gick en åtta-veckor lång mindfulnessbehandling, modifierad för psykos. Baslinjemätning gjordes samt uppföljande mätning efter avslutad behandling. Mätinstrument som användes var Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) och Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Deltagarna fick arbetsblad för daglig registrering av övande mellan sessionerna. Deltagarna intervjuades efter avslutad behandling och utvärderade behandlingens meningsfullhet på en VAS-skala. Resultaten visade på små förbättringar avseende acceptans och mindfulness hos de två deltagare som hade övat, varav en deltagare visade reliabel förbättring på FFMQ totalskala och på subskalan icke-reaktivitet. Intervjun och VAS-skalan visade att deltagarna upplevde behandlingen som värdefull, användbar och meningsfull i hög grad.

*Nyckelord:* mindfulness, psykosjukdomar, grupp

## Innehållsförteckning

<b>Abstract</b> .....	3
<b>Sammanfattning</b> .....	4
<b>Innehållsförteckning</b> .....	5
<b>Bakgrund</b> .....	6
Tidigare forskning .....	7
Mindfulness vid psykos.....	8
Syfte.....	9
<b>Metod</b> .....	9
Deltagare .....	9
Procedur.....	10
Mätinstrument .....	10
Gruppledare .....	12
Etik .....	12
<b>Resultat</b> .....	13
<b>Diskussion</b> .....	21
Begränsningar och möjligheter för fortsatt forskning .....	23
<b>Referenser</b> .....	25

## Bakgrund

Idén kring denna studie uppstod utifrån den mindfulnessbaserade gruppbehandling som bedrivs inom område psykos i Malmö av Katja Malmberg och kollegor, som utvärderats i en mindre studie av Malmberg (2015). Behandlingsupplägget för denna grupp har utgått från åtta-veckors programmet i MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2002), som anpassats för psykos utifrån Chadwick, Newman-Taylor och Abbas (2005) rekommendationer kring mindfulness i samband med psykos. Vid läsning av Malmbergs studie väcktes frågor kring hur denna behandlingsform kan göras mest användbar för målgruppen. En central frågeställning kring denna studie var huruvida deltagarna övat på egen hand mellan träffarna och om de fortsatt använda färdigheterna efter behandlingens slut. Tidigare studier har visat signifikant samband mellan regelbundet övande och goda resultat i form av mindfulness, symptomreduktion och välmående (Carmody & Baer, 2008).

I mindfulnessbehandlingar såsom MBSR (Kabat-Zinn, 1990), MBCT (Segal *et al.*, 2002) och DBT (Linehan, 1993) är regelbundet övande en förutsättning för att färdigheten ska utvecklas och bli användbar. Vår tanke är att mindfulnessfärdigheter kan vara värdefulla för psykospatienter (Chadwick *et al.*, 2005), men att det även här krävs regelbunden träning för att denna färdighet ska bli möjlig att använda. Detta innebär särskilt stora svårigheter för psykosgruppen som kan ha svårt att genomföra hemuppgifter (Chadwick *et al.*, 2005), ofta upplever förändringar som hotfulla och vid krav och förväntningar kan reagera med undvikande.

I de mindfulnessgrupper som Malmberg (2015) har utvärderat gavs möjlighet för deltagarna att öva hemma mellan sessionerna utifrån en förinspelad meditationsövning. Dock var detta ett förslag som lämnades öppet för deltagarna att ta ställning till, inte som en självklar del av träningen som vid traditionell MBSR eller MBCT. Övandet utvärderas inte i studien.

Malmberg (2015) tar upp frågor som uppstod kring tillförlitligheten i resultaten av mätningar med hjälp av självskattningsskalor, bland annat kring begreppet *ökat välmående*. Malmberg har uppmärksammat att deltagarna i muntlig utvärdering betonade gruppens betydelse, och pekar på svårigheten att dra slutsatser kring vad som har bidragit till en upplevd förbättring. Vidare resonerar Malmberg kring möjliga svårigheter hos deltagarna att förstå vad som avses med olika begrepp, till exempel *självmedkänsla*, och identifiera dessa hos sig själv. Malmberg refererar till Mayhew och Gilbert (2008) som föreslår inledande psykopedagogiska inslag, för att om möjligt uppnå mer tillförlitliga självskattningar. I Mayhew och Gilberts studie märktes skillnader i resultaten av mätningar med hjälp av självskattningsskalor och de dagboksanteckningar deltagarna

gjorde. Malmberg lyfter frågan kring behov av kompletterande kvalitativa mätningar i studier av mindfulnessbehandling för psykospatienter.

Tanken uppstod hos oss att replikera undersökningen avseende FFMQ och lägga till en kompletterande acceptansskattning med AAQ-II, registrera hur deltagarna övat mellan sessionerna samt intervjua deltagarna kring deras upplevelser av användbarheten av mindfulnessstråningen.

### Tidigare forskning

Användning av mindfulnessfärdigheter vid psykologisk behandling har haft ett enormt genomslag sedan John Kabat-Zinn (1990) och Marsha Linehan (1993) introducerade sina terapiformer *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) respektive *Dialektisk beteendeterapi* (DBT). Detta blev en startpunkt för den riktning inom KBT som kallas "tredje vågen" där mindfulnessinriktade terapiformer såsom *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal *et al.*, 2002), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosdahl & Wilson, 1999), och *Compassion Focused Therapy* (CFT; Gilbert, 2010), bidragit till viktiga utvecklingar. En mindfulnessbaserad terapiform mer specifikt riktad mot psykosjukdom är *Person-Based Cognitive Therapy* (PBCT; Chadwick, 2006), som visat sig lovande i två mindre kliniska prövningar (Chadwick, *et al.*, 2005, Chadwick, Harper & Taylor, 2009).

RCT-studier kring mindfulnessinriktade behandlingar för patienter med psykosjukdom har gjorts inom ACT (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006; White, Gumley, McTaggart, Rattrie, McConville, Cleare, & Mitchell, 2011; Shawyer, Farhall, Mackinnon, Trauer, Sims, Ratcliff & Larner, 2012), och Compassion Focused Therapy (Braehler, Gumley, Harper, Wallace, Norrie & Gilbert, 2013). Dessa har visat lovande resultat, men har varit begränsade i omfattning.

Det har under de senaste årtiondena utvecklats en mängd olika instrument för att mäta mindfulness och acceptans. Vi har valt mätinstrumenten Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) och Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II, Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt & Waltz, 2011) utifrån att de är väl beforskade mätinstrument som använts i andra studier (Baer, 2010) och även vid studier kring mindfulnessbehandling vid psykos (Malmberg, 2015, & White *et al.*, 2011). Malmberg (2015) utvärderade två behandlingsomgångar av en åtta-veckors mindfulnessbehandling för patienter med psykosjukdom. Totalt tio deltagare fullföljde behandlingen. FFMQ var det enda mätinstrumentet i studien som visade en signifikant förbättring för totalskalan,  $d = 0,96$ , och för subskalorna,

*Observera*,  $d = 0,90$  och *Handla med medvetenhet*,  $d = 1,23$ . För övriga mätinstrument som användes i denna studie uppnåddes ingen signifikant förbättring. White *et al.* (2011) jämförde en tio-sessionsbehandling med Acceptance and Commitment Therapy med standardbehandling (Treatment As Usual, TAU) för 27 patienter med diagnosticerad psykossjukdom. Ett mätinstrument som användes var AAQ-II. Jämförelser gjordes före och tre månader efter behandlingen och visade ingen signifikant förbättring på detta instrument,  $d = 0,13$ , men visade som helhet att behandlingen tolererades väl och verkade lovande som behandling för negativa symtom och depression.

Kohoury, Lecomte, Gaudiano och Paquin (2013) publicerade en metaanalys utifrån 13 olika studier och 468 patienter med psykossjukdom. Mindfulnessinterventioner uppvisade måttlig effektstorlek vid jämförande för- och eftermätningar. I jämförelser med kontrollgrupp var effekten liten till moderat. Effekten var måttlig avseende minskning av negativa och affektiva symtom samt avseende förbättring av funktionsnivå och livskvalitet. Samtliga effekter var bättre för positiva än för negativa symtom. Slutsatsen som författarna drar är att mindfulnessinterventioner kan vara ett bra komplement till psykofarmaka och kan vara till hjälp för att effektivisera och öka följsamhet till övrig behandling.

Vikten av regelbundet övande för att utveckla mindfulnessförmåga har undersökts av Carmody och Baer (2008) i en studie av 174 deltagare som fullföljt en åtta-veckors behandling i MBSR med signifikant förbättring på FFMQ som helhet och på alla fem subskalor (medelstarka till starka effekter på alla delskalor,  $d = 0,47-0,91$ ). Resultaten i denna studie visade att det totala antalet minuter som deltagarna övat hemma var signifikant relaterat till utfallsmått avseende mindfulness, symtomreduktion och välmående. Ju mer övande desto större förbättring i psykiskt fungerande. Resultaten överensstämde mer med idén att psykiskt fungerande förbättras på grund av att deltagarna blivit bättre på att observera sina inre upplevelser på ett icke-dömande och icke-reaktivt sätt samt att rikta uppmärksamhet på sina dagliga aktiviteter (Baer, 2010).

### Mindfulness vid psykos

Att använda mindfulness i psykosbehandling innebär att vissa anpassningar behöver göras av övningsstrukturen för att den inte ska bli för utmanande för patientgruppen. Chadwick *et al.* (2005) var tidiga med att utarbeta riktlinjer som sedan använts i andra mindfulnessbehandlingar för psykos (Morris, Johns & Oliver, 2014). Det grundläggande förhållningssättet är att hålla övningarna så konkreta som möjligt och begränsa längden på meditationerna. Vid positiva psykossymtom,



såsom rösthallucinos, paranoida vanföreställningar och annan hallucinos bör längden inte överskrida tio minuter, då längre tid riskerar att öka obehaget av sådana upplevelser. Verbala instruktioner bör ges återkommande, var 30:e till 60:e sekund, eftersom lång tystnad kan förstärka psykotiska symtom. Vid metaforanvändning skall metaforerna hållas enkla och återkopplas för att försäkra sig att de inte uppfattats alltför konkret. Hemuppgifter bör ges utan krav. För att säkra trygghet och förutsägbarhet bör strukturen på sessionerna och meditationerna vara återkommande och konsekvent. Gruppen bör inte vara för stor och sessionslängden inte för lång (Chadwick *et al.*, 2005). Dessa anpassningar har också legat till grund för den behandling som våra deltagare deltagit i (Malmberg, 2015).

### Syfte

Att undersöka upplevelser av en gruppbehandling i mindfulness hos patienter med psykos, samt individuella förändringar i mindfulness och acceptans utifrån mätinstrumenten FFMQ och AAQ-II, och möjliga samband med övande mellan sessionerna.

## **Metod**

### Deltagare

De fem deltagarna i vår studie hämtades från en mindfulnessbaserad gruppbehandling som hölls på Öppenvårdsmottagningen Drottninggatan, Område Psykos i Malmö. Behandlingen erbjöds patienter som hade kontakt med Öppenvårdsmottagningen Drottninggatan eller Öppenvårdsmottagningen Kamrergatan, NIP-teamet (nyinsjuknad i psykos). Mindfulnessbehandlingen erbjöds som ett komplement till annan behandling på respektive öppenvårdsmottagning, till exempel stödsamtal, familjesamtal, medicinering och rehabiliteringsinsatser mot arbete/skola. Inklusionskriterier för att ingå i gruppbehandlingen var psykosdiagnos enligt ICD-10 F20-F29, personer över 18 år, aktuella inom öppenvården i Område Psykos Malmö, som själva hade anmält intresse av att ingå i mindfulnessgruppbehandling och hade tillräckliga kunskaper i svenska språket (ej behov av tolk). Inför uppstart av gruppbehandlingen satt anslag med information i väntrummen.

Alla behandlare på de olika mottagningarna hade kännedom om den planerade gruppbehandlingen och informerade sina patienter om möjligheten att delta. Samtliga patienter som anmälde intresse av att delta, träffade gruppledarna individuellt för utförlig information om innehållet i mindfulnessbehandlingen.

## Procedur

Två gruppleddare (fysioterapeut och psykolog) höll i den ovan beskrivna behandlingsgruppen. Gruppleddarna träffade samtliga deltagarna en till två veckor före behandlingsstart för information kring innehåll och upplägg i gruppbehandlingen. Deltagarna fick då prova på en meditationsövning. Initialt anmälde sig tretton patienter till mindfulnessgruppen, varav två hoppade av före behandlingsstart. Ytterligare en deltagare tillkom strax före behandlingsstart.

Vid första sessionen presenterade gruppleddarna att en studie skulle komma att kopplas till behandlingen, med möjlighet för behandlingsdeltagarna att tacka ja eller nej till att medverka. De behandlingsdeltagare som avböjde deltagande i uppsatsförfattarnas studie fortsatte oförändrat att vara med i behandlingsgruppen. Behandlingsdeltagarna informerades om att de i samband med session två skulle få träffa uppsatsförfattarna och få information om studien. Vid detta tillfälle hade uppsatsförfattarna med sig samtyckesformulär till de deltagare (fem) som önskade medverka i studien samt förmättningsformulär (FFMQ samt AAQ-II). Vid tredje sessionen delade behandlingsledarna ut CD-skivor för meditationsövningar mellan sessionerna och i samband med detta även uppsatsförfattarnas formulär för registrering av antal dagar deltagarna hade övat hemma. Eget övande uppmuntrades men presenterades inte som obligatoriskt utan som något deltagarna själva valde att göra eller avstå från. Behandlingsledarna frågade under grupp-sessionerna deltagarna kring eget övande men någon strukturerad utvärdering gjordes inte. En till två veckor efter avslutad behandling träffade uppsatsförfattarna behandlingsdeltagarna individuellt för eftermätningar (FFMQ samt AAQ-II), insamling av registreringsformulär för övande mellan sessionerna, ifyllande av VAS-skala avseende upplevelse av behandlingens meningsfullhet samt genomförande av strukturerad intervju bestående av sex frågor. För en deltagare skedde eftermätningen mer än en månad efter avslutad behandling på grund av deltagaren fick förhinder av olika slag och intervjutillfället fick därför skjutas fram.

## Mätinstrument

*Five Facets Mindfulness Questionnaire*, (FFMQ), 29 items (svensk översättning och nedkortad version, Lilja, 2009). FFMQ är en självskattningsskala konstruerad av Baer *et al.* (2006) för att mäta mindfulness. I deras studie sammanställdes fem existerande skalor för att mäta mindfulness till en skala med 39 items. Via faktoranalyser av de olika skalornas mått identifierades fem tydligt identifierbara faktorer: *observera, beskriva, handla med medvetenhet, icke-värderande*

av inre upplevelser och icke-reaktivitet på inre upplevelser (Baer *et al.*, 2006, Baer, 2010). Svaren skattas på en femgradig Likertskala (1=aldrig/nästan aldrig, 5=alltid). Skalan blandar items med vanlig och omvänd poängsättning. Höga poäng avspeglar högre grad av mindfulness. Den svenska 29-items versionen av FFMQ har precis som den ursprungliga engelska versionen god intern reliabilitet och validitet (Lilja, 2009, Lilja, Frodi-Lundgren, Johansson Hanse, Josefsson, Lundh, Sköld & Hansen, 2011). För den svenska 29 items versionen var Cronbach's alpha för hela skalan 0,81 och för delskalorna: *Observera* 0,75; *Beskriva* 0,85; *Handla med medvetenhet* 0,82; *Icke-värderande av inre upplevelser* 0,82; och *Icke-reaktivitet på inre upplevelser* 0,75. (Lilja, 2009).

*Acceptance and Action Questionnaire-II*, (AAQ-II), 10 items, (Lundgren & Parling, 2009, [https://contextualscience.org/files/AAQ-2\\_SE\\_0.pdf](https://contextualscience.org/files/AAQ-2_SE_0.pdf)). AAQ-II (Bond *et al.*, 2011) är en senare version av självskattningsskalan AAQ, (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino & Polusny, 2004). Skalan syftar till att mäta förmåga till acceptans, upplevelsemässigt undvikande och psykologisk flexibilitet. Svaren skattas på en sjugradig Likertskala (1 = aldrig sant till 7 = alltid sant). Bond *et al.* (2011) fann att instrumentet har goda psykometriska egenskaper med Cronbach's alpha 0,84 vid förmätning, 0.81 efter tre månader, och 0.79 efter 12 månader. Skalan blandar items med vanlig och omvänd poängsättning. Låga poäng avspeglar högre grad av psykologisk flexibilitet.

*Registrering av övande* i utdelat veckoschema för tiden mellan session tre och avslutningen, med kryssmarkering för de dagar man övat.

*Visuell Analog Skala*, (VAS) avseende upplevelse av behandlingens meningsfullhet (1 = inte meningsfull alls, 10 = bland det mest meningsfulla jag upplevt inom vården).

*Strukturerad intervju* med fokus på egna upplevelser och uppfattningar om användbarhet av mindfulnesssträningen och deltagande i behandlingen. Frågorna som ställdes berörde orsaker till varför deltagarna ville gå en kurs i mindfulness, om man hade övervägt att ej avsluta påbörjad kurs, vad man upplevde som meningsfullt, åsikter kring värdet av att få dela sina upplevelser med andra respektive att få ökad kunskap om mindfulness samt vilken användning trodde sig kunna få av att ha gått kursen.

## Gruppledare

Mindfulnessgruppen leddes av två gruppledare, Katja Malmberg och Åsa Isedal Åkesson, båda anställda på Öppenvårdsmottagningen Drottninggatan som psykolog respektive fysioterapeut. Båda har egna erfarenheter av mindfulness. Katja Malmberg är legitimerad psykoterapeut med inriktning KBT och är utbildad mindfulnessinstruktör.

## Etik

Alla moment i studien utfördes i enlighet med etiska riktlinjer och aktuell lagstiftning. Patienterna omfattades av sedvanliga patientförsäkringar. Tidigare gjorda studier om mindfulnessbehandling vid psykossjukdom har visat på genomförbarheten av interventionen för patientgruppen (Chadwick *et al.*, 2005, Chadwick, 2006, Jacobsen, Morris, Johns & Hodkinson, 2011). Studierna har visat att patientgruppen klarar kortare meditationer och endast konkret och avgränsat utforskande uppmuntras. Den behandling som vår studie utgick ifrån har tidigare utvärderats. Bedömning gjordes utifrån denna bakgrund att risk för men för deltagarna ej förelåg. Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke. Behandlingsledarna var informerade om att deltagarna kunde tacka nej till studien och att detta ej påverkade möjligheten att fullfölja mindfulnessbehandlingen. Behandlingsledarna hade kännedom om vilka behandlingsdeltagare som även deltog i studien. Deltagarna i studien erhöll tydlig information om möjligheten att opåverkat fortsätta den påbörjade mindfulnessbehandlingen, samt övrig pågående vård på respektive mottagning, även vid eventuellt avhopp från deltagande i studien.

Studiematerialet kodades och kodnyckeln samt undertecknade samtyckesblanketter förvarades i ett låst arkiv på NIP, öppenvårdsmottagningen, Kamrergatan. Insamlat kodat material förvarades i låst skåp på Psykosmottagningen, Baravägen i Lund. Endast anställda med nyckel hade tillgång till arkivet och det låsta skåpet. Efter avslutad studie destruerades materialet.

## Resultat

Nedan presenteras resultaten av våra för- och eftermätningar, tabell 1-4. Resultaten av intervjuerna presenteras därefter i sin helhet, tabell 5-10. I redovisningen av materialet i uppsatsen är deltagarna avidentifierade. Vissa uppgifter från intervjudelen är borttagna för att enskilda deltagare inte ska kunna identifieras.

En fråga vi ville undersöka i arbetet med studien och uppsatsen var hur deltagarna hanterade övade mellan gruppträffarna. Det visade sig att två av deltagarna övade regelbundet (ID 9, 21 övningstillfällen och ID 10, 24 övningstillfällen). Övriga deltagare övade inte mellan träffarna.

I tabell 1 visas totalpoängen för hur deltagarna skattat på för- och eftermätning på FFMQ respektive AAQ-II samt hur de skattat behandlingens meningsfullhet. Att notera är att ID 8 och ID 12 skattar sina förmågor till mindfulness högt och ID 8 skattar även acceptans/psykologisk flexibilitet högt (låga poäng på AAQ-II). Trots att båda sedan försämras i eftermätningen på FFMQ och ID 8 även på AAQ-II, så skattar de meningsfullheten högt, 8 respektive 10 på VAS-skalan. ID 4 skattar låg förmåga på både FFMQ och AAQ-II och försämras i eftermätningen på FFMQ, men skattar trots det meningsfullheten högt med 7 på VAS-skalan. ID 9 och ID 10 (som också är de som övat) visar förbättringar på alla mått och skattar även meningsfullheten högt, 10 respektive 7.

Tabell 1. *Poäng före och efter behandling på Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) och Action and Acceptance Questionnaire (AAQ) för de fem gruppdeltagarna samt skattning av behandlingens meningsfullhet (VAS-skala: 1= inte meningsfull alls, 10= bland det mest meningsfulla jag har upplevt inom vården).*

ID	FFMQ		AAQ-II		VAS-skala
	Före	Efter	Före	Efter	Efter
4	68	61	64	63	7
8	112	104	24	27	8
9	78	94	49	48	10
10	93	101	43	39	7
12	100	99	46	44	10

I tabell 2 visas genomsnittliga skattningar på subskalorna i FFMQ. Skattningarna visar relativt små förändringar åt båda hållen, med några större försämringar för ID 4 på subskalan *Beskriva* och ID 8 på subskalan *Handla med medvetenhet*. En större förbättring för ID 9 på subskalan *Icke-reaktivitet* kan noteras.

Tabell 2. Poäng i genomsnitt före och efter behandling på subskalorna till *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)* för de fem gruppdeltagarna.

ID	Observera		Beskriva		Handla med medvetenhet		Icke-värderande		Icke-reaktivitet	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
4	2,43	2,29	4,00	3,17	1,60	1,40	1,80	1,80	1,67	1,67
8	3,86	4,43	4,17	4,00	4,00	3,00	3,80	3,00	3,50	3,17
9	3,14	3,43	3,17	3,67	2,80	2,80	2,40	3,20	1,83	3,00
10	3,57	3,57	3,67	4,17	2,60	3,20	2,80	2,60	3,17	3,67
12	4,29	4,57	4,33	4,33	2,80	2,80	2,20	1,60	3,17	3,17

I tabell 3 visas reliabelt förändringsindex RCI för totalskalorna för FFMQ respektive AAQ-II. Endast en deltagare, ID 9, uppnår en reliabel förändring på totalskalan för FFMQ med 2,20 (cut off 1,96 enl. Lambert & Ogles, 2009).

Tabell 3. Reliabelt förändringsindex (RCI)<sup>1</sup> på *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*<sup>2</sup> och *Action and Acceptance Questionnaire (AAQ)*<sup>3</sup> för de fem gruppdeltagarna.

ID	FFMQ	AAQ
4	-1,04	-0,22
8	-1,17	0,67
9	2,20	-0,22
10	1,08	-0,89
12	-0,17	-0,45

1 RCI beräknat utifrån Lambert & Ogles (2009), med cut off 1,96.

2 Standardavvikelser (SD) uppdelade på kön är hämtade från Lilja (2009), där en svensk översättning av den ursprungliga FFMQ-skalan med 39 items använts. Alfa-värden är hämtade från Lilja *et al.* (2011), där den svenska FFMQ-skalan med 29 items använts. I denna senare studie redovisas SD uppdelat på kön för delskalorna *Observera* och *Beskriva* med små skillnader <0,04 jämfört med den tidigare studien, varför vi antar att skillnaderna för totalskalan och de övriga delskalorna också är små.

3 Standardavvikelser (SD) och Alfa-värde är hämtade från Andersson & Freidnitz (2007), n=20, som har liknande värden som den ursprungliga internationella studien av AAQ-II (Bond *et al.*, 2011).

I tabell 4 visas reliabelt förändringsindex RCI för subskalorna på FFMQ. Två deltagare, ID 9 och ID 10, uppvisade klara tendenser till förbättring på flera subskalor och var också de deltagare som övat hemma mellan sessionerna. Den största förbättringen skedde hos ID 9 i subskalan *Icke-reaktivitet* med 2,85 som var det enda reliabelt förbättrade värdet. Två deltagare uppvisade reliabelt försämrade värden i subskalorna *Beskriva* med -2,13 (ID 4) och *Handla med medvetenhet* med -2,63 (ID 8).

Tabell 4. *Reliabelt förändringsindex (RCI)<sup>1</sup> på subskalorna till Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)<sup>2</sup> för de fem gruppdeltagarna.*

ID	Observera	Beskriva	Handla med medvetenhet	Icke-värderande	Icke-reaktivitet
4	-0,32	-2,13	0,53	0,00	0,00
8	1,30	-0,44	-2,63	-1,67	-0,79
9	0,62	1,28	0,00	1,63	2,85
10	0,00	1,28	1,62	-0,41	1,20
12	0,64	0,00	0,00	-1,25	0,00

<sup>1</sup> RCI beräknat utifrån Lambert & Ogles (2009), med cut off 1,96.

<sup>2</sup> Standardavvikelser (SD) uppdelade på kön är hämtade från Lilja (2009), där en svensk översättning av den ursprungliga FFMQ-skalan med 39 items använts. Alfa-värden är hämtade från Lilja *et al.* (2011), där den svenska FFMQ-skalan med 29 items använts. I denna senare studie redovisas SD uppdelat på kön för delskalorna *Observera* och *Beskriva* med små skillnader <0,04 jämfört med den tidigare studien, varför vi antar att skillnaderna för totalskalan och de övriga delskalorna också är små.

I tabell 5 visas intervju svaren till frågan kring varför deltagarna ville gå mindfulnesskursen. Av svaren kan utläsas att samtliga deltagare kunde relatera till vad en mindfulnesskurs innebär och hade förväntningar på att kunna uppnå olika positiva psykologiska förändringar.

Tabell 5. *Intervjusvar fråga 1*

ID	Vad gjorde att du ville gå mindfulnesskursen?
4	Blev ett avbrott i min ganska tomma tillvaro. Intresserad av mindfulness, visste att det är bra, att man kan bli lugn och samlad av det.
8	Att hitta en plats inom sig där man inte påverkas av de yttre och inre saker som plågar en. Går att få kontroll på tankar och känslor och hitta harmoni.
9	Har sedan tidigare god erfarenhet av ( <i>annan meditationsform</i> ) och tänkte att mindfulness kunde vara en bra påbyggnad eller en ersättning, för att man i mindfulness inte går lika djupt. ( <i>Annan meditationsform</i> ) kan väcka obehag och känslor av överklighet och leda till att man tappar kontrollen.
10	Blev rekommenderad av ordinarie vårdgivare på mottagningen att gå kursen. Hoppades att kursen skulle hjälpa mig att hantera min ångest.
12	Vill uppnå inre frid på ett lättillgängligt sätt och hittade information i väntrummet om kursen.

I tabell 6 visas intervjusvaren gällande tidigare erfarenhet av mindfulness. Två deltagare, ID 4 och ID 12, har gått kursen tidigare. De två deltagare som övade mellan gruppträffarna, ID 9 och ID 10, saknade mindfulnesserfarenhet sedan tidigare.



Tabell 6. *Intervjusvar fråga 2*

ID	Har du någon tidigare erfarenhet av mindfulness – om ja – vilken?
4	Ja. Gick kursen ( <i>tidpunkt</i> ) med samma ledare. Tyckte om det sociala, det var jättetrevlig att träffa andra människor. Uppskattade att få reflektera tillsammans med andra, uppskattade erfarenhetsutbytet av gemensamma problem, för mig var det framför allt ( <i>symptom</i> ). Hade inte räknat med att det, blev en positiv överraskning, trodde att det mest var mindfulnessövningarna som skulle bli det viktiga. Det påminde om hur jag föreställer mig AA-möten är. Det var jätkligt givande att få prata med andra.
8	Träffade en person från ( <i>plats</i> ) vid 20-års ålder som lärde ut meditation. Fortsatte därefter meditera på egen hand under en femårsperiod och har haft fortsatt god användning av de färdigheter jag lärde mig i meditationen.
9	Nej.
10	Nej.
12	Har varit intresserad av yoga och meditation sedan 13-14-års ålder. Har gått kursen två gånger tidigare. Har använt mindfulnessskiva från ( <i>annan kursarrangör</i> ) två gånger per dag under en tvåmånaders-period i somras. Har även provat Jon Kabat-Zinns-skiva.

I tabell 7 visas intervjusvaren kring huruvida deltagarna någon gång under kursen funderat på att avbryta och varför de i så fall fullföljt. Endast deltagare ID 12 hade tänkt tanken, men hade valt att fortsätta på grund av positivt upplevande av mindfulness.

Tabell 7. *Intervjusvar fråga 3*

ID	Funderade du någon gång på att avbryta kursen och i så fall varför? Vad fick dig i så fall att välja att ändå fullfölja den?
4	Nej, aldrig.
8	Aldrig!
9	Nej.
10	Nej.
12	Funderade på att avbryta i mitten av kursen på grund av medicinnedtrappning. Bestämde mig ändå för att fortsätta för att jag aldrig har ångrat en mindfulnessstund.

I tabell 8 visas intervju svaren kring vad kursen inneburit och vad deltagarna upplevt som meningsfullt. Alla deltagarna gav personliga svar med betoning på olika faktorer såsom erfarenhetsutbyte, gemenskap, lära sig nya saker, komma hemifrån, tips och idéer, förståelse, hjälp att se till att övande blir av, hantera ångest, lära sig om meditation för psykos, minska behovsmedicinering, uppmärksamma kroppens signaler samt tänka mer konkret på problem.

Tabell 8. *Intervjusvar fråga 4*

ID	Vad har det inneburit för dig att gå kursen – vad har varit meningsfullt för dig?
4	Erfarenhetsutbyte, att få prata om mina problem med andra som har egna erfarenheter av liknande problem. Det var mer meningsfullt än mindfulnessövningarna. Övningarna har för mig egentligen bara fungerat en enda gång (blev avslappnad) under den här kursen. Annars tänkte jag på annat hela tiden. Lyckades inte alls med närvaron här och nu.
8	Gemenskap med både kurskamrater och ledare. Att få lära sig lite av det man inte har kunnat. Intressant med fokus på diafragman. Har gått en kurs en gång tidigare 2014. Var berikande med gruppen och guidad vägledning. Inget flummigt utan realistiskt och användbart.
9	Dels att komma hemifrån och att få träffa trevliga människor. Att få höra vad andra känner och upplever, få feedback, tips, idéer och förståelse från andra. Bra med ledare för då blir det (övandet) gjort! Ledarna håller takten och drämmer inte till med det värsta utan det blir ett lagom tempo. Jag klarar inte av om det blir för mycket, blir då ångestfylld.
10	Först och främst gjorde det min ångest mindre och för det andra så visste jag inte innan vilken typ av meditation som passar för psykos. Har kunnat minska min vid-behovs-medicinering (mot ångest) från tre till noll tabletter per dag.
12	Uppmärksammar kroppens signaler bättre. Neutraliserar oro och hjälper att tänka mer konkret på problemen.

I tabell 9 visas intervju svaren kring huruvida mindfulness eller delandet av upplevelser varit viktigast. Tre deltagare, ID 8, ID 10 och ID 12, svarar att båda delarna varit ungefär lika viktiga. ID 4 betonar delandet av upplevelser med andra medan ID 9 betonar mindfulness tekniken och användbarheten av denna i vardagen.

Tabell 9. *Intervju svar fråga 5*

ID	Vad har varit viktigast för dig – att lära dig om mindfulness eller att få möjlighet att dela dina upplevelser med de andra i gruppen?
4	Att få dela mina upplevelser med de andra i gruppen, har varit klart givande!
8	Fifty-fifty. En fin grupp. Har fortsatt kontakt med en i gruppen. Viktigt med fokus på andningen.
9	I förlängningen är det mindfulness. Kommer kunna använda tekniken i vardagen när de andra i gruppen inte längre finns där.
10	60% att lära mig om mindfulness, 40% att dela upplevelser med andra.
12	Både och, 50/50. Uppmärksammat hur lika vi är. Jag har sett att andra också tappar fokus efter en kort stund, cirka 20 sekunder, på grund av studsande tankar. Alla får sådana tankar. Acceptans och att kliva ur klocktiden är viktiga mindfulnessövningar. Acceptans är till stor hjälp för att härda ut.

I tabell 10 visas intervju svaren kring användning av det man lärt sig efter kursens slut. Alla har tankar om att de skulle kunna ha nytta av det de lärt sig. Endast de två deltagare som övat, ID 9 och ID 10, uttrycker sig lite mer säkert kring att fortsätta använda mindfulness.

Tabell 10. Intervjusvar fråga 6

ID	Vilken användning tror du att du kommer kunna ha av det du har lärt dig?
4	Tekniken har jag nytta av om jag använder den – vilket jag aldrig gör. Jag känner apati, sitter där framför tv:n med ( <i>symptom</i> ) och blir handlingsförlamad. Är inne i huvudet hela tiden. Det verkar som om syftet med ( <i>symptom</i> ) är att befinna sig i den obehagliga känslan. Jag har upptäckt att när jag är glad så är det som om ( <i>symptom</i> ) mister sin laddning. Egentligen är det inte svårt att öva. Jag har gjort det en gång och då var det inte svårt. Det är som ”mission impossible” att få tummarna loss. Det har även varit svårt att göra övningarna i rummet. Tankar som far iväg, känns obehagligt.
8	Jag vill kunna plocka fram det när jag känner mig stressad och behöver lägga saker åt sidan för att fokusera på mig själv. Rätt så övertygad om att det funkar bra utifrån tidigare erfarenheter. Jag hoppas komma tillbaka till eget övande.
9	Jag kommer kunna hantera besvärliga situationer lättare, kommer uppleva det lite mer distanserat. Jag är med i en ( <i>idrottsförening</i> ), mindfulness fungerar mot anspänning när jag ska dit. Kan göra mindfulness innan, plus en kort (tre minuter) mindfulnessövning när jag är där. Det kan hjälpa mig i tävlingssammanhang. Jag behöver kunna bli mer fokuserad. Mindfulness hjälper mig kunna bli ”så trevlig som jag är” i sociala sammanhang, att bli lite mer lättsam för jag kan ibland hänga upp mig på ångest.
10	Vi fick en CD-skiva, tror jag kommer öva hemma då och då när jag får ångest. Man kan ibland lära sig en och annan sak när man lyssnar på andra.
12	Jag tror att sömnen kommer bli bättre vid övande minst varannan dag, att sömnkvaliteten blir bättre. Vid övande får jag renare och mer konkreta tankar. Minnet har fungerat bättre. Jag vill gå kursen igen. Eventuellt kommer jag öva hemma själv när det finns mer tid och utrymme för det.

## Diskussion

Resultaten av denna studie visade på små förbättringar avseende acceptans och mindfulness hos de två deltagare som övat mellan sessionerna, där en deltagare visade reliabel förbättring på FFMQ, som helhet, och på subskalan *Icke-reaktivitet*. Två deltagare uppvisade reliabelt försämrade värden i subskalorna *Beskriva* och *Handla med medvetenhet*. De övriga resultaten visar ingen direkt tendens och är därför svåra att tolka. Det intressanta är att samtliga deltagare skattat högt på VAS-skalan över hur meningsfull man upplevde behandlingen, även de som uppvisade en reliabel försämring. Alla deltagarna har även mycket positivt att säga om gruppbehandlingen och dess användbarhet och värde. Således verkar deltagande i mindfulnessgruppen ha effekter som inte är lätta att fånga med kvantitativa mått. Utifrån detta behöver vi förstå vilka problem som finns med självskattning av mindfulnessbehandlingar i allmänhet och för psykosgruppen i synnerhet.

De flesta instrument som utarbetats för att mäta mindfulness är konstruerade som självskattningsformulär (Baer, 2010). Som Grossman (2008) påpekar finns det emellertid flera uppmärksammade problem med att mäta mindfulness med självskattningsformulär, såsom 1) konceptuella svårigheter kring mindfulnessbegreppet, 2) avsaknad av egen mindfulnesserfarenhet hos skalkonstruktörerna, 3) stora skillnader i semantisk förståelse av olika items hos respondenterna, 4) diskrepans mellan självskattad och verklig mindfulnessförmåga hos respondenter, 5) stora skillnader mellan de som övat länge och de som gått en kortare behandling, och 6) återkommande problem med validering av icke-tillförlitliga mindfulnessinstrument. Alla dessa problem och utöver det, specifika problem kopplade till att ha en psykosjukdom, gör mätning av mindfulness för denna patientgrupp till en utmaning. Ett grundläggande problem med självskattning för patienter med psykosjukdom är svårigheten att använda nedsatta kognitiva förmågor för att kognitivt reflektera kring upplevelser. Felkällor kan kopplas till missuppfattningar av det fenomen som ska rapporteras (uppmärksamhet av inre upplevelser, koncentration, perspektivtagande, metakognition) svårigheter med att forma en respons till den efterfrågade informationen (koncentration, verbalt minne, konkret tänkande, feltolkningar) och korrekt rapportering av upplevelsen (associativt tänkande, omständigheter) (Farhall, Shawyer, Thomas & Morris, 2014).

Det instrument vi har valt för att mäta acceptans/psykologisk flexibilitet, AAQ-II, har nyligen kritiserats utifrån en del av ovanstående problem gällande självskattning med slutsatsen att det råder oklarheter kring vad skalan egentligen mäter (Wolgast, 2014).

Även Malmberg (2015) lyfter fram problemen med att använda självskattningsskalor för att mäta värdet av mindfulnessbehandlingen och funderar kring möjligheten att använda kvalitativ metod. Detta var en central anledningarna till att vi i vår studie lagt till en intervjudel.

Sammantaget finns många svårigheter med att bli klar över hur värdet av mindfulness för psykospatienter kan fångas i en studie. Vi har inte siktat på att komma till rätta med dessa svårigheter, utan nöjt oss med att lyfta fram diskrepanser mellan värdet utifrån deltagarnas självskattningar och intervjuer.

Om vi enbart lutat oss mot resultaten från FFMQ och AAQ så hade resultaten av mindfulnessbehandlingen varit ganska nedslående och kunnat leda till antaganden om att deltagarna inte fick ut särskilt mycket av behandlingen. Dock ger VAS-skalan och den individuella intervjun en annan bild. Samtliga deltagare markerade höga värden avseende upplevd meningsfullhet på VAS-skalan (ingen markerade under värdet 7 av maxvärdet 10). Deltagarna i vår studie intervjuades individuellt och gav genomgående positiva svar på frågor kring upplevelser av att gå behandlingen, huruvida man trodde sig komma att ha användning av mindfulnessövningar även efter avslutad behandling och flera av deltagarna uttryckte intresse av att gå behandlingen fler gånger.

Deltagarna poängterade värdet av erfarenhetsutbyte, den positiva erfarenheten av att känna samhörighet, gemenskap och att känna sig förstådd. Utöver detta nämnde deltagarna en rad upplevda förbättringar såsom ökad kunskap, bland annat om anatomi och om meditation anpassad för psykos, minskad ångest, ökad medvetenhet om kroppens signaler, minskad oro, ökad acceptans och ökad förmåga att fokusera på konkret problemlösning. Dessa många positiva upplevda resultat fångades inte upp av de skattningsskalor vi använde oss av och det blir i sammanhanget intressant att konstatera att de olika mätinstrumenten tillsammans gav en bredare bild. Med kännedom om psykosjukdomar, om symptom och restillstånd, väcks många funderingar rörande möjligheter respektive svårigheter kopplat till att i studier använda självskattningsskalor. Självskattning kräver i många fall god kognitiv förmåga; förmåga att reflektera kring abstrakta begrepp och använda generaliserande associationer. Detta innebär i sig en försvårande faktor då många människor med psykosjukdom har nedsatt kognitiv förmåga i varierande omfattning (Farhall *et al.*, 2014). Om behandlingen i mindfulness har god effekt vad gäller ökad psykologisk flexibilitet skulle med andra ord medvetenheten om hur stora svårigheter du faktiskt har, och en minskad rädsla att uttrycka detta, kunna leda till att resultaten felaktigt pekar mot försämring.

Att göra en värdering av egna förmågor och inre tillstånd förutsätter även förståelse för vad som avses med frågan, vad begreppen som undersöks innebär. En behandling i mindfulness kan

leda till ökad kännedom om de förhållningssätt som efterfrågas i självskattningsformulär i baslinje- och eftermätningar. Ökad kunskap om vad till exempel *icke-dömande* innebär, skulle kunna innebära att en deltagare efter avslutad behandling lättare kan identifiera förekomst av dömande hos sig själv och det finns en risk att deltagaren således skattar högre på detta item vid eftermätning än vid baslinjemätningen, även om det i själva verket har skett en minskning.

Det finns många kvarvarande frågor kring användbarheten av mindfulness inom psykosvården och hur metoden kan bli tillgänglig för patientgruppen. I KBT-behandlingar för patienter med psykosjukdomar är det inte ovanligt att svårigheter uppstår kring hemuppgifter, vilket kan ha sin förklaring både i positiva och negativa symptom (Rector, 2007). I vårt mycket begränsade underlag hade majoriteten (tre av fem) svårigheter att på egen hand öva mellan sessionerna. Svårigheter beskrivs vad gäller igångsättningssvårigheter när övandet skall ske individuellt, i den egna bostaden och på eget initiativ. Tidigare studier har visat signifikant samband mellan regelbundet övande och goda resultat i form av mindfulness, symptomreduktion och välmående (Carmody & Baer, 2008) och ett möjligt antagande är att det samma gäller även för gruppen psykospatienter.

I detta sammanhang kan man fundera vidare över på vilket sätt man skulle kunna skapa andra förutsättningar för övande mellan sessionerna, när mindfulness används i psykosbehandling. Kanske kunde det inom både öppen-, dag- och heldygnsvård erbjudas övningstillfällen varje dag med guidade meditationer, till exempel i öppna grupper vid fast tidpunkt. Även om det förutsätter ork och förmåga för öppenvårdspatienter att ta sig till aktuell mottagning skulle kanske fler patienter öva om det fanns möjlighet att göra det i grupp. En annan möjlighet är att som i DBT (Linehan, 1993) se mindfulness som en färdighet som kräver mycket träning och utforma en kombinerad individ- och gruppbehandling, med fokus på att öva och tillämpa färdigheten. DBT:s anpassningar av mindfulness för att passa patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning genom kortare, mer lekfulla och aktiva övningar skulle sannolikt även kunna passa väl för psykosgruppen. Det kan konstateras att mycket utvecklingsarbete återstår för att göra mindfulnesssträning optimalt utformad för psykosgruppen.

### Begränsningar och möjligheter för fortsatt forskning

Denna studie har stora begränsningar utifrån sitt lilla underlag på fem personer som studerats vid endast en kursomgång. Den har använt få kvantitativa mått och saknar mätpunkter efter avslutad behandling. Den kvalitativa delen har begränsats till en kortare strukturerad intervju. Studien har inte heller undersökt effekten av mindfulness på psykossymtom. Allt detta ger möjligheter för att göra framtida studier som kan lära oss mer om hur mindfulnessbehandling för psykospatienter ska utformas. Uppsatsförfattarnas förhoppning är att kommande studier tar fasta på att en kombination

av kvantitativa och kvalitativa mått bäst kan fånga olika funktioner och värden av mindfulness vid psykos. Vidare tänker uppsatsförfattarna att registrering av övande är viktigt både för framtida studier och för behandlingsupplägg. Förhoppningsvis kan kommande studier göras med ett större patientunderlag, längre uppföljning, fler relevanta kvantitativa mått utifrån både symtommätning och behandlingseffekt samt mer djupgående kvalitativa intervjuer.



## Referenser

- Andersson, E. & Freidnitz, J. (2007). *ACT! Innan stress blir sjukdom: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som förebyggande intervention i en grupp stressade kvinnor*. Psykologexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13:1, 27-45.
- Baer, R. (Ed.) (2010). *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Theory and Practice of Change*. United States: New Harbinger Publications.
- 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.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K. & Waltz, T. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- 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.
- Carmody, J. & Baer, R. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31:1, 23-33.
- Chadwick, P., Newman-Taylor, K., & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.

- 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.
- 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.
- Farhall, J., Shawyer, F., Thomas, N. & Morris, E. (2014). Clinical assessment and assessment measures. I Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver. J. E. (Eds.). (2014). *Acceptance and Commitment Therapy and mindfulness for psychosis*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. 44:3, 415-437.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. East Sussex: Routledge.
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405–408.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G., Bissett R.T., Pistorello J., Toarmino D., Polusny (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54:553–78.
- 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. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Hyperion.

- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150:1, 176-185.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19:4, 493-501.
- Lilja, J. (2009). *Utveckling av en svensk version av Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ\_SWE)* Magisteruppsats, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Lilja, J., Frodi-Lundgren, A., Johansson Hanse, J., Josefsson, T., Lundh, L-G., Sköld, C. & Hansen, E. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire - Reliability and Factor Structure: A Swedish Version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40:4, 291-303.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lundgren, T. & Parling, T. (2009). *Acceptance and action questionnaire, AAQ-II*. (Manuskript under förberedelse, tillgängligt från Tobias Lundgren) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.
- Malmberg, K. (2015). *En utvärdering av en kurs i mindfulness på psykoskliniken öppenvård i Malmö*. Lunds Universitet: Institutionen för psykologi.
- 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
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (Eds.). (2014). *Acceptance and Commitment Therapy and mindfulness for psychosis*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Rector, N. A. (2007) Optimizing homework completion with patients with psychosis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 303-316.
- 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.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K. & Lerner, C. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 110-121.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901-907.
- Wolgast, M. (2014). What Does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Really Measure? *Behavior Therapy* 45:6, 831–839.