

Kan en kortkurs i mindfulness ge långtidseffekt och sänka stressnivån?

Ylva Liander Ankarcrona¹, Hugo Norell², Åsa Sandberg³,
Åsa Wulfsberg⁴ och Ann Frodi⁵

¹ Leg läkare, leg psykoterapeut. Enheten för Barnneuropsykiatri, Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus, Göteborg. E-post: ylvaankarcrona@hotmail.com. ² Leg sjukgymnast, leg psykoterapeut. Aktiv sjukgymnastik Mölndal. ³ Leg arbetsterapeut, leg psykoterapeut. Laven-dal, Göteborg. ⁴ Leg läkare, leg psykoterapeut. Enheten för Autism och ADHD, Psykiatri Mölndal, Mölndals sjukhus, Göteborg. ⁵ Leg psykolog, professor. Centret för Cognitiv psykoterapi och Utbildning, Göteborg.

Forskningen inom mindfulness baseras på relativt långvariga behandlingsprogram (såsom MBCT och MBSR (båda ca 8 veckor) och DBT (ofta flera år)). Föreliggande undersökningen hade två huvudsyften. Syftet i studie 1 var att undersöka om en 4-dagarskurs i mindfulness kunde ge ökning av mindfulness och minskad stressnivå direkt och efter 5 månader. Syftet i studie 2 var att undersöka vilka personliga förändringar kursen gav. Deltagarna i mindfulness-kursen jämfördes med en matchad kontrollgrupp. Resultaten i studie 1 visade att kursdeltagarna fick en signifikant högre mindfulness-poäng vid uppföljningen 5 månader efter kursen jämfört med kontrollgruppen, men inte direkt efter avslutad kurs. Jämfört med kontrollgruppen hade kursdeltagarna en signifikant lägre stressnivå direkt efter kursen och 5 månader senare. I studie 2 framkom personliga förändringar som delades upp i 3 huvudgrupper: I) mindfulness, II) stressreduktion III) övriga positiva effekter.

The study had two main purposes. The first study investigated whether a brief 4 day mindfulness course would lead to an increase in mindfulness and a decrease in the level of stress immediately and 5 months later. The second study investigated what personal changes the course led to. The participants in the mindfulness course were compared to a matched control group. The first study showed that the participants' mindfulness score was significantly higher at follow-up 5 months later in comparison with the control group. In the second study the participants reported personal changes which were subdivided into three main groups i e I) mindfulness II) stress reduction III) additional positive effects.

På senare år har mindfulness blivit en betydelsefull komponent i flera framgångsrika terapiformer, såsom i Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), ett behandlingsprogram enligt manual som kan användas för vitt skilda typer av problem och som fungerat som modell för många andra behandlingsprogram med mindfulness, (Kabat-Zinn, 1990). Övriga exempel är Dialektisk beteendeterapi (DBT) som utvecklades för att behandla kvinnor med borderline personlighetsstörning. Fokus är att kunna tolerera svåra känslor och färdighetsträning för att utveckla nyfikenhet och ickedömande istället för undvikande och överdrivet kontrollbehov (Linehan, 1993). Acceptance and commitment therapy, (ACT) är en terapiform vars syfte är att öka patienternas medvetenhet om inre erfarenheter genom att använda färdigheter såsom observation och uppmärksamhetsträning (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) är ett behandlingsprogram enligt manual som baserats på MBSR kombinerat med delar av kognitiv beteendeterapi för att förebygga återinsjuknande i depression (Segal, Williams & Teasdale, 2002.)

Ursprungligen kommer mindfulness från österländska andliga traditioner. De västerländska terapeuter som introducerat mindfulness i sin behandling gör det i en form som befriats från religiöst och filosofiskt innehåll (Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993). Begreppet mindfulness är inte helt lätt att definiera, kanske delvis beroende på att det har sitt ursprung inom

buddhismen, och alltså inte utvecklades som verktyg inom psykoterapi. Mindfulness kan innefatta ett förhållningssätt till livet, samt såväl en meditationsteknik som en behandlingsform beroende på sammanhanget. Jon Kabat-Zinn som betraktas som en pionjär inom mindfulness påpekade att även om uppmärksamhet och medvetenhet är vanligt förekommande normalt sett, så innebär mindfulness en öppen, mottaglig och starkare uppmärksamhet på och medvetenhet om erfarenheter och verklighet (Brown & Ryan, 2003). Han har också definierat mindfulness på följande sätt: *“The awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgementally to the unfolding of experience moment by moment”* (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Detta vill säga att mindfulness är att medvetet och närvarande styra hela sin uppmärksamhet till nuet och att med alla sinnen vara vaken för det som är i nuet utan att döma det (Kåver, 2006). Forskare inom området har utifrån MBSR gjort ett försök att utveckla en teoretisk modell av mindfulness och lagt fokus på intention, uppmärksamhet och attityd och dessutom beskrivs en dimension som de har kallat ”re-perceiving”. Ordet är svåröversatt men innebär förmågan att på en slags metanivå ha distans till sina känslor och tankar (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Ett framsteg är möjligheten att på senare år mäta mindfulness med hjälp av olika skattningssinstrument som utvecklats för detta ändamål (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006.)

Kabat-Zinn utvecklade MBSR i syfte att lära ut mindfulnesssträning till kroppsligt sjuka patienter. Metoden innehåller en rad olika meditations-tekniker såsom sittande meditation, så kallad kroppsscanning och rörelsemeditation i form av enkla yogarörelser. Förutom vid olika kroppsliga sjukdomar har metoden även använts vid olika psykiska störningar. MBSR har visat sig vara värdefull även för friska personer som exempelvis läkarstuderande och domare (Kabat-Zinn, 1990). En som inspirerats av Kabat-Zinn, och som aktivt medverkat till att sprida mindfulness i Skandinavien, är Andries Kroese. Istället för mindfulness kallar han metoden för uppmärksamhetsmeditation (Kroese, 2000). I en kritisk översiktsartikel om MBSR har Bishop påpekat att trots den stora spridningen av behandlingsmetoden finns det en påtaglig brist på välgjorda, vetenskapliga studier som ger stöd för metoden (Bishop, 2002).

Det finns dock stöd för mindfulness i empirisk forskning för behandling av många olika tillstånd. Detta visar till exempel en metaanalys gjord av Baer (2003) som behandlade tjugoen studier av patienter med kronisk smärta, ångest, depression, fibromyalgi och cancer, dessutom studenter och frivilliga. I en kommentar till Baers analys påpekade Hayes och Wilson (2003) att mindfulness tillsammans med en del andra metoder skiljer sig från det traditionella tänkandet att psykiatriska syndrom är sjukdomar som skall elimineras. Hayes och Wilson hävdade att det slutgiltiga målet är att stärka individens förutsättning till att leva

ett gott liv.

I linje med ovanstående är det många forskare inom området som anser att utövandet av mindfulness kan förstärka och utveckla positiva egenskaper och förmågor. Exempel är klarhet, emotionell intelligens, jämnmod, motivation, moralisk mogenhet och dessutom vissa unika förmågor som att viljemässigt kunna kontrollera autonoma nervsystemet, att utveckla synestesi – när ett sinnesintryck förutom den adekvata upplevelsen även ger en ytterligare upplevelse (exempelvis att ett hörselintryck även ger en färgförnimmelse) - och att kunna uppfatta snabbt passerande minimala förändringar i ansiktsuttryck samt minskad utlösning av ”startle response” (Walsh & Shapiro 2006).

Som ovan nämnts finns det många olika upplägg för att lära sig mindfulness. Det är ännu inte särskilt väl undersökt hur omfattande tidsmässigt en sådan kurs behöver vara för att ge en kvarstående effekt. Många av de studier som gjorts av mindfulness har studerat interventioner som varit relativt omfattande i tid och utsträckning. MBSR (Kabat-Zinn, 1990) och MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2002) sträcker sig till exempel över mer än åtta veckor. DBT-behandling (Linehan, 2004) kan sträcka sig över flera år.

Syfte

Syftet med studie 1 var att undersöka om en kort intervention, i detta fall en fyradagarskurs i mindfulness, skulle kunna ge ökad förmåga till mindful-

ness och upplevd minskad stressnivå. Syftet med den kvalitativa undersökningen i studie 2 var att studera vilka förändringar kursen gav.

Frågeställningar

- 1a. Kan en kort fyradagarskurs i mindfulness ge upplevd ökning av mindfulness efter avslutad kurs samt efter 5 månader?
- 1b. Kan en kort fyradagarskurs i mindfulness ge upplevd minskad stress efter avslutad kurs samt efter 5 månader?
2. Vilka förändringar gav kursen?

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien var personer som gick en fyradagarskurs i uppmärksamhetsträning, ledd av Andries Kroese. Kursen hade totalt 23 deltagare, varav fyra var artikelförfattarna till den här studien, som därför inte var med i studien. Av de återstående 19 deltagarna gick 9 på legitimationsgrundande psykoterapeututbildning vid ett västsvenskt utbildningscentrum för kognitiv terapi. De övriga deltagarna hade olika utbildnings- och yrkesmässig bakgrund. Två personer lämnade ofullständiga svar och exkluderades därför. Då återstod totalt 17 personer vilket gav en svarsfrekvens på 89 %. Könsfördelningen var 3 män och 13 kvinnor, samt en person som ej angav könstillhörighet. Åldersfördelningen var mellan 28 och 58 år. Medelvärdet var 49 år. En deltagare uppgav ej sin ålder.

För att skapa en matchad kontrollgrupp utgjorde de övriga studerande på den legitimationsgrundande utbildningen, som inte deltog i fyradagarskursen i uppmärksamhetsträning, denna grupp. Av femton möjliga personer erhöles tolv svar varav två exkluderades på grund av att de var ofullständiga. De återstående var totalt 10 personer vilket gav en svarsfrekvens på 67 %. Alla var kvinnor. Åldersfördelningen var mellan 29 och 56 år. Medelvärdet var 47 år. En deltagare uppgav inte sin ålder.

Studiegruppen fick besvara formulären vid tre tillfällen; före kursen, direkt efter kursen och fem månader senare. De två första gångerna skedde det på kursgården och den sista på utbildningscentret eller i hemmet. Alla tre gångerna gjordes det individuellt. Kontrollgruppen fick besvara formulären vid motsvarande tillfällen, samtidigt med kursen och fem månader senare, på utbildningscentret eller i hemmet. Alla gånger gjordes det individuellt. Samtliga deltog frivilligt och skrev under ett ”informerat medgivande”.

Mätinstrument

Mätinstrumenten som ingick var en svensk översatt och bearbetad version av Shirom-Melamed burn out scale (Melamed), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) samt ett frågeformulär med kvalitativa frågor som utarbetades av artikelförfattarna. Det kvalitativa frågeformuläret innehöll frågor om hur kursen påverkade eller förändrade deltagarna, vad detta betydde för dem på arbetet och privat,

samt vad som var viktigt för den eventuella förändringen. Ett separat formulär med frågor om kön, ålder och yrkesbakgrund och eventuellt pågående legitimationsutbildning ingick. Det avskildes sedan av en utomstående kodare för att säkerställa deltagarnas sekretess. Ett ytterligare formulär med frågor gällande frekvens och sätt att utöva mindfulness ingick.

Det finns ännu inga mätinstrument för upplevd stressnivå och för grad av mindfulness som är utvärderade beträffande reliabilitet och validitet. Vi valde Melamed som självskattningsformulär för stress då det är ett vanligt förekommande instrument vid stressforskning, bland annat använt av Institutionen för Stressforskning vid Stockholms Universitet och Institutet för Stressmedicin i Göteborg. Den använda Melamed-versionen omfattar 22 frågor med sju skalsteg. För att mäta graden av mindfulness valde vi KIMS som är ett självskattningsformulär som omfattar 36 items med fem skalsteg. KIMS är konstruerad för att utöver totalpoängen även mäta fyra delskalor framförallt baserade på Dialektisk beteendeterapi; Observerande, Beskrivande, Agerande med medvetenhet och Acceptans utan att döma (Baer, Smith & Allen, 2004). Vi har använt en svensk version av KIMS (Hansen & Homman, 2007) och bara 20 av 36 frågor på grund av ett administrativt misstag.

Kursbeskrivning

Mindfulnesskursen var förlagd till Öland i maj månad 2007 och varade fyra dagar.

Kursledare var Andries Kroese, professor i kärllkirurgi och mindfulnessinstruktör. Kursen var baserad på teoretiska kunskaper om mindfulness, samt integrerad med praktiska övningar. Längden på övningarna var mellan 5 minuter och cirka 60 minuter. Syftet med dessa övningar var att öka medvetenheten hos kursdeltagaren, och att få dem att uppmärksamma att man genom ökad medvetenhet kan göra aktiva val i varje situation och ögonblick. Praktiska övningar som ingick var russinövning, sittande och gående uppmärksamhetsmeditation, kroppsscanning samt yoga.

Förförståelse

Samtliga av författarna, sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare, har varierande erfarenhet av att arbeta med mindfulness. Alla deltog dessutom i fyradagarskursen och alla har ett personligt intresse av mindfulnessmetodiken, vilket kan ha påverkat analyserna i den kvalitativa delen.

Genomförande av studie 1a och 1b

Studiegruppen fick besvara KIMS och Melamed vid tre tillfällen, före kursen, direkt efter kursen och fem månader senare. Kontrollgruppen fick besvara formulär vid motsvarande tillfällen, samtidigt med kursen och fem månader senare. Formuläret med personuppgifter och formulär om frekvens och sätt att utöva besvarades samtidigt med övriga formulär

vid första tillfället. Vid sista tillfället efter 5 månader ingick ett formulär om frekvens och sätt att utöva. Kvantitativa data har bearbetats statistiskt med hjälp av det databaserade SPSS 11.5. Wilcoxon Signed Ranks Test och Independent Samples t-test har använts för att testa skillnaderna mellan totalpoängen för de i studien ingående skattningsskalorna. Signifikansnivån för de utförda analyserna har lagts på 5% nivå.

Genomförande av studie 2

Ett kvalitativt frågeformulär utarbetades för att undersöka vilka eventuella förändringar som kursen ledde till och vilka komponenter i kursen som var betydelsefulla för förändringen. Detta fick deltagarna i fyradagarskursen fylla i vid fem-månaders uppföljningen.

För analys av kvalitativa data valdes Smiths ”interpretative phenomenological analysis” (Smith & Osborn, 2004). Denna metod ”genomförs i fyra faser, där nyckelorden är 1) att få ett *helt sintryck*, 2) att identifiera *meningsbärande enheter*, 3) att *abstrahera* innehållet i de enskilda meningsbildande enheterna, och 4) att *sammanfatta* innebörden i detta innehåll” (Smith, 2004). De olika faserna beskrivs nedan.

Fas 1

För att få ett helt sintryck läste vi igenom studiegruppens svar på det kvalitativa formuläret och då framkom fyra teman, a) närvaro b) mer distanserat förhållningssätt c) medvetenhet d) stressreducering.

Fas 2

Informationen grupperades under tretton meningsbärande enheter, koder:

1. Ingen förändring.
2. Distans till sina tankar.
3. Andning som redskap.
4. Fokusering på här och nu.
5. Acceptans av sig själv och situationer.
6. Nytt redskap/teknik i jobbet.
7. Se och tillfredsställa sina egna behov.
8. Minskad stress och oro, ökat lugn.
9. Mer positiva känslor.
10. Självförtroende, självkänsla och/eller mod har ökat.
11. Andlig/existentiell upplevelse.
12. Mer negativa känslor.
13. Ökning av upplevd gemenskap.
14. Övande.
15. Kroppslig förändring.

Dessa koder sorterades sedan in under fyra övergripande kategorier

I) Mindfulness (kod 2-5 samt 14)

II) Stressreducering (kod 8 samt 15)

III) Beteendeförändring (kod 6)

IV) Positiva upplevda effekter och erfarenheter (kod 7, 9-11, 13)

Koderna 1 och 12 togs inte med i dessa kategorier. Kod 1 dvs ingen förändring togs bort då det bara gällde en person. Kod 12 dvs mer negativa känslor gällde också en person och kommenteras i diskussionen.

Fas 3

Innehållet i de meningsbärande enheterna abstraherades till en mer allmän form under de fyra övergripande kategorierna.

- I) Jag har fått en ökad medvetenhet så att jag har redskap, exempelvis andningsankaret, för att vara mer närvarande. Jag har lärt mig att kunna betrakta mina tankar och

känslor och kan lättare välja hur jag agerar. Min förmåga till acceptans har ökat. Regelbundet övande har betydelse.

- II) Jag blir lugnare och min stressnivå har sänkts. Om jag blir stressad har jag ett redskap för att hantera stressen med.
- III) Jag har fått verktyg till patientarbetet. Jag kan dels lära ut till patienten och dels genom mindfulness fokusera bättre på patienten.
- IV) Jag lyssnar på kroppens signaler och ger mig själv det jag behöver. Jag känner mer glädje och njuter mer av livet. Jag har även blivit nöjdare, tolerantare och vågar mer. Jag har en större förtröstan till mig själv och vågar mer t.ex. vara närvarande med andra och utsätta mig för nya situationer. Jag känner djupare meningsfullhet i livet och kan gå från ”doing mode” till ”being mode” och därmed vila i det existentiella flödet. I nuet finns stillhet. Det var viktigt för min förändring att känna gruppgemenskapen och få dela upplevelsorna med de andra och med ledaren.

Fas 4

Efter att återigen läst igenom hela materialet grupperades materialet i tre huvudgrupper: I) medveten närvaro II) stressreducering III) övriga positiva effekter.

Resultat

Delstudie 1 Kvantitativ del

Mindfulness mätt med KIMS utvärderades med Wilcoxon Signed Ranks Test och visade en signifikant minsk-

ning av värdet, vilket alltså innebär ökad nivå av mindfulness, för deltagarna i mindfulnesskursen mellan ingångsvärdet före kursen och sista uppföljningen fem månader senare. Däremot blev det ingen signifikant förändring av värdet på mindfulness direkt efter kursen. I kontrollgruppen skedde ingen signifikant förändring vid någon av uppföljningarna.

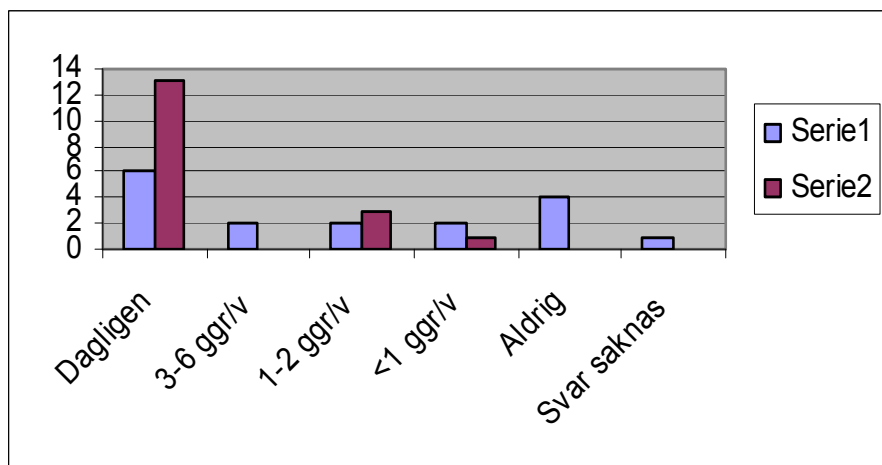
Changescore (dvs. värdena efter minus värdena före) beräknades och testades med Independent Samples t test på värden före kursen och vid sista uppföljningen fem månader senare. Förändringen i studiegruppen jämfördes med förändringen i kontrollgruppen och den visade sig vara signifikant, $t(25) = -2,373$ $p < 0,026$.

Stressnivån mätt med Melamedskalan utvärderades med Wilcoxon Signed Ranks Test och sjönk signifikant för deltagarna i mindfulnesskursen vid uppföljning 1 direkt efter kursen jämfört med innan kursen och förändringen kvarstod vid uppföljningen 2 fem månader senare. Stressnivån i kontrollgruppen visade ingen signifikant förändring vare sig vid uppföljning 1 eller 2.

Changescore (dvs. värdena efter minus värdena före) beräknades och testades med Independent Samples T test på värden före kursen och vid sista uppföljningen fem månader senare. Förändringen i studiegruppen jämfördes med förändringen i kontrollgruppen och det visade sig vara nära signifikant, $t(25) = -1,915$ $p < 0,067$.

Tabell 1. Jämförelse av graden av mindfulness och stressnivå mellan studiegrupp och kontrollgrupp med medelvärde, z och p värden.

Variabel	Studiegrupp			Kontrollgrupp		
	m	z	p	m	z	p
Mindfulness Ingångsvärde Mätt med KIMS	51.3			47.1		
Mindfulness Uppföljning 1 Mätt med KIMS	48.3	-1,579	0,114	45.0	-1,579	0,153
Mindfulness Uppföljning 2 Mätt med KIMS	44.9	-2,873	0,004	47.3	-0,153	0,878
Stressnivå Ingångsvärde Mätt med Melamed	63.8			57,4		
Stressnivå Uppföljning 1 Mätt med Melamed	52.3	-2,535	0,011	57.8	-0,350	0,726
Stressnivå Uppföljning 2 Mätt med Melamed	54.7	-1,942	0,052	60.2	-0,459	0,646



Figur 1. Utövandefrekvens Studiegrupp. Serie 1 (Blå) = Mätning innan intervention. Serie 2 (Röd) = Mätning fem månader senare.

För medelvärden och z värden se tabell 1

Frekvensen i utövandet av mindfulness förändrades för studiegruppen från att initialt 6 personer dagligen utövande mindfulness, till 13 personer vid uppföljningen fem månader senare. De andra svarsalternativen minskade i motsvarande grad. Se figur 1.

Frekvensen i utövandet av mindfulness förändrades för kontrollgruppen från att initialt 3 personer utövade mindfulness 3-6 ggr per vecka, till 4 personer vid uppföljningen fem månader senare. Svarsalternativet för 1-2 ggr per vecka minskade i motsvarande grad. Se figur 2.

Delstudie 2 Kvalitativ del

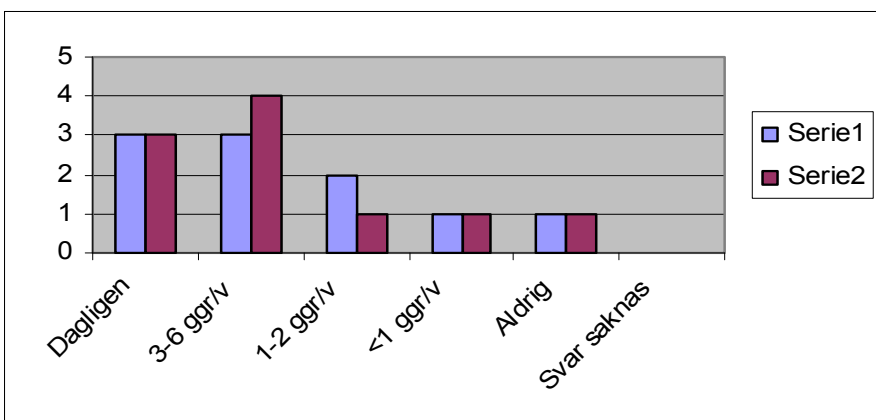
Den kvalitativa undersökningen hade bland annat som syfte att studera eventuella förändringar. Svaren när det gäller vilka komponenter som var verksamma var få och inte särskilt

detaljerade. Några exempel gavs såsom andningen, det upprepade övandet samt gruppgemenskapen. Vi fick framförallt svar på vad förändringen bestått av och betytt och har valt att lägga fokus på det.

Svaren gällande de personliga förändringarna för deltagarna kan delas upp i tre huvudgrupper: I) medveten närvaro II) stressreducering III) övriga positiva effekter.

I) Medveten närvaro

En ökad medvetenhet om att ha redskap, exempelvis andningsankaret, för att kunna vara mer närvarande. Förmåga att kunna betrakta sina tankar och känslor och att lättare välja hur man vill agera. Förmåga till acceptans har ökat. Några exempel på formuleringar: ”Kan ta negativa känslor med ett större lugn och avvakta mer innan slutsats” ”Att kunna släppa tankarna som kommer påträngande” ”Att kunna fokusera bättre gör det lättare att hjälpa mina



Figur 2. Utövandefrekvens Kontrollgrupp. Serie 1 (Blå) = Mätning innan intervention. Serie 2 (Röd) = Mätning fem månader senare.

klinter".

II) *Stressreducering*

Deltagare upplever sig lugnare och deras stressnivå har sänkts. Om de blir stressade har de redskap att hantera stressen med. Några exempel på formuleringar: *"Tar saker med ro"* *"Bättre på att fånga upp tidiga stressignaler och bättre på att ge mig själv det jag behöver"* *"Hjälp till personlig stressreducering"*.

III) *Övriga positiva effekter*

Förmåga att lyssna på kroppens signaler och att ge sig själv det man behöver. Att känna mer glädje och njuta mer av livet. Att ha blivit nöjdare, tolerantare och att ha en större förtröstan till sig själv. Att våga mer t ex. att vara mer närvarande med andra och utsätta sig för nya situationer. Upplevt en förändring på existentiell nivå. Några exempel på formuleringar: *"Mer njutningsbart att vara medveten speciellt i naturen"* *"Vågar vara mer närvarande med andra personer"* *"Insikt om being och doing mode. Att vara medvetet närvarande i nuet - evigheten, det vertikala"*.

Diskussion

Undersökningen hade två huvudsyften. I studie 1 att undersöka om en kortvarig fyra-dagarskurs i mindfulness kunde ge en ökning av upplevd mindfulness och minskning av upplevd stressnivå som kvarstod även fem månader senare. I studie 2 via ett formulär med kvalitativa frågor undersöka vilka eventuella förändringar kursen gav.

Resultaten i studie 1 visade att deltagarna i fyradagarskursen hade en signifikant ökning av mindfulness och en signifikant minskning av stressnivån. Beträffande mindfulness sågs ingen signifikant förändring direkt efter kursen utan vid fem-månaders uppföljningen. Stressnivån däremot hade gått ner direkt efter kursen och kvarstod på en signifikant lägre nivå fem månader efter. Därmed bekräftade studien att en kort intervention skulle kunna ha effekt. Som nämndes i inledningen har många av de studier som gjorts av mindfulness, inom till exempel MBSR, MBCT och DBT, studerat interventioner som varit betydligt mer omfattande i tid och utsträckning, alltifrån drygt åtta veckor till flera år. Vårt resultat beträffande mindfulness med effekt först vid fem månader skulle kunna tyda på att själva kursen kan vara betydligt kortare tidsmässigt men att det krävs tid och övande för att integrera kunskapen.

Syftet med den kvalitativa undersökningen i delstudie 2 var att studera eventuella förändringar som kursen lett till. Analysen av svaren på frågeformulären visade förändringar i många olika dimensioner för deltagarna. Dessa grupperades i tre huvudgrupper: I) medveten närvaro II) stressreducering III) övriga positiva effekter. Detta är i samklang med den kvantitativa studiens signifikanta resultat vad gäller påverkan på mindfulness och stressnivå. I kategorin positiva effekter framkom att flera deltagare upplevde förstärkning av positiva känslor såsom ökning av glädje, mod, lugn. I motsats till detta upplevde en

deltagare otillräcklighet, det vill säga en negativ effekt. En annan deltagare upplevde ingen förändring. Att vi ser effekt på positiva känslor är av stort intresse vad gäller användandet av mindfulness i behandlingssyfte eftersom det skulle kunna innebära att användningsområdena breddas. Förutom för patienter och klienter skulle mindfulness kunna användas inom friskvård och även för personlig utveckling. Ett ursprungligt syfte med mindfulness och andra meditations-tekniker när de utvecklades inom buddhismen var just att utveckla positiva egenskaper och känslor som kärleksfull vänlighet, medkänsla, empatisk glädje och jämnmod (Wallace & Shapiro, 2006). Jämfört med traditionell behandling som går ut på att minska negativa symtom innebär det ett nytänkande att inte bara reducera symtom utan att också utveckla och uppnå positiva känslor för att förbättra livskvalitet och hälsa. I det sammanhanget blir resultatet med upplevd ökning av positiva känslor i vår kvalitativa studie intressant, men ytterligare forskning behövs inom området.

En begränsning i studien är att grupperna inte är randomiserade. Vid tolkningen av resultatet måste vägas in att vi har denna selektion av individer med hög motivation att lära sig mindfulness och att sedan tillämpa det i sin vardag. Detta kan vara en möjlig förklaring till det goda resultatet utifrån en sådan begränsad intervention. Å andra sidan vet vi från mätningarna såväl före som vid femmånaders uppföljningen att även kontrollgruppen

utövade mindfulness i hög utsträckning. Studiegruppen har dock en stor ökning av sitt utövande av mindfulness jämfört med kontrollgruppen.

Andra begränsningar är att frågeformulären som användes inte är utvärderade beträffande validitet och reliabilitet, samt att antalet deltagare i grupperna är små.

Eftersom studiegruppen och kontrollgruppen till stor del bestod av studerande på legitimationsutbildningen i kognitiv psykoterapi är det möjligt att det skett inlärning av mindfulness på andra sätt. Men då förutsättningarna är de samma i båda grupperna kontrollerar vi för denna tänkbara "confounding factor". Samma resonemang är tillämpligt beträffande stressreduktionen. Ytterligare en begränsning är att artikelförfattarna känner studiedeltagarna från psykoterapiutbildningen, vilket kan ha påverkat resultatet.

Beträffande framtida forskning kan det vara av värde att fortsätta kartlägga sambanden mellan olika komponenter som ingår i mindfulnessbegreppet och specifika effekter som exempelvis på stressnivå. Dessutom borde man försöka fortsätta särskilja för vilka diagnoser eller besvär som man kan få bäst resultat och även särskilja vilka som inte har nytta av mindfulness i välgjorda studier, och då med jämn könsfördelning och med betydligt större grupper. Det är också viktigt att studera vilken tidsmässig omfattning som behövs vad gäller övandet. Ett steg i rätt riktning är det arbete som pågår med att utveckla skattningsinstrument, nu senast Five

Facet Mindfulness Questionnaire (FFMC) som mäter observerande, beskrivande, agerande med medvetenhet, icke-dömmande vad gäller inre erfarenheter, icke-reaktivitet till inre erfarenheter (Baer, Smith, Lykins, Button, Krietemeyer et al, 2008). Om man dessutom kunde utvärdera mätinstrumentens reliabilitet och validitet skulle kvaliteten på forskningen kunna höjas. Det vore också mycket värdefullt att försöka bena ut mindfulnessbegreppet och studera hur olika delar och komponenter inverkar på exempelvis stress och psykisk ohälsa.

Av naturliga skäl är det svårt att göra dubbelblinda, randomiserade studier inom detta område. Författarna till denna studie har bara kännedom om en dubbelblind randomiserad studie. Den handlar om inverkan av terapeutens utövande av mindfulness på resultatet av psykoterapi (Grepmaier, Mitterlehner, Loew et al 2007). Med tanke på den stora spridning mindfulness som metod har fått så är det högst angeläget att kunna undersöka effekten i välgjorda vetenskapliga studier.

Referenslista

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Willams, M. (2008). Construct validity of the Five Facet of Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, Feb 29.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Hansen, E., & Homman, A. (2007). Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – validering av den svenska översättningen och en studie av anhöriga till borderlinepatienter. (Psykoterapeutexamensuppsats, Vol. II (2007):01). Lund: Lunds Universitet, Institutionen för Psykologi.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kroese, A. J. (2000). *Minska din stress med meditation*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Kåver, A. (2006). KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Natur och Kultur.
- Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008).
- Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health*, 56, 569-578.
- 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: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.20237. Hämtad 15 maj, 2008, från http://www.sciencecafesf.com/wp-content/uploads/Shapiro2006JClinPsychol_MechanismsMindfulness.pdf.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretative phenomenological analysis. In G. Breakwell (Editor) *Doing social psychological research* (pp. 229-254). Oxford, United Kingdom: Blackwell.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being. Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist*, 61, 690-701.
- Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology. A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61, 227-239.