

Emma Jacobsson
Stina Risberg Albertsson

Medveten närvaro i psykiatrisk behandling

Självskattning: medveten närvaro och upplevd trygghet

Mindfulness in psychiatric treatment
Self-assessment: Mindfulness and perceived feeling of security

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeariktad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Syftet var att undersöka om den svenska versionen av Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ_SWE) respektive Trygghetsskalan (UT) är användbara självskattningsformulär i klinisk population. Det har inte tidigare forskats på relationen mellan medveten närvaro, känsloreglering och trygghet i klinisk population. I denna studie undersöktes självskattad medveten närvaro, känsloreglering samt trygghet i klinisk population. Medveten närvaro definierades enligt FFMQ_SWE som icke-reaktivitet, observerande, beskrivande, agera medvetet samt icke-dömande. Känsloreglering definierades enligt den svenska versionen av The Difficulties in Emotion Regulation Scale – kort version (DERS-16) som känslomässig klarhet, acceptans, impuls kontroll, målinriktat agerande samt känsloregleringsstrategier. Trygghet definierades enligt UT som att uppleva sig vara fri från oroande och hotande inslag. 48 patienter från vuxenpsykiatriska mottagningar skattade FFMQ_SWE, DERS-16, Skalan för känsla av sammanhang (KASAM), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), UT samt Upplevd nöjdhet (UN). Resultaten indikerade att FFMQ_SWE respektive UT kan vara användbara självskattningsskalor i klinisk population. Kvinnor i klinisk population skattade som väntat lägre på FFMQ_SWE. FFMQ_SWE helskala och delskalor visade på god intern reliabilitet (Cronbach's alfa 0.70-0.89). FFMQ_SWE korrelerade enligt förväntan med DERS-16, KASAM, HAD-A, HAD-D och UN. DERS-16 och KASAM kunde förklara 51 % av variansen i FFMQ_SWE. En grupp med högre skattad UT skattade sig högre på FFMQ_SWE än en grupp med lägre skattad UT. Oväntat visade inte skattningarna att det inte fanns samband mellan erfarenhet av träning i medveten närvaro och FFMQ_SWE. Resultaten indikerade också att på vilket sätt medveten närvaro, känsloreglering och upplevd trygghet relaterar till varandra ännu är oklart och behöver undersökas vidare.

Nyckelord: medveten närvaro/mindfulness, FFMQ_SWE, känsloreglering, DERS-16, upplevd trygghet.

Abstract

The aim was to examine whether the Swedish version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ_SWE) and the Perceived feeling of Security Scale (UT) are useful self-assessment forms in clinical population. The relationships between mindfulness, emotion regulation and perceived feeling of security in clinical population have previously not been examined. Self-reported mindfulness according to FFMQ_SWE, emotion regulation according to the Swedish version of The Difficulties in Emotion Regulation Scale – short version (DERS-16) and a perceived feeling of security according to UT was examined in a clinical population. 48 patients from psychiatric clinics filled out FFMQ_SWE, DERS-16, Sense of coherence Scale (SOC-13), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), UT and Perceived Satisfaction (UN). The results indicated that FFMQ_SWE and UT can be useful self-assessment scales in clinical population. Women's result in the clinical population was, as expected, lower than the results of women in non-clinical population. FFMQ_SWE global and subscales showed good internal reliability (Cronbach's alpha 0.70-0.89). FFMQ_SWE correlated as expected with DERS-16, SOC-13, HAD-A, HAD-D and UN. DERS-16 and SOC-13 could explain 51% of the variance in the FFMQ_SWE. One group with high scores on UT scored higher on FFMQ_SWE compared to one group with low scores on UT. Unexpectedly the results showed no correlation between training in mindfulness and FFMQ_SWE. The study also indicates that the way in which mindfulness, emotion regulation and perceived feeling of security relate is still unclear and needs to be studied further.

Key words: Mindfulness, FFMQ_SWE, emotion regulation, DERS-16, perceived feeling of security

Förord

Till vardags arbetar vi i psykiatri, Stina på Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Bäckeфорs och Emma på Beroendemottagning Kvinnor i Göteborg. Här träffar vi patienter med flera samtidiga tillstånd och komplexa problem. Här är säkra bedömningar ibland svåra och det är inte alltid lätt att veta vilken behandling som bäst passar vilken patient. Då blir bra skattningsskalor och utvärderingsinstrument viktiga verktyg. Träning i medveten närvaro är en viktig del i många behandlingar och det finns ett behov av att utvärdera denna behandlingsinsats. Patientens upplevelse av trygghet är också viktigt i en psykoterapi. I denna uppsats har vi valt att titta närmare på detta. Vi har studerat självskattad förmåga till medveten närvaro, känsloreglering och trygghet. Vi försöker bena ut hur dessa förmågor och upplevelser skiljer sig och samvarierar, samt deras möjliga betydelse för psykisk hälsa. Vi studerar också möjligheten att skatta förmåga till medveten närvaro med Five Facet of Mindfulness Questionnaire, FFMQ_SWE, hos patienter med psykiatriska sjukdomar.

Ett stort tack till deltagarna i studien som delat med sig av sina upplevelser och lagt ner tid för att göra detta möjligt.

Vi vill rikta ett särskilt stort tack till våra kollegor på Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Bäckeфорs och Beroendemottagning Kvinnor i Göteborg. För ovärderlig hjälp med datainsamling, stöd, uppmuntran och inte minst oändligt tålamod!

Stort tack till vår handledare Torsten Norlander vars engagemang och entusiasm smittar och hjälpt oss i vårt arbete med uppsatsen. Tack för din generositet med både kunskap och tid. Vi vill så klart även rikta stort tack till vår bihandledare Josefine Lilja för vägledning och kloka reflektioner.

Förkortningar

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
CFT	Compassion Focused Therapy
DBT	Dialektisk beteendeterapi
DERS	The Difficulties in Emotion Regulation Scale
DERS-16	The Difficulties in Emotion Regulation Scale – kort version
ECR-R	Experiences in Close Relationships Scale - Revised
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
FFMQ_SWE	Den svenska versionen av Five Facet Mindfulness Questionnaire
HAD-A	Hospital Anxiety and Depression Scale - Ångestskalan
HAD-D	Hospital Anxiety and Depression Scale – Depressionsskalan
KASAM	Känsla av sammanhang
KBT	Kognitiv beteendeterapi
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
SOC-13	Sense of Coherence Scale, KASAM – kort version
UN	Nöjdhetsskalan
UT	Trygghetsskalan

Inledning

Två färdigheter som de senaste åren fått stort genomslag inom psykoterapi är *medveten närvaro* och *känsloreglering*. Ett exempel på detta är tillkomsten av Unified Protocol (Barlow, 2013) som är en transdiagnostisk behandlingsmanual som fokuserar på just övergripande förmågor som påverkar vårt psykiska välbefinnande vid flera olika psykiatriska tillstånd. Ytterligare en grundläggande faktor i allt psykoterapeutisk behandling är patientens upplevelse av *trygghet* (Gilbert & Leahy, 2007), som oftast är outtalad, men ändå nödvändig i all relation mellan behandlare och patient. Medveten närvaro, känsloreglering och trygg anknytning har studerats på icke-klinisk population (Goodall, Trejnowska & Darling, 2012). Däremot har inte medveten närvaro, känsloreglering och upplevd trygghet studerats i samma omfattning. En studie där detta samband indirekt har studerats är utvärderingen av dialektisk beteendeterapeutisk (DBT) behandling för personer med borderline personlighetsstörning (Norlander Ernestad, Moradiani & Nordén, 2015). Då dessa tre faktorer är viktiga för personer med psykiatriska sjukdomar, skapar detta ett behov av att de studeras även i en klinisk population. Detta för att undersöka hur dessa tre relaterar till varandra samt hur de kan skattas.

Medveten närvaro

Medveten närvaro (eng. *mindfulness*) är ett begrepp som ursprungligen kommer från buddhismen och som använts som behandlingsmetod i psykoterapi sedan 1990-talet. I psykoterapi har medveten närvaro dock ingen religiös förankring kvar alls, utan ses här istället som en behandlingsmetod, en uppsättning färdigheter som kan tränas i syfte att förbättra individens mående och fungerande. Medveten närvaro påverkar psykisk hälsa positivt. Det finns ett brett vetenskapligt stöd för att medveten närvaro är hjälpsamt i psykoterapi. Exempel på psykoterapier där medveten närvaro används är flertalet kognitivt beteendeterapeutiskt (KBT) baserade behandlingsformer såsom DBT (Linehan, 1993), Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1982, 1990), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams & Teasdale, 2002) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Det finns flera definitioner av medveten närvaro och en av de mest använda är ”att man helt fokuserar på det som sker i stunden, på ett icke-dömande och accepterande sätt” (Bishop et

al., 2004; Brown & Ryan 2003; Kabat-Zinn 1995; Linehan, 1993). Brown och Ryan (2003) beskriver medveten närvaro som endimensionell i form av uppmärksamhet i nuet, men i detta innefattar även acceptans, då de anser att man inte kan uppmärksamma nuet fullt ut om man inte också kan känna acceptans för det man uppmärksammar. Bishop, med flera (2004) definierar medveten närvaro som bestående av medvetenhet (observation) och acceptans (icke-dömande), där medvetenheten avser en självreglering av uppmärksamheten så att man har en medvetenhet om det som sker just nu, samt där acceptansen avser nyfikenhet, öppenhet och acceptans gentemot detta skeende. Med ökad forskning och kunskap har dock medveten närvaro visat sig vara ett komplext begrepp (Dimidijan & Linehan, 2003).

Linehan (1993) definierar medveten närvaro som något bestående av så kallade *vad-* och *hur-färdigheter*. *Vad-färdigheterna* utgörs av att *observera, beskriva* samt *delta*. *Hur-färdigheterna* utgörs av *icke-dömande* (acceptans), *göra en sak i taget* samt *att vara effektiv* (det vill säga, *att göra det som fungerar*). Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer och Toney (2006) utgår visserligen från Bishop med fleras (2004) definition av medveten närvaro, men gör en bredare definition av medveten närvaro i form av fem förmågor: 1) *icke-reaktivitet av inre upplevelser*, 2) *observerande*, 3) *beskrivande*, 4) *agera medvetet* samt 5) *icke-dömande av upplevelser*. Dessa förmågor härstammar från de faktoranalyser som Baer med flera (2006) gjort på påståenden från fem andra skattningsformulär avsedda att mäta medveten närvaro. Dessa fem förmågor har man sedan satt samman till ett nytt självskattningsformulär för medveten närvaro: Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (39 påstående). En studie på FFMQ på en svensk normal population, där reliabilitet och faktorstruktur testades, (Lilja et al., 2011) bekräftade Baer med fleras (2006) resultat samt resulterande i den svenska versionen av FFMQ: FFMQ_SWE (29 påståenden).

Forskningen visar således att medveten närvaro påverkar psykisk hälsa positivt (Hayes et al., 1999; Kabat-Zinn, 1982, 1990; Linehan, 1993; Segal et al., 2002). Detta ligger i linje med utländska självskattningar av medveten närvaro via FFMQ, som visar att individer i normalpopulation skattar högre förmåga till medveten närvaro än individer i klinisk population – dock undantags delskalan *observation* i FFMQ från detta (Curtiss & Klemanski, 2014; Hou, Yeung-Shan Wong, Hay-Ming Lo, Wing-Sze Mak & Shuk-Wah Ma, 2014). Liknande jämförelser mellan normal och klinisk population har inte gjorts i Sverige då framtagandet av FFMQ_SWE enbart avsett normalpopulation (Lilja et al., 2011).

Medveten närvaro och känsloreglering

Förmågan till medveten närvaro relaterar till ett antal förmågor, varav en utgörs av förmågan till känsloreglering. Linehan (1993) menar att medveten närvaro utgör en av förutsättningarna för känsloreglering, och utgör därför en av DBTs kärnfärdigheter och är de färdigheter som lärs ut först till patienten. I DBT beskrivs som sagt färdigheterna i medveten närvaro som *vad-färdigheterna* och *hur-färdigheterna*. *Vad-* och *hur-färdigheterna* behövs enligt Linehan (1993) för att individen ska kunna balansera sin känsla och sitt förnuft och därmed hitta sin visshet (eng. *wise mind*). Förmågan till medveten närvaro är viktig för känsloreglering, då man måste kunna såväl observera som beskriva sina pågående känslor i stunden på ett icke-dömande sätt, för att därefter kunna reglera dessa känslor (Linehan, 1993).

Linehans (1993) definition av känsloreglering utgår till stor del från Gottman och Katzs (1990) definition av känsloreglering som innefattar fyra delar; 1) att man trots påslaget av en stark negativ eller positiv känsla, ska kunna avstå från att handla i enlighet med den känslan, 2) att man ska kunna reglera sin känsla via de fysiologiska responser som känslan givit upphov till (och det kan gälla såväl *att andas lugnt* vid ytlig andning på grund av rädsla, som *ått beteendeaktivera sig via ett veckoschema* vid trötthet på grund av nedstämdhet), 3) att man trots starkt pågående känslopåslag ska kunna omfokusera sin uppmärksamhet (att till exempel vid grubbel fokusera på något annat och därigenom bryta det pågående grubberiet), 4) att man ska kunna samla sig och organisera sitt handlande mot ett icke-känslostyrt långsiktigt livsmål (Gottman & Katz, 1990; Linehan, 1993). Gratz och Roemers (2004) definition av känsloreglering liknar Linehans (1993). Dock väljer Gratz och Roemer (2004) att definiera känsloreglering som individens förmåga att reglera sex separata men relaterade dimensioner i form av bristande medvetenhet avseende sina känslor (eng. *awareness*), bristande känslomässig klarhet, insikt (eng. *clarity*), bristande acceptans gentemot sina negativa känslor (eng. *non-acceptance*), svårigheter att under stresspåslag kontrollera impulsiva beteenden (eng. *impulse*), svårigheter att under stresspåslag kunna ägna sig åt målinriktade beteende (eng. *goals*) samt begränsad tillgång till effektiva känsloregleringsstrategier (eng. *strategies*). Gratz och Roemer (2004) poängterar även att känsloreglering enligt dem inte likställs med varken känslomässigt undantryckande/undvikande för stunden eller känslomässig kontroll enbart till det yttre.

Coffey, Hartman och Fredrickson (2010) lyfter i sin studie hur närliggande begreppen medveten närvaro och känsloreglering är varandra, då de visar att medveten närvaro enligt FFMQ (39 påståenden) och förmågan till känsloreglering av negativa känslor enligt DERS (36 påståenden) överlappar varandra. Coffey med flera (2010) föreslår, baserat på faktoranalys, att begreppen medveten närvaro enligt FFMQ och känsloreglering enligt DERS istället beskrivs med de tre faktorerna *klarhet*, *acceptans* respektive *reglering av negativa känslor*. I samtliga dessa tre faktorer återfinns minst en delskala från såväl FFMQ som DERS: faktorn *acceptans* består av *icke-dömande* (FFMQ) och *acceptans* (DERS). Faktorn *klarhet* består bl.a. av *beskrivande* (FFMQ) och *klarhet* (DERS). Faktorn *negativ känsloreglering* består av bl.a. *icke-reaktivitet* (FFMQ), *mål* (DERS), *strategier* (DERS) samt *impulskontroll* (DERS).

Också Goodall, Trejnowska och Darling (2012) visar i sin studie hur nära begreppen medveten närvaro enligt FFMQ, känsloreglering enligt DERS och anknytningsmönster enligt Experiences in Close Relationships Scale-Revised (ECR-R) ligger varandra. En valideringsstudie för DERS-16 (Bjureberg et al., 2015) visar också att begreppen medveten närvaro enligt FFMQ och känsloreglering enligt DERS tycks ha starka samband med varandra. Resultaten i denna studie visar att FFMQ, undantaget delskalan *observerande*, korrelerar måttligt negativt med DERS-16 (Bjureberg et al., 2015).

Anknytning och trygghet

Anknytningsteorin innebär att barnet under uppväxten genom erfarenheter av att bli omhändertagen av tillräckligt bra (eng.*good enough*) omsorgspersoner utvecklar ett inre anknytningsmönster som sedan kommer att dominera även den vuxnes nära relationer (Bowlby, 1980). Anknytning har enligt teorin en biologisk grund och dess främsta funktion är att skydda barnet i dess utforskande av världen genom att reglera hur långt från anknytningspersonerna, som fungerar som en trygg bas, barnet kan röra sig. Syftet är att skydda barnet från fara genom att det söker sig till en vuxen som kan förutse riskfyllda situationer. Beroende på förmåga till omsorg hos anknytningspersonen kommer barnet utveckla olika former av anknytning: dessa är trygg, ängslig, ambivalent eller desorganiserad anknytning. Trygg anknytning har visat samband med psykisk hälsa, ökad livskvalitet samt större tillfredsställelse i nära relationer (Hudson, Fraley, Brumbaugh & Vicary, 2014). Enligt anknytningsteorin är anknytningsmönster relativt stabila, men kan genom erfarenheter senare i livet förändras och gå både från otrygg till trygg eller

tvärtom. Anknätningsmönster baseras på teorier om trygghet, men går utöver individens subjektiva upplevelse av att vara trygg. Det innebär förutom upplevelse av trygghet också förmåga att relatera till andra och förhållande till sitt eget själv (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Mothander, 2006). Anknätningssteorin anger att en central funktion i anknätningsystemet är att reglera känslor och att erbjuda en upplevelse av trygghet (Zhang & Labouvie-Vief, 2004).

Medveten närvaro, känsloreglering och trygghet

Trygghet är ett komplext begrepp som omfattar någon form av yttre säkerhet eller frånvaro av pågående hot samt en inre upplevelse av att vara trygg, som tycks baseras på en avvägning mellan egna resurser och yttre hot. Om man uppfattar sig ha förmåga att kunna hantera angrepp från yttrevärlden kan individen känna sig trygg, även i närvaro av dessa hot (Leahy, 2010). Den inre upplevelsen av trygghet påverkas också av upplevelsen av att ha förmåga att hantera inifrån kommande hot, såsom starka negativa känslor eller tankar. Upplevelsen av trygghet fungerar då känsloreglrande (Gilbert, 2010). Därutöver tycks det hos människor finnas en annan delaspekt av upplevelse av trygghet som baseras tillgång till tröst eller trygghetssignaler, antingen genom yttre sociala relationer (Golkar, Selbing, Flygare, Öhman & Olsson, 2013) eller inifrån genom självtröst (Hefner, Verona & Curtin, 2016).

Trygghet överlappar förmågan till medveten närvaro respektive med känsloreglering. En studie av Norlander med flera (2015) visar att behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT), där träning i medveten närvaro samt känsloreglering är väsentliga inslag, ökade upplevelse av trygghet hos patienter diagnostiserade med borderline personlighetsstörning. Andra studier (Goodall, et al., 2012; Pepping, Donovan & Davis, 2014) har visat samband mellan trygg anknätning och förmåga till medveten närvaro, där personer med trygg anknätning också har större förmåga till medveten närvaro. De föreslår dock att sambandet är indirekt, då träning i medveten närvaro ökar förmågan till känsloreglering, förmågan till självobservation och självreflektion samt minskar automatiskt impulsdrivet agerande, vilket på sikt leder till ökning av trygg anknätning (Goodall, et al., 2012; Pepping, et al., 2014). Både ökning av trygg anknätning och förmåga till medveten närvaro är eftersträvansvärt, då det i många studier visats att ökning av dem båda medför förbättrad psykisk hälsa samt ökning av välbefinnande med mera (Melen, Pepping och O'Donovan, 2016). I en studie av Sahdra, MacLean, Ferrer, Shaver och Rosenberg (2011) fann man att tre månaders träning med träning i medveten närvaro med fokus på

självmmedkänsla (eng. *compassionate mindfulness*) ledde till ökning av trygg anknytning. Enligt Paul Gilberts (2010) teorier om självmmedkänsla (eng. *compassionate mind*) är ett inre trygghetssystem biologiskt och utvecklas i nära relationer.

Liksom anknytningsteorin betonar den socialpsykologiska teorin *Emotional Security Theory* att barnets upplevda trygghet är beroende av föräldrarnas relation till varandra (Davies, Martin, Coe & Cummings 2016). Dock är det endast denna aspekt av trygghet som *Emotional Security Theory* laborerar med. Trygghet är dock mer fasetterat. I en studie fick barn ange grad av trygghet i sitt grannskap och man fann att högre grad av rapporterad trygghet korrelerade med psykisk hälsa. Meltzer, Vostanis, Goodman och Ford (2007) fann att det inte förelåg något direkt samband mellan angiven trygghet i grannskapet och mer ”faktisk” trygghet (utifrån uppgifter till exempel om brottsstatistik och ekonomiska resurser). I studien angavs en modell för upplevelse av otrygghet och psykisk ohälsa som beskrevs i texten. På basis av den beskrivningen har författarna till denna uppsats tagit fram en figur. Se Figur 1.

Infoga Figur 1 här

Enligt Meltzer med fleras (2007) modell påverkas individens upplevda (o)trygghet dels av föräldrarnas upplevda (o)trygghet samt av individens egen grad av utsatthet för svåra livshändelser alternativt otrygg omgivning. Individens upplevda (o)trygghet påverkas även av psykisk ohälsa samt eventuellt undvikande. Detta sammantaget leder till minskad eller ökad risk för framtida svåra händelser, vilket i sin tur påverkar upplevelsen av (o)trygghet. Meltzer med flera (2007) lyfter dock inte fram andra viktiga faktorer som påverkar individens upplevelse av trygghet, till exempel anknytningsmönster (Bowlby, 1980). Tidigare studie har visat att upplevd trygghet ökat hos kvinnor med borderline personlighetsstörning efter genomförd DBT-behandling (Nordlander et al., 2015).

Norlander med flera (2015) lyfter precis som tidigare forskning fram mångtydigheten hos begreppet trygghet och därför svårigheten att definiera begreppet. I studien (2015) definieras trygghet som “att uppleva sig vara fri från oroande och hotande inslag” (Segersten, 1994). Norlander med flera (2015) påpekar också svårigheten att översätta begreppet trygghet från svenska till engelska. Några av de vanligaste översättningarna är *security* respektive *safety*. De väljer att översätta begreppet *upplevd trygghet* till *perceived feeling of security*. De översätter

även Segerstens (1994) definition av trygghet som *att uppleva sig vara fri från oroande och hotande inslag till perceived feeling of being free of worrisome or threatening phenomena* på engelska. Norlander med fleras (2015) val av Segerstens (1994) definition av trygghet är även den definition av upplevd trygghet ligger till grund för UT som används i denna studie.

Hur självskattad medveten närvaro, känsloreglering och trygghet förhåller sig till varandra, är något som inte utforskats så väl. Forskning visar att de tre begreppen är svårdefinierade och att de överlappar varandra (Coffey et al., 2010; Gilbert, 2010; Goodall et al., 2012; Gottman & Katz, 1990; Gratz & Roemer, 2004; Linehan, 1993; Leahy, 2010; Meltzer et al., 2007; Norlander, et al., 2015; Melen, et al., 2016; Segersten, 1994). Vi vill därför undersöka hur självskattad medveten närvaro enligt FFMQ_SWE, känsloreglering enligt DERS-16 och trygghet enligt UT förhåller sig till varandra i en klinisk population (det vill säga vilka samband och skillnad som dessa begrepp via dessa formulär visar på).

Syfte

Studien hade två syften, nämligen (a) att undersöka om FFMQ_SWE är en användbar självskattningsskala i klinisk population och (b) att undersöka om UT är en användbar självskattningsskala i klinisk population.

Hypoteser

Studien hade följande hypoteser:

- (1) Kvinnor i klinisk population antas skatta lägre på medveten närvaro (FFMQ_SWE) än kvinnor i normalpopulation.
- (2) Det antas finnas ett negativt samband mellan medveten närvaro (FFMQ_SWE) och känsloreglering (DERS-16) samt psykiska symtom (HAD-D och HAD-A).
- (3) Det antas finnas ett positivt samband mellan medveten närvaro (helskala FFMQ_SWE) och de olika förmågorna i medveten närvaro (delskalorna i FFMQ_SWE) respektive med individens känsla av sammanhang (KASAM).
- (4) Medveten närvaro och de olika förmågorna i medveten närvaro (FFMQ_SWE och delskalorna i FFMQ_SWE) antas samvariera positivt med eventuella bakgrundsvariabler såsom erfarenhet och frekvens av träning i medveten närvaro.

(5) Det antas finnas ett positivt samband mellan medveten närvaro (FFMQ_SWE) och upplevd trygghet (UT) respektive med upplevd nöjdhet (UN).

Metod

Deltagare

I denna studie medverkade 48 personer, varav 6 män och 42 kvinnor. Deltagarna rekryterades från två vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i västra Sverige, som var i kontakt med någon av dessa mottagningar mellan januari 2016 och maj 2016. Exklusionskriterier för deltagande var bristande språkkunskaper i svenska, diagnosticerad mental retardation, pågående psykos, pågående heldygnsvård eller var hemlös. Av deltagarna var 0 yngre än 21 år, 3 var 21-24 år, 7 var 25-30 år, 9 var 31-40 år, 14 var 41-50 år och 15 var äldre än 50 år. Vad gäller ytterligare bakgrundsdata samt tidigare erfarenheter av träning i medveten närvaro se Tabell 1 och 2.

Infoga Tabell 1 och 2 här

Instrument

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ_SWE). Skalan är en svensk version (Lilja et al., 2011) av självskattningsformuläret Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer, et al., 2006) som avser mäta förmågan till medveten närvaro. FFMQ konstruerades (Baer, et al., 2006) utifrån påståenden från fem andra formulär avsedda att mäta medveten närvaro. FFMQ_SWE (Lilja et al., 2011) är översatt till svenska och reliabilitetstestad men inte validerad. FFMQ_SWE består av 29 påståenden som besvaras på en 1-5 Likert skala som sträcker sig från ”Påståendet stämmer aldrig eller nästan aldrig” till ”Påståendet stämmer alltid”. FFMQ_SWE består av fem s.k. fasetter, som i denna uppsats kommer att benämnas delskalor. Delskalorna är; *Icke-reaktivitet* (sex påståenden) vilken avser förmåga att inte reagera överdrivet på inre upplevelser, t ex: ”Jag kan iakttä mina känslor utan att bli uppslukad av dem”, *observera* (sju påståenden) vilken avser förmåga att observera en inre eller yttre tillstånd, t ex: ”När jag går, lägger jag med avsikt märke till hur det känns att röra kroppen”, *agera medvetet* (fem

påståenden) vilken avser förmåga att agera medvetet, t ex: ”När jag gör saker vandrar mina tankar iväg och jag blir lätt distraherad” (omvänd), *beskriva* (sex påståenden) vilken avser förmåga att beskriva känslor, t ex: ”Jag är bra på att hitta ord som beskriver känslor” samt *icke-dömande* (fem påståenden) vilken avser förmåga att inte värdera upplevelser utan möta dem med acceptans, t ex: ”Jag kritiserar mig själv för att ha känslor som är irrationella eller olämpliga” (omvänd). Poängen på FFMQ_SWE är 29-145 poäng. Varje påstående, fråga, kan skattas mellan 1-5 poäng. Ju högre poäng, ju högre självskattad förmåga till medveten närvaro. Medelvärde för kvinnor i svensk normalpopulation är på helskala 3.45 ($SD=0.41$). Medelvärde för män i svensk normalpopulation är på helskala 3.33 ($SD=0.36$). Den interna validiteten och reliabiliteten för FFMQ_SWE är god; mellan 0.75 och 0.85 på de skilda delskalorna, samt 0.81 på helskala, (Lilja et al., 2011).

Känsla av sammanhang (KASAM). Skalan är en kort version av självskattningsformuläret KASAM (Antonovsky, 2005), som avser att mäta känslan av sammanhang (eng. *sense of coherence scale*, SOC-13). KASAM består av 13 påståenden om upplevelse av känsla av sammanhang, till exempel: ”Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?”, ”Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?”, ”Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra?”. Påståendena besvaras på en 1-7 Likert skala (0-7 poäng) som sträcker sig från ”Mycket ofta” till ”Mycket sällan/aldrig”, ”Glädje och djup tillfredsställelse” till ”Smärta och leda”, etc. Poängen på KASAM är 13-91 poäng, där hög poäng betyder stark KASAM (Antonovsky, 2005).

KASAM är ett formulär som har god intern validitet med Cronbach's alfa på 0.89 (Olsson, Gassne & Hansson, 2009). Även Eriksson och Lindström (2005) kan i sin systematiska översikt av 127 studier på KASAM konstatera en intern validitet med Cronbach's alfa på mellan 0.70 till 0.92. Medelvärden för KASAM varierar mellan 35.39 ($SD = 0.10$) och 77.60 ($SD = 13.80$). De konstaterar även att poängen tenderar att öka med stigande ålder (Eriksson och Lindström, 2005). KASAM har tagits fram av Antonovsky (2005) för att mäta känslan av sammanhang, vilket i sin tur bestod av upplevd begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Eriksson och Lindström (2005) menar att KASAM mäter hur personer hanterar stressfyllda situationer och hur man mår bra psykiskt över tid.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Skalan (Zigmond & Snaith, 1983) är ett självskattningsformulär som avser mäta depression och ångest. HAD består av 14 påståenden, sju för ångest vilka bildar en Ångestskala (HAD-A), t ex ”Oroande tankar kommer för mig” och sju för depression vilka bildar Depressionsskalan (HAD-D), t ex ”Jag uppskattar samma saker som förut”. Påståendena besvaras på en 1-4 Likertskala (0-3 poäng) som sträcker sig från ”För det mesta” till ”Inte alls”, ”Precis lika mycket” till ”Knappast alls”, etc. Respektive skala har möjliga poäng 0-21. Cut-off gränserna för respektive skala (Zigmond & Snaith, 1983) är 8-10 poäng (”möjligen föreligger ångest eller depression”) respektive minst 11 poäng (”troligen föreligger ångest eller depression”).

HAD togs ursprungligen fram (Zigmond & Snaith, 1983) för att mäta emotionella svårigheter hos icke-psykiatriska patienter på sjukhus. Herrmann (1997) konstaterar att HAD är ett instrument med goda psykometriska egenskaper och kan användas för att bedöma ångest och depression hos medicinska patienter. Flera studier har visat att HAD mäter ångest och depression även hos psykiatripatienter (Aylard, Gooding, McKenna & Snaith, 1987; Malasi, Mirza & El-Islam, 1991; Snaith & Taylor, 1985; Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens, & van Hemert, 1997). Vidare har Lisspers, Nygren och Söderman (1997) visat att HAD mäter ångest och depression hos en svensk normalpopulation med god-hög validitet. 2011 rekommenderar amerikanska motsvarigheten till Socialstyrelsen, U.S. Department of Health and Human Services att HAD används vid diagnostisering av depression och ångest.

The Difficulties in Emotion Regulation Scale – short version (DERS-16). Skalan är ett självskattningsformulär som avser mäta förmågan till känsloreglering. DERS-16 har tagits fram och validerats genom tre studier i Sverige respektive USA med vuxna personer från psykiatri (Bjureberg et al., 2015). DERS-16 består av 16 påståenden, där påståendena besvaras av en 1-5 Likertskala som sträcker sig från ”Nästan aldrig” till ”Nästan alltid”. DERS-16 består av fem dimensioner för svårigheter med känsloreglering; *icke-acceptans av negativa känslor*, till exempel ”När jag blir känslomässigt upprörd, känns det som att jag är svag”, *oförmåga att under stresspåslag kunna ägna sig åt målinriktade beteende*, till exempel ”När jag blir känslomässigt upprörd, har jag svårt att få något arbete gjort”, *svårigheter att under stresspåslag kontrollera impulsiva beteenden*, till exempel ”När jag blir känslomässigt upprörd, förlorar jag kontrollen”, *begränsad tillgång till effektiva känsloregleringsstrategier*, till exempel ”När jag blir känslomässigt upprörd, tror jag inte att det finns något jag kan göra för att må bättre” samt *brist*

på känslomässig klarhet, insikt, till exempel ”Jag är förvirrad över hur jag känner”. Poängen på DERS-16 är 16-80 poäng, där högre poäng pekar på större känslomässig dysreglering. Bjureberg med flera (2015) anser att DERS-16 är ett formulär med goda psykometriska egenskaper, det vill säga att DERS-16 har god validitet samt utmärkt intern reliabilitet med sin Cronbach´s alfa på 0.92 respektive god test-retest reliabilitet ($\rho_r=0,85$; $p<0.001$).

Upplevd Trygghet (UT). Trygghetsskalan (Norlander et al., 2015) utgörs av en VAS-skala (Visual Analogue Scale) med formuleringen ”Hur trygg känner du dig i din miljö?”. Frågan besvaras på en linje med längden en decimeter med de tänkta skalstegen 0-100, och där svaren anges med ett kryss på linjen. Skalan sträcker sig från ”Inte alls trygg” till ”Mycket trygg”. Ju högre på VAS-skalan, ju tryggare upplever man sig. Skalan har validerats och reliabilitetstestats av Norlander, med flera (2015).

Upplevd Nöjdhet (UN). Nöjdhetsskalan (Norlander et al., 2015) är sammanställt utifrån 10 VAS-skolor som ingick i en tidigare studie som behandlade olika aspekter av livskvalitet. Exempel på en fråga är ”Hur nöjd är du med ditt liv just nu?”. Frågorna besvaras på VAS-skolor med längden en decimeter med de tänkta skalstegen 0-100, och där svaren angavs som kryss på skalorna. Skalorna sträcker sig från ”Inte alls nöjd” till ”Mycket nöjd”. Ju högre man markerar på respektive VAS-skala, ju högre livskvalitet upplever man.

Genomförande

Formulären FFMQ_SWE, HAD och KASAM har skattats av Lilja och medarbetare (2011) på en icke-klinisk population. För att möjliggöra skattning av bland annat FFMQ_SWE på klinisk population, tillfrågades enhetscheferna på två vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i västra Sverige och de godkände mottagningens deltagande i studien (bilaga 3). Deltagarna rekryterades därefter på respektive mottagning, genom att patienterna kontaktades på respektive mottagning och informerades om studien muntligt och skriftligt. Deltagarna var patienter som tillhörde de vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna med undantag för de som exkluderats enligt de tidigare redogjorda kriterierna. Vid intresse från patienten att delta delades informationsbrev/inbjudan till studien ut samt blankett för informerat samtycke. Patienterna fick självskattningsformulär samt blankett med bakgrundsdata. FFMQ_SWE, KASAM, HAD, DERS-16, UT, UN samt blankett med bakgrundsfrågor distribuerades till deltagarna. Bakgrundsfrågorna utgjordes av demografiska frågor samt frågor om sysselsättning, träning i medveten närvaro,

förekomst av eventuell psykisk ohälsa eller missbruk samt medicinering. Ingen ersättning gavs för ifyllandet av formulären.

Databearbetning

Genom statistikprogrammet SPSS 20 kunde datamaterialet bearbetas.

Bortfall

I studien delades 68 enkäter ut, varpå 48 besvarades. Således ett bortfall på 20 st.

Reliabilitet och validitet

De formulär som använts är väl beprövade med dokumenterat god validitet och reliabilitet. Rekommenderat intervall för Cronbach´s alfa ligger mellan 0.70-0.90 (Brace, Kemp & Shelgar, 2012; Norman & Streiner, 1989).

Etiska överväganden

Studien genomfördes inom ramen för Psykoterapeutprogrammet på Högskolan Evidens, Göteborg. Etikansökan för studien godkändes av den lokala etikkommittén på Högskolan Evidens (ref.nr 160127).

Deltagandet i studien innebar ifyllande av fem formulär samt för studien relevanta bakgrundsfrågor. Lilja med flera (2011) hade tidigare genomfört en liknande studie på en icke-klinisk population. Inget påtagligt obehag för deltagarna i den studien uppmärksammades. Deltagarna i den här studien fyllde i ett skriftligt samtycke om deltagande i studien (se bilaga 2). Studien följde Helsingforsdeklarationen i alla avseenden. Såväl muntlig som skriftlig information om studien gavs till deltagarna (bilaga 1). Det gavs information om att deltagande i studien var frivilligt och att det var möjligt att avbryta sitt deltagande i studien utan reservationer eller konsekvenser. Det gavs även information om hur insamlad data förvaras och bearbetas samt beslut att delta (eller inte delta) i studien inte påverkade deltagarnas fortsatta vård på respektive mottagning. Samtliga datainsamlare arbetade med patientarbete på mottagningarna. Presentation av data sker endast på gruppnivå. Vid presentation av data från studien kom således ingen enskild person att identifieras för att värna om deltagarnas integritet. Inga risker för komplikationer till följd av deltagande i studien bedömdes föreligga.

Resultat

Skillnad i FFMQ_SWE mellan kvinnor i klinisk population och normalpopulationen

För att undersöka FFMQ's användbarhet i klinisk population, genomfördes *t*-test (5 % nivå) som visade att kvinnor i normalpopulationen ($N = 293$) (Lilja et al., 2011) som väntat skattar sig högre på FFMQ_SWE än vad kvinnor i den kliniska populationen ($N = 42$) skattar sig i denna studie. Kvinnor i normalpopulation ($n = 293$) skattar i snitt 3.45 ($SD = 0.41$) och i den kliniska populationen skattar i snitt 2.96 ($SD = 0.47$) på FFMQ_SWE. Även på delskalorna *icke-reaktivitet*, *handla med närvaro* och *icke-värderande* skattar sig normalpopulationen högre än den kliniska populationen. Skillnaden mellan kvinnorna i normal populationen och den kliniska populationen är inte signifikanta på övriga två delskalor: *observera* och *beskriva*. Resultaten redovisas i Tabell 3.

Infoga Tabell 3 här

Intern reliabilitet för FFMQ_SWE i klinisk population

För att ytterligare undersöka FFMQ_SWE's användbarhet, prövades dess interna reliabilitet genom Cronbach's alfa. Cronbach's alfa låg i intervallet 0,75 – 0,89. Resultatet redovisas i tabell 4 där även Cronbach's alfa värden med tidigare studier från Baer med flera (2006) respektive Lilja med flera (2011) finns presenterade.

Infoga Tabell 4 här

FFMQ_SWE och bakgrundsvariabler

Det fanns inga signifikanta skillnader (Mann-Whitney U-test och Kruskal-Wallis, 5 % nivå) gällande olika åldersgrupper, utbildningsnivå, sysselsättning, sjukskrivning eller gällande uppgett tidigare/pågående missbruk i avseende skattningar på FFMQ_SWE. Däremot fanns en signifikant skillnad ($p=0.036$) mellan *uppgett pågående missbruk* och *uppgett inte pågående*

missbruk i avseende på FFMQ, då de som uppgett att de inte var i pågående missbruk också skattade högre på FFMQ_SWE ($M = 2.97$) än de som hade ett pågående missbruk ($M = 2.61$). Ett Kruskal-Wallis test visade inga signifikanta skillnader i avseende på FFMQ_SWE vad gäller olika erfarenhet av träning med mindfulness eller yoga, vare sig hur länge eller hur mycket man övat. På grund av populationens sammansättning (42 kvinnor och 6 män) var det inte möjligt att studera eventuella skillnader mellan kön och FFMQ_SWE.

Samband mellan FFMQ_SWE och DERS, KASAM, HADS-Ångest, HADS-Depression, UT och UN

I syfte att validera FFMQ_SWE korrelerades (Pearson's r , 0.05 nivå) totalsumman för FFMQ_SWE liksom varje delskala med totalsummorna för DERS, KASAM, HADS-Ångest, HADS-Depression, UT och UN. Resultaten redovisas i Tabell 5.

Infoga Tabell 5 här

Regressionsanalys

För att undersöka de ingående variablernas inverkan på variansen för FFMQ_SWE genomfördes en regressionsanalys (Stepwise) med FFMQ_SWE som kriterievariabel och med DERS, KASAM, HAD-Ångest, HAD-Depression, UT, UN, Kön och Ålder som prediktorvariabler. Analysen genererade två modeller med endast DERS (Step 1: $Adj R^2 = 0.48$, $p < 0.001$) och med DERS och KASAM tillsammans (Step 2: $Adj R^2 = 0.48$, $p < 0.001$). Resultatet innebar således att DERS ensam stod för hela 48 % av variansen i FFMQ_SWE, medan kombinationen tillsammans med KASAM innebar en ökning på endast 3 %.

Analys av lägre respektive högre upplevd trygghet

I syfte att undersöka hur lägre respektive högre upplevd trygghet inverkar på FFMQ_SWE och de andra variablerna kategoriserades (Visual Binning, *with* = 50 %) variabeln Upplevd Trygghet ($N = 48$, $M = 67.92$, $SD = 24.91$) i deltagare med en lägre upplevd trygghet ($n = 24$, $M = 47.42$, $SD = 18.34$) och deltagare med en högre upplevd trygghet ($n = 24$, $M = 88.42$, $SD = 7.38$). Variansanalys gjordes med hjälp av en envägs Pilai's MANOVA med Trygghet

(lägre, högre) som oberoende variabel och med FFMQ_SWE, DERS, KASAM, HAD-Ångest, HAD-Depression, och UN som beroendevariabler. Analysen visade en signifikant effekt för Trygghet [$F(1, 40) = 5.03, p = 0.024, \eta^2 = 0.43, power = 0.98$]. Univariata F-test visade signifikanta effekter för samtliga beroendevariabler: FFMQ_SWE [$F(1, 45) = 5.44, p = 0.024$], DERS [$F(1, 45) = 7.92, p = 0.007$], KASAM [$F(1, 45) = 17.22, p < 0.001$], HAD-Ångest [$F(1, 45) = 12.84, p = 0.001$], HAD-Depression [$F(1, 45) = 11.75, p = 0.001$], och UN [$F(1, 45) = 24.27, p < 0.001$]. För medelvärden och standardavvikelser i se Tabell 6.

Infoga Tabell 6 här

Diskussion

Studiens första syfte var att undersöka om FFMQ_SWE är en användbar självskattningsskala i klinisk population, vilket studien visat att den kan vara. Studiens första hypotes bekräftades då kvinnor i klinisk population skattar sig lägre på medveten närvaro enligt FFMQ_SWE än kvinnor i normalpopulation (Lilja et al., 2011). Framst på delskalorna *icke-reaktivitet*, *agera medvetet* och *icke-dömmande* i FFMQ_SWE skattar sig den kliniska populationen lägre än normalpopulationen. Skillnaderna mellan kvinnorna i normal populationen och den kliniska populationen är däremot inte signifikanta på de övriga två delskalorna *observera* och *beskriva* i FFMQ_SWE. Vidare visar resultaten för FFMQ_SWE i den kliniska populationen på god Cronbach's alfa reliabilitet.

Studiens andra hypotes bekräftades då FFMQ_SWE i klinisk population visades ha ett negativt samband med såväl DERS-16, som HAD-Ångest respektive med HAD-Depression. FFMQ_SWEs och DERS-16s starka negativa samband ligger i linje med tidigare forskning (Baer et al., 2006; Bjureberg et al., 2015; Coffey et al., 2010; Goodall, 2012; Linehan, 1993) som också visat att det finns ett starkt samband mellan medveten närvaro enligt FFMQ och självskattad förmåga till känsloreglering av negativa känslor enligt DERS. Framst delskalorna *icke-reaktivitet*, *agera medvetet* och *icke-dömmande* i FFMQ_SWE i klinisk population visades ha negativt starkt samband med DERS-16 i denna studie. Regressionsanalys visade därutöver att DERS-16 stod för betydande del av variansen i FFMQ_SWE.

Studiens tredje hypotes bekräftades då FFMQ_SWE i klinisk population visade sig ha ett positivt samband med KASAM. KASAM korrelerade främst med de tre delskalorna *icke-reaktivitet, agera medvetet* och *icke-dömande* i FFMQ_SWE.

Studiens fjärde hypotes bekräftades inte, då det inte fanns några signifikanta skillnader gällande flera av bakgrundsfaktorerna avseende skattningar på FFMQ_SWE. Däremot fanns en viss skillnad mellan personer som *uppgett pågående missbruk* respektive *uppgett inte pågående missbruk* i avseende på FFMQ, då de som uppgett att de inte var i pågående missbruk också skattade högre på FFMQ_SWE än de som hade ett pågående missbruk. Denna skillnad får dock tolkas med stor försiktighet, då 19 av 48 deltagande inte hade svarat på frågan. Ett Kruskal-Wallis test visade inga signifikanta skillnader i avseende på FFMQ_SWE vad gäller olika erfarenhet av träning med mindfulness eller yoga, vare sig hur länge eller hur mycket man övat. På grund av populationens sammansättning (42 kvinnor och 6 män) var det inte möjligt att studera eventuella skillnader mellan kön och FFMQ_SWE.

Studiens andra syfte var att undersöka om UT är en användbar självskattningsskala i klinisk population, vilket studien visat att den kan vara. Visserligen kunde inte studiens femte hypotes bekräftas, då korrelationen mellan FFMQ_SWE och UT var låg. Resultaten i studien visar dock att den grupp som skattade högre upplevd trygghet (UT) också skattade högre förmåga till medveten närvaro. Detta då variansanalys visade att högre upplevd trygghet (UT) sammanfaller med bättre självskattad förmåga till medveten närvaro (FFMQ_SWE), bättre förmåga till känsloreglering av negativa känslor (DERS-16), högre känsla av sammanhang i vardagen (KASAM), mindre ångest (HAD-Ångest), mindre nedstämdhet (HAD-Depression) och mer upplevd nöjdhet (UN).

En styrka med denna studie är att den replikerade tidigare studier genomförda av Bjureberg med flera (2015), Lilja med flera (2011) samt Norlander med flera (2015) vid val av skattningsformulär. Detta har gjort det möjligt att kunna jämföra vissa resultat i denna studie med resultat från dessa och andra studier.

Vidare styrkor med denna studie var att den är genomförd på en psykiatrisk mottagning och att skattningsskalornas användbarhet testas i det sammanhang där önskemål om att använda dem finns. Ytterligare en styrka utgörs av att en stor del av de för studien utvalda självskattningsformulären inte är diagnostiskt utformade, utan fokuserar på förmågor eller bristen

av dem. Validiteten förbättrades även ytterligare av att studien använde exklusionskriterier för deltagarna.

FFMQ_SWE kan visa på användbarhet i klinisk population då den delar upp medveten närvaro i fem förmågor och delskalor. Detta skulle till exempel kunna vara användbart under olika faser i en psykoterapi för att lättare kunna se vad klienten behöver förbättra i sin medvetna närvaro. Analys av FFMQ_SWE kan ge en klient kunskap om att hen kan behöva ökade färdigheter avseende sin förmåga att observera, medan en annan klient behöver arbeta med sitt icke-värderande. Även Lilja (2016), Lilja med flera (2013) samt Linehan (1993) lyfter fram att de olika förmågorna av medveten närvaro som något som kan tränas och som därför kan tänkas gå igenom olika faser beroende på hur länge man tränat medveten närvaro. Lilja (2016) lyfter fram att individen troligtvis först just tränar på att försöka bli mer observerande, notera mer omkring sig och i sig, för att sen därefter bli bättre på att benämna det som händer. Inte helt otänkbart kanske individen först därefter får arbeta med att inte vara för självkritisk, dömande, till det hen nu börjat notera hos sig själv. Linehan (1993) föreslår att just *vad-färdigheten observera* lärs in först, därefter *beskriva* och sen först längre fram *hur-färdigheten icke-dömande* (Linehan, 1993). Också Pearson, Lawless, Brown och Bravo (2015) noterade i sin studie att den grupp som för medveten närvaro skattade att de hade högst på förmåga till att observera, men som också skattade sig som mest dömande, var dem som även skattade sämst psykiskt mående.

FFMQ_SWE visar också på användbarhet i klinisk population när det används gemensamt med DERS-16. De styrkor och svårigheter som klienten själv anser att hen har avseende medveten närvaro och känsloreglering kan tillåta matchning av de bäst lämpade terapeutiska interventionerna för den fas klienten befinner sig i. En klient som till exempel via DERS-16 skattar att hen har svårigheter att under pågående negativt känslopåslag kunna koncentrera sig och få saker gjorda, uppnå sina mål, kanske istället är mest hjälpt av träning i *observerande*, för att förbättra sin bristande medvetenhet om sitt pågående känslopåslag och först därefter börja träna på att försöka reglera ner sin negativa känsla. En klient som via DERS-16 å andra sidan skattar svårigheter med att acceptera sina känsloreaktioner, kan istället vara mer hjälpt av träning i *icke-värderande* i medveten närvaro.

FFMQ_SWE visar även på användbarhet i klinisk population när det används gemensamt med DERS-16 och UT. Framförallt skulle FFMQ_SWE, DERS-16 och UT gemensamt tänkas vara hjälpsamma att använda såväl före, under som efter en psykoterapi. Då de är

självskattningsformulär tar de alltid utgångspunkt i var klienten själv befinner sig avseende sina styrkor och svårigheter. Framförallt UT fokuserar på en av psykoterapins viktigaste hörnstenar, nämligen det att klienten ska kunna känna sig trygg i terapin för att sen våga utsätta sig för den otrygghet som en psykoterapi ofta leder till. De flesta klienter skulle först efter god upplevd trygghet i en terapi våga berätta om sina problem och sen även våga träna på att lära sig att reglera sina negativa känslor hjälpsamt.

Resultaten från studien visar att UT kan vara användbar i klinisk population. Studiens resultat visade att den grupp med högre skattad upplevd trygghet (UT) också skattade högre förmåga till medveten närvaro, vilket ligger i linje med tidigare forskning (Norlander, et al., 2015; Meltzer et al., 2007). Även tidigare forskning om trygg anknytning (Goodall, 2012; Pepping, et al., 2015) visar att trygghet och livskvalitet relaterar till förmåga till medveten närvaro. Tidigare forskning om trygghet (Hefner, et al., 2016) visar att möjlighet att skifta och styra sin uppmärksamhet påverkar upplevelse av trygghet, genom att aktivt fokus på trygghetsskapande signaler minskar rädsla och ökas upplevd trygghet. Det skulle därför kunna vara möjligt att ökad förmåga till medveten närvaro, genom ökad förmåga att styra uppmärksamhet leder till ökad upplevelse av trygghet. Det motsatta är också troligt, det vill säga att personer som upplever sig trygga har lättare att vara medvetet närvarande. Forskning på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), där ständig upplevelse av hot (Ehlers & Clark, 2000) är huvudsymtom, har visat att personer med denna diagnos har svårigheter med medveten närvaro (Kearney, McDemott, Malte, Martinez & Simpson, 2012). Individen som lider av PTSD, liksom de flesta som lider av ångestdiagnoser, undviker aktivt att vara i nuet och försöker istället hålla uppmärksamhet på något som är ofarligt, till exempel genom att endast fokusera på omgivningen eller i tanken försöka befinna sig på en annan plats eller tid (Najavits, 2001). Denna studie och tidigare forskning indikerar att både medveten närvaro och upplevelse samvarierar och möjligt inbördes påverkar varandra. Denna studie och tidigare studie av Norlander med flera (2015) visar att de som skattade högre upplevelse av trygghet också skattade lägre nivå av psykiska symtom. I denna studie skattade dessutom deltagarna med högre upplevelse av trygghet också högre förmåga till medveten närvaro, känsloreglering samt känsla av sammanhang. Dessa resultat kan därför sägas ytterligare validera UT och visa på dess användbarhet i klinisk population.

Mot bakgrund av den aktuella studiens resultat kan Meltzer med fleras (2007) modell för trygghet modifieras genom att föra in faktorerna medveten närvaro och känsloreglering. Se Figur 2.

Infoga Figur 2 här

Utifrån Meltzers figur, kan man då tänka sig att upplevelse av trygghet och förmåga till medveten närvaro samt känsloreglering är multifaktoriellt och att de ömsesidigt påverkar varandra. Det kan därför finnas flera möjliga interventioner för att bryta onda cirklar av bristande förmåga till närvaro i nuet, känsloreglering, psykisk ohälsa och upplevelse av otrygghet. En möjlig behandlingsmetod är just tidigare nämnda DBT som angriper dessa faktorer samtidigt; ökad upplevd trygghet via individualterapi samt bättre förmåga till bland annat medveten närvaro och känsloreglering via färdighetsträning (Linehan, 1993; Norlander et al, 2015). En annan behandlingsmöjlighet skulle kunna vara att mer direkt försöka påverka egen upplevelse av trygghet genom att öka förmåga till självtröst genom Compassion Focused Therapy (CFT) (Gilbert, 2010). DBT skulle också kunna tänkas vara hjälpsamt för individer med bristande förmåga till trygghet, medveten närvaro och känsloreglering (Linehan, 1993; Norlander et al., 2015).

Det finns en del tänkbara begränsningar med denna studie. Detta då FFMQ_SWE avser mäta medveten närvaro, men då vissa studier (Coffey et al., 2010; Goodall et al., 2012) kan sägas ifrågasätta detta, då de hävdar att FFMQ inte bara mäter såväl medveten närvaro utan också känsloreglering. Dessa studier hävdar även att DERS inte bara mäter känsloreglering, utan också mäter medveten närvaro. Tidigare forskning visar även på starka samband mellan medveten närvaro och känsloreglering (Baer et al, 2006; Bjureberg et al 2015; Linehan, 1993), och framförallt när dessa begrepp medveten närvaro och känsloreglering definierats enligt FFMQ och DERS. Även denna studie visar på ett starkt negativt samband mellan FFMQ_SWE och DERS-16. Coffey med flera (2010) föreslår därför att medveten närvaro, istället för att definieras enligt FFMQ, istället ska definieras enligt Bishop med fleras (2014) definition på medveten närvaro som istället består av de två förmågorna uppmärksamhet och acceptans.

En ytterligare tänkbar begränsning med FFMQ_SWE och DERS-16 avser begreppet acceptans. Förmågan till medveten närvaro består till stor del av förmågan till acceptans (Coffey et al., 2010; Linehan, 1993). De fem påståendena i delskalan *icke-dömande* i FFMQ_SWE avser dock enbart bristande acceptans gällande individens egna tankar respektive individens sekundära emotionella reaktioner (i förhållande till ens primära negativa reaktioner). Påståendena i DERS-16 avser enbart individens bristande acceptans gällande dennes sekundära emotionella reaktioner (i förhållande till ens primära negativa reaktioner). Detta kan ställas mot det faktum att en individs svårigheter med acceptans ofta anses avse även avse individens liv i stort, de genomförda livsbeslut man tagit, ens fysiska sensationer som t.ex. fysisk smärta och hunger, ens kropp, ens svårigheten att acceptera, och så vidare (Linehan, 1993). Dessa aspekter avseende acceptans ryms således inte i varken FFMQ_SWE och DERS-16, och skulle i en terapi i så fall förmodligen behöva följas upp ytterligare av terapeuten eller annat mätinstrument.

En annan tänkbar begränsning med denna studie är att den inte visade några samband mellan skattad förmåga på medveten närvaro med (FFMQ_SWE) och angiven erfarenhet av träning i medveten närvaro, det vill säga hur länge eller hur mycket man övat. Tidigare studie (Baer et al, 2008) har visat att det finns samband mellan fyra av delskalorna i FFMQ och erfarenhet av träning i medveten närvaro. Även studie från 2013 (Lilja et al.) visar mönster i hur grupper av individer skattar FFMQ och erfarenhet av träning i medveten närvaro. En annan studie (Lilja et al., 2011) visar istället att meditationserfarenheten förklarar bara 2-3% av variansen i FFMQ_SWE. Hur kommer det sig i att deltagarna med längre meditationserfarenhet i denna studie inte skattar högre på förmåga till medveten närvaro? Det kan tänkas bero på den så kallade Dunning-Kruger-effekten (Dunning, Johnson, Ehrlinger & Kruger, 2003; Kruger & Dunning, 1999) som är en kognitiv bias som menar att den oinvidde överskattar sin förmåga medan den invigde underskattar sin förmåga. Lilja (2016) lyfter även upp denna effekt och menar att man skulle man kunna tänka sig att personer med längre erfarenhet av medveten närvaro har fått större insikt och ödmjukhet i hur stort antal negativt värderande tankar, tolkningar man som individ faktiskt har/gör. Om detta stämmer, det vill säga om man överskattar sin förmåga till medveten närvaro vid liten erfarenhet och man underskattar sin förmåga till medveten närvaro vid lång erfarenhet, är det svårt att se användningsområdet för vilket självskattningsformulär för medveten närvaro som helst. Det är kanske möjligt att skillnaden före och efter träning i medveten närvaro

föreligger i verkligheten, men då denna studie inte omfattade någon före och efter mätning kunde vi inte upptäcka något sådant samband.

Ytterligare en begränsning i denna studie är gruppstorleken, då det endast deltog 48 patienter. Även könsfördelningen var ojämn (42 kvinnor och 6 män). Någon före-efter-mätning av exempelvis psykoterapeutisk behandling gjordes inte, utan undersökningen skedde vid enbart ett tillfälle per deltagare. Deltagarens förmåga till medveten närvaro från början var inte känd, det vill säga innan eventuell träning. En annan begränsning i studien, är att studien enbart förlitade sig på självskattningsformulär. Detta då självskattningsformulär ofta bara utgör ett komplement till den kliniska bedömningen som psykoterapeuten gör. I de flesta fall har den kliniska bedömningen den avgörande betydelsen för problemformulering och val av behandlingsmodell och psykoterapeutisk inriktning för terapin. Trots att studien främst fokuserar på användbarheten av olika självskattningsformulär, finns således en tydlig medvetenhet om att detta enbart är en av flera viktiga delar i en psykoterapeutisk bedömning, behandling och utvärdering. Vidare finns tänkbar en begränsning med deltagarnas förmåga till insikt. Om deltagare med bristande insikt kan tänkas ha svårigheter att korrekt återge sin förmåga till medveten närvaro, känsloreglering och upplevd trygghet, minskar användbarheten med självskattningsformulär. Deltagarna kan även tänkas ha bristande insikt om vilka diagnoser de har. Något som också kan ses som en begränsning, är underlaget för beräkning av Cronbach's alfa för FFMQ_SWE. Detta då antalet frågor för respektive korrelationsanalys var mindre (5-7 påståenden per delskala i FFMQ_SWE) än önskvärt (10 stycken). En annan tänkbar begränsning i studien är att studien inte visade på någon signifikant skillnad gällande ålder avseende skattningar på FFMQ_SWE.

En tänkbar begränsning med UT är att den baserar sig på begreppet *upplevd trygghet* som i sig är ett mångtydigt och svårdefinierbart begrepp, något Norlander med flera (2015) också lyfter. Forskningen visar på flertalet olika definitioner av bland annat Gilbert (2010), Pepping med flera (2015) och Meltzer med flera (2007) och där skillnaden för att definiera gränserna för begreppet till stor del beror på faktorer i omgivningen såsom utsatthet för hot, bristande stöd samt individens interaktion med nämnda omgivning. Norlander med flera (2015) har valt att använda Segerstens (1994) definition av *upplevd trygghet* som bas för UT; *att uppleva sig vara fri från oroande och hotande inslag*. Då begreppet *upplevd trygghet* är komplext, tycks det svårt att fånga det med bara en fråga. Då UT bara består av en fråga, skulle det kunna ses som en svaghet i detta sammanhang och en risk att överförenkla verkligheten. Detta till trots att skalan utgörs av en så

kallad VAS-skala. Å andra sidan har forskning inom andra komplexa områden såsom upplevelse av smärta (Ahles, Ruckdeschel, & Blanchard, 1984), upplevd livskvalitet (Ivarsson, Malm, Lindström, & Norlander, 2010) och upplevd börda hos närstående till psykospatienter (Hjärthag, Helldin, & Norlander, 2008) visat goda psykometriska egenskaper för enskilda VAS-skalor även jämfört med omfattande testinstrument. En ytterligare aspekt kan vara att otrygghet inte alltid behöver vara något negativt, det vill säga att det inte alltid är önskvärt att sträva mot upplevelse av trygghet i en terapi. Man skulle till exempel kunna tänka sig att en individ skulle känna ökad otrygghet i samband med inläringen av nya känsloregleringsstrategier i en psykoterapi. Under en sådan fas skulle således ett lågt värde UT vara helt förståeligt och kanske till och med önskvärt. Dock kan tänkas att individens ökade förmåga till känsloreglering på sikt sen bidrar till ökad upplevelse av trygghet hos samma individ. När och i vilket sammanhang som UT administreras blir således i dessa lägen av största vikt. En annan svaghet är den statistiska analys som delar upp gruppen i en del med hög upplevd medveten närvaro och en med låg upplevd medveten närvaro. Denna analys frångår därmed grundantaganden om grupper normalfördelning, det vill säga att gruppen fördelar sig på ett kontinuum mellan låg upplevd medveten närvaro och hög upplevd medveten närvaro, där det stora flertalet ligger fördelade runt ett medelvärde för att därefter glesare spridas ut mot ytterligheterna hög respektive låg upplevd trygghet.

Slutsatser

Slutsatsen är att såväl FFMQ_SWE som UT kan vara användbara självskattningsskalor i klinisk population. Kvinnor i normalpopulation skattade sig högre på FFMQ_SWE än kvinnor i klinisk population. FFMQ_SWE visade på en god intern reliabilitet med Cronbach's alfa värden i intervallet 0.70-0.89. FFMQ_SWE korrelerade enligt förväntat med DERS-16, KASAM, HAD-A, HAD-D och UN. DERS-16 och KASAM förklarade 51% av variansen i FFMQ_SWE, vilket ligger i linje med tidigare forskning. En grupp med högre skattad upplevd trygghet också skattade sig högre på FFMQ_SWE än en grupp med lägre skattad upplevd trygghet.

Det starka positiva sambandet mellan FFMQ_SWE och DERS-16 samt DERS-16's inverkan på variansen på FFMQ_SWE, indikerar att begreppet medveten närvaro enligt FFMQ_SWE är brett i sin definition i förhållande till begreppet känsloreglering enligt DERS-16, och därför skulle behöva fortsätta valideras ytterligare i klinisk population och då specifikt

gentemot begreppet känsloreglering. Ett klagörande kring begreppens inbördes påverkan skulle således kunna göras framledes.

Resultaten i denna studie har visat att UT och FFMQ_SWE inte korrelerar starkt positivt som förväntat, utan endast korrelerar svagt positivt. UT baserat på begreppet *upplevd trygghet* går att ifrågasätta utifrån tidigare forskning och utifrån studiens resultat. Tidigare forskning som visat på samband mellan medveten närvaro och trygghet, har utgått från en definition av trygghet som är mer operationaliserad och bestående av flera delar än studiens definition. Begreppet *upplevd trygghet* enligt UT kan därför tänkas vara för smalt i sin definition och därför behöva valideras i klinisk population och då specifikt gentemot medveten närvaro, känsloreglering samt gärna även gentemot anknytningsmönster.

Framtida forskning skulle behöva validera FFMQ_SWE i en större klinisk population och med en jämn könsfördelning. Framtida forskning avseende FFMQ_SWE behöver göra före-och-efter-mätning i psykoterapi för att säkerställa att detta skattningsformulär kan användas som utvärderingsformulär för behandlingsinsatser. Ett framtida område för forskning skulle vara att undersöka hur de olika delskalorna i FFMQ varierar i skattningar under loppet av en terapi, och att därefter matcha mot lämplig färdighetsträning av den förmåga i medveten närvaro som klienten behöver förbättra.

Framtida forskning skulle även behöva validera UT ytterligare, då man skulle kunna hävda att det ännu inte är helt säkert att det på grund av begreppets komplexitet verkligen är trygghet som mätes.

Referenser

- Ahles, T. A., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1984). Cancer-related pain—II. Assessment with visual analogue scales. *Journal of Psychosomatic Research*, *28*, 121-124.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Aylard, P. R., Gooding, J. H., McKenna, P. J. & Snaith, R. P. (1987). A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*(2), 261-268.
- Barlow, D. H. (2013). *Unified protocol: diagnosöverskridande psykologisk behandling. Arbetsbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baer, R. A, Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facet of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.
- Baer, R. A, Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, *15* (3), 329-342.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L-G., L. G., Bjärehed, J., Dilillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C., & Gratz, K. L. (2015). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(2), 284-296.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Andra upplagan. London: Hoghart Press.
- Brace, N., Kemp, R., & Shelgar, R. (2012). *SPSS for psychologists*. Femte upplagan. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori – betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och kultur.
- 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*(4), 822-848.
- Coffey, K. A., Hartman, M. & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanism of actions. *Mindfulness*, *1*(4), 235-253.

- Curtiss, J. & Klemanski, D. H., (2014). Factor analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in an heterogeneous clinical sample. *Journal of Psychopathological Behaviour Assessment*, 36(4), 683-694.
- Davies, P. T., Martin, M. J., Coe, J. L., & Cummings, M. E. (2016). Transactional cascades of destructive interpersonal conflict, children's emotional security, and psychological problems across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 28, 653-671.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical applications of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166-171.
- Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J., & Kruger, J. (2003). Why people fail to recognize their own incompetence. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 83-87.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000) A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal Epidemiol Community Health*, 59(6), 460-466.
- Gilbert, P. (2010) *Compassion focused therapy*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Golkar, A., Selbing, I., Flygare O., Öhman, A., & Olsson, A. (2013). Other people as means to a safe end: Vicarious extinction blocks the return of learned fear. *Psychological Science*, 24(11), 2182-2190.
- Goodall, K., Trejnowska, A., & Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 622-626.
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1990). Effects of marital discord on young childrens' peer interactions and health. *Developmental psychology*, 25(3), 373-381.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotional regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Greene, J., & d'Oliveira, M. (2006). Learning to use statistical tests in psychology. Tredje upplagan. Maidenhead: Open University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hefner, K. R., Verona, E. & Curtin, J. J. (2016). Emotion regulation during threat: Parsing the time course and consequences of safety signal processing. *Psychophysiology*, 53(8), 1193-1202.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hjärthag, F., Helldin, L., Norlander, T. (2008). Psychometric properties of the burden inventory for relatives of persons with psychotic disturbances. *Psychological Reports*, 103, 323-335.
- Hou, J., Yeung-Shan Wong, S., Hay-Ming Lo, H., Wing-Sze Mak, W. & Shuk-Wah Ma, H. (2014). Validation of a Chinese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Hong Kong and development of a short form. *Assessment*, 21(3) 363-371.
- Hudson, N.W., Fraley, C.R., Brumbaugh, C.C. & Vicary, A.M. (2014). Coregulation in romantic partners' attachment styles: A longitudinal investigation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(7), 845-857.
- Ivarsson, B., Malm, U., Lindström, L., & Norlander, T. (2010). The self-assessment Global Quality of Life scale – reliability and construct validity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 287-297.
- 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(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kearney, D. J., McDemott, K., Malte, C., Martinez, M. & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101-116.

- Kruger, J. & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1121-1134.
- Leahy, R. L. (2010). *Ångestfri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lilja, J. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy in primary care – Clinical applications and analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Göteborg: Department of Psychology, Gothenburg University.
- Lilja, J.L., Lundh, L-G., Josefsson, T., Falkenström, F. (2013). Observing as an essential facet of mindfulness: A comparison of FFMQ patterns in meditating and non-meditating individuals. *Mindfulness*, 4(3), 203-212.
- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Johansson Hanse, J., Josefsson, T., Lundh, L-G., Sköld, C, Hansen, E., Broberg, A. G. (2011). Five Facet 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: The Guilford Press.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281–286.
- Malasi, T. H., Mirza, I. A., & El-Islam, M. F. (1991). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84(4), 323-326.
- Melen, S., Pepping, C. A. & O'Donovan, A. (2016). Social foundations of Mindfulness: Priming Attachment Anxiety Reduces Emotion Regulation and Mindful Attention. *Mindfulness*, DOI:10.1007/s.12671-016-0587-8.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Goodman, R. & Ford, T. (2007). Children's perceptions of neighbourhood trustworthiness and safety and their mental health. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1208-1213.
- Najavits, L. M. (2001). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: The Guilford Press
- Norlander, T., Ernestad, E., Moradiani, Z., Nordén, T. (2015). Perceived feelings of security: A candidate for assessing remission in borderline patients? *The Open Psychology Journal*, 8, 146-152.

- Norman, G. R. & Streiner, D. L. (1989). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Olsson, M., Gassne, J., & Olsson, M. (2009). Do different scales measure the same construct? Three sense of coherence scales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 166-167.
- Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2014). The differential relationship between mindfulness and attachment and inexperienced meditators. *Mindfulness*, 5(4), 392-399.
- Pepping, C. A., Davis, P. J. & O'Donovan, A. (2015). The association between state attachment security and state mindfulness, *Plos One*, DOI:10:1371/journal.pone.0116779.
- Pearson, M. R., Lawless, A. K., Brown, D. B., & Bravo, A. J. (2015). Mindfulness and emotional outcomes: identifying subgroups of college students using latent profile analysis. *Personality and Individual Differences*, 76, 33-38.
- Sahdra, B. K., MacLean, K. A., Ferrer, E., Shaver, P. R., Rosenberg, E. L. (2011). Enhanced response inhibition during intensive meditation training predicts improvement in self-reported adaptive socioeconomic functioning. *Emotion*, 11(2), 299-312.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segesten, K. (1994). *Patient's perceptions of security and insecurity*. Gothenburg, Sweden: K & K Förlag AB.
- Snaith, R. P., & Taylor, C. M. (1985). Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19(1), 17-20.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370.
- U.S. Department of Health and Human Services (2011) *Common mental health disorders. Identification and pathways to care*. Hämtad 15 december, 2015, från <https://guideline.gov/summaries/summary/34828/common-mental-health-disorders-identification-and-pathways-to-care>
- Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & Human Development*, 6(4), 419-437.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

Tabell 1. Deltagarnas demografiska och kliniska data

	Antal N = 48	Procent	Kumulativ procent
Civilstånd:			
Ensamstående:	28	58.3	58.3
Särbo:	4	8.3	66.7
Sambo/gift:	16	33.3	100
Utbildningsnivå:			
Grundskola:	4	8.3	8.3
Gymnasieutbildning:	12	25.0	33.3
Eftergymnasial:	14	29.2	62.5
Högskola:	17	35.4	97.9
Missing:	5	2.1	100
Sysselsättning:			
Har inte arbete:	27	56.3	56.3
Har arbete:	21	43.8	100
Sjukskrivning:			
Är sjukskriven:	30	62.5	62.5
Är inte sjukskriven:	18	37.5	100
Ekonomiskt bistånd från socialtjänst:			
Har ekonomiskt bistånd:	3	6.3	6.3
Har inte ekonomiskt bistånd:	45	93.8	100
Medicinering med psykofarmaka			
Har pågående medicinering	45	93.8	93.8
Har inte pågående medicinering	3	6.3	100
Pågående missbruk			
Har inte pågående missbruk	8	16.7	16.7
Har pågående missbruk	21	43.8	60.5
Missing	19	39.6	100
Tidigare och pågående missbruk			
Har någon gång haft ett missbruk	26	54.2	54.2
Har aldrig haft ett missbruk	22	45.8	100

Tabell 2. Erfarenhet och frekvens av träning i medveten närvaro

	Antal N = 48	Procent
Hur lång tid medveten närvaro (meditation eller yoga) utövats:		
Ingen:	7	14.6
Liten (mindre än ett år):	14	29.2
Viss (ett till tre år):	21	43.8
Mycket (mer än tre år):	6	12.5
Hur frekvent meditation utövas:		
Aldrig:	11	22.9
Varje år:	2	4.2
Varje månad:	4	8.3
Varje vecka:	15	31.3
Varje dag:	14	29.2
Missing:	2	4.2
Hur frekvent yoga utövas:		
Aldrig:	27	56.3
Varje år:	4	8.3
Varje månad:	3	6.3
Varje vecka:	10	20.8
Varje dag:	1	2.1
Missing:	3	6.3
Hur frekvent medveten närvaro utövas (meditation eller yoga):		
Aldrig:	7	14.6
Varje år:	2	4.2
Varje månad:	3	6.3
Varje vecka:	20	41.7
Varje dag:	14	29.2
Missing:	2	4.2

Tabell 3. Jämförelse mellan kvinnor i normalpopulation och klinisk population avseende skattad medveten närvaro med FFMQ_SWE.

FFMQ_SWE	Liljas studie (2009) Kvinnor n=293	Aktuell studie: Kvinnor n=42	Skillnad mellan medelvärdena
Delskala	M (sd)	M (sd)	
1: Icke-reaktivitet	3.10 (0.59)	2.68 (0.78)	0.42**
2: Observera	3.33 (0.62)	3.49 (0.65)	0.16
3: Handla med närvaro	3.47 (0.64)	2.58 (0.59)	0.89***
4: Beskriva	3.66 (0.71)	3.38 (0.82)	0.28*
5: Icke-värderande	3.67 (0.79)	2.36 (0.61)	1.31***
Helskala	3.45 (0.41)	2.95 (0.45)	0.50***

Not. Varje påstående, fråga, kan skattas mellan 1-5 poäng. Poängen på FFMQ_SWE är 29-145 poäng. Ju högre poäng desto högre självskattad förmåga till medveten närvaro. Denna jämförelse enbart mellan kvinnor i normalpopulation och klinisk population. Skillnaderna mellan medelvärdena har kontrollerats med Students-T-test, *anger signifikans på 5 % konfidensintervall, ** signifikans på 1 % konfidensintervall och *** signifikans på 0,5 % konfidensintervall

Tabell 4. Cronbach's α -koefficient i respektive studie.

Delskala	Baer et al. (2006) (39-frågor FFMQ) icke-klinisk population	Lilja et al (2011) (29-frågor FFMQ) icke-klinisk population	Aktuell studie (29-frågor FFMQ) klinisk population
1: Icke-reaktivitet	0.75	0.75	0.89
2: Observera	0.83	0.75	0.78
3: Handla med närvaro	0.87	0.82	0.84
4: Beskriva	0.91	0.85	0.75
5: Icke-värderande	0.87	0.82	0.86
Helskala	0.87	0.81	0.79

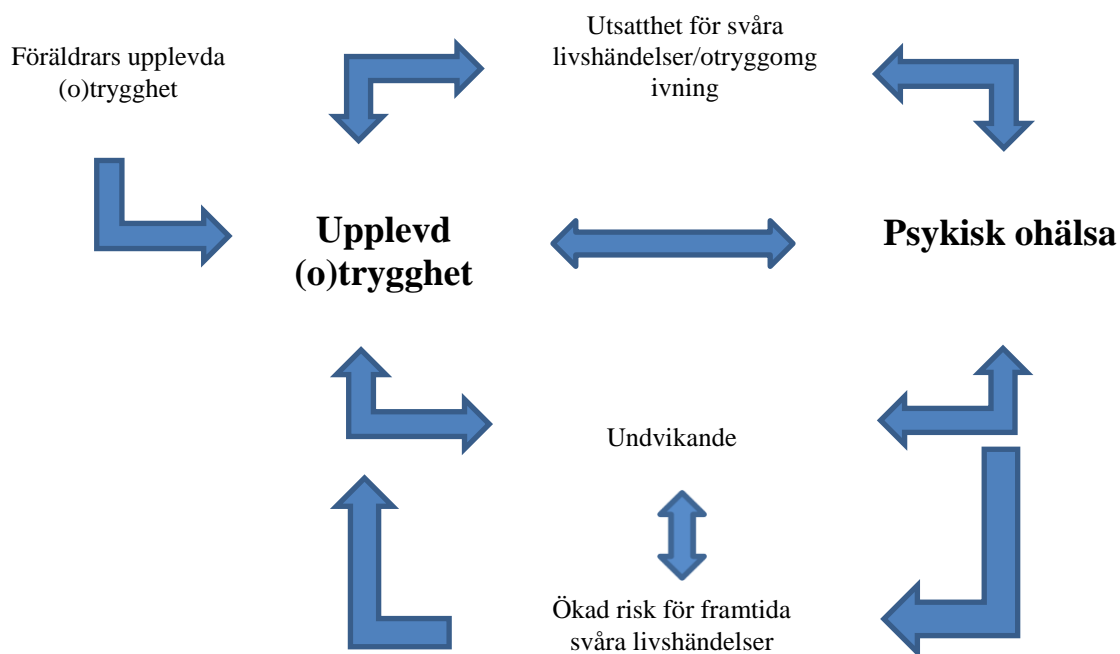
Tabell 5. Korrelation (Pearson's r) mellan FFMQ_SWE delskalor och FFMQ_SWE helskala, DERS, KASAM, HADS-Ångest, HADS-Depression, UT samt UP.

	FFMQ	FFMQ1	FFMQ 2	FFMQ 3	FFMQ 4	FFMQ 5	DERS	KASAM	HADS-Å	HADS-D	UT	UN
FFMQ	1.00											
FFMQ1	0.87**	1.00										
FFMQ2	0.59**	0.37**	1.00									
FFMQ3	0.65**	0.55**	0.08	1.00								
FFMQ4	0.52**	0.31*	0.13	0.17	1.00							
FFMQ5	0.57**	0.53**	0.13	0.50**	0.08	1.00						
DERS	-0.69**	-0.79**	-0.22	-0.59**	-0.16	-0.65**	1.00					
KASAM	0.70**	0.70**	0.22	0.67**	0.18	0.54**	-0.81**	1.00				
HADS-Å	-0.61**	-0.66**	-0.18	-0.60**	-0.16	-0.51**	-0.70**	-0.68**	1.00			
HADS-D	-0.51**	-0.56**	-0.15	-0.48**	-0.23	-0.28	-0.68**	-0.68**	0.57**	1.00		
UT	0.29*	0.22	-0.04	0.40**	0.27	0.14	-0.39**	0.56**	-0.48**	-0.53**	1.00	
UN	0.60**	0.55**	0.23	0.54**	0.32**	0.38**	-0.65**	0.69**	-0.62*	-0.68**	0.62**	1.00

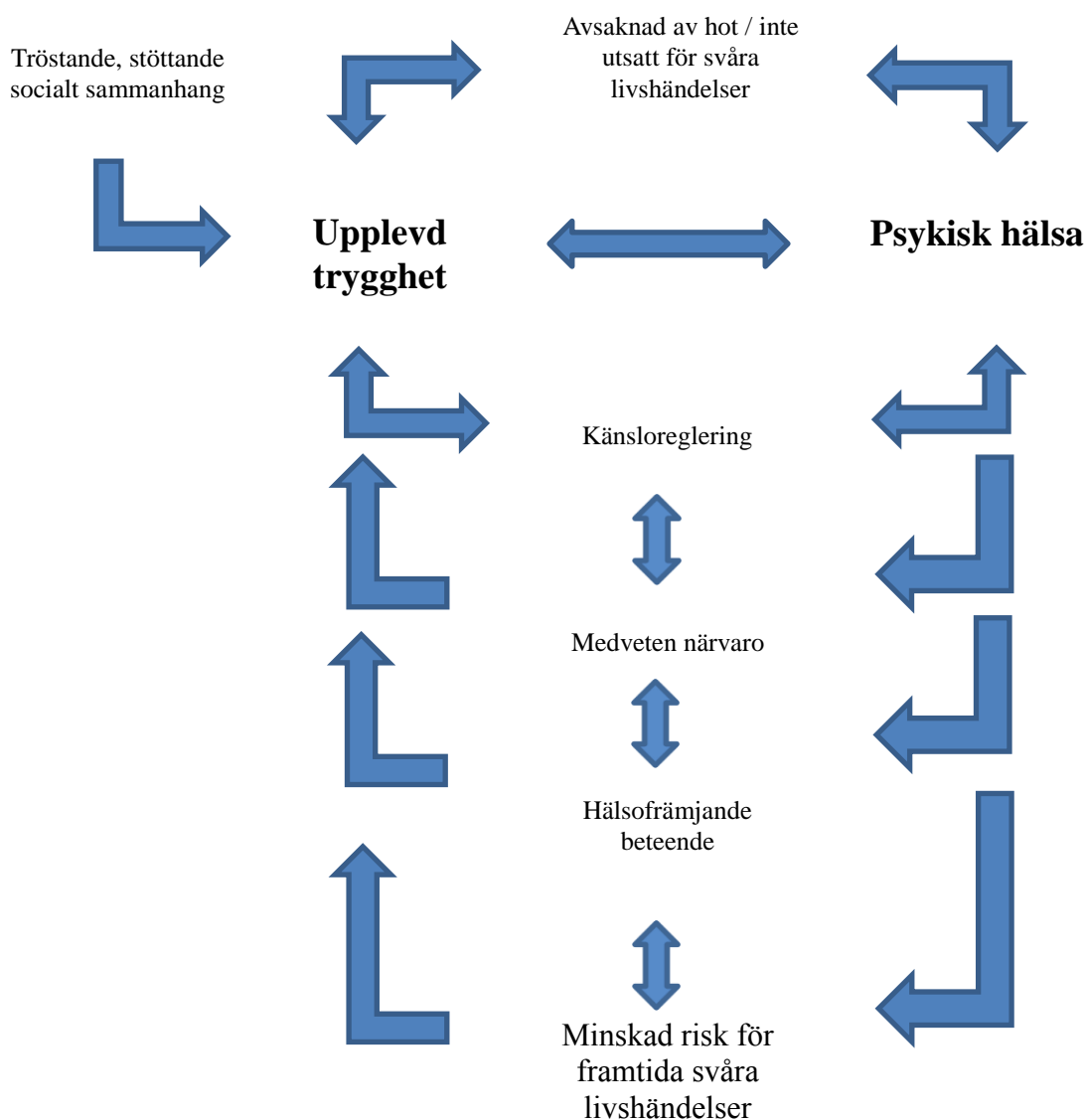
FFMQ = FFMQ_SWE . FFMQ1 = Delskala 1 i FFMQ_SWE "Icke-reaktivitet". FFMQ2 = Delskala 2 "Observera". FFMQ3 = Delskala 3 "Handla med närvaro". FFMQ4 = Delskala 4 "Beskriva". FFMQ5 = Delskala 5 "Icke-värderande". DERS= DERS-16, det vill säga "the Difficulties in Emotion RegulationScale – kort version". KASAM = Känsla av Sammanhang / SOC-13. HADS-Å = Ångestskalan i HADS. HADS-D = Depressionsskalan i HADS. UT = Upplevd trygghet. UN =Upplevd Nöjdhet. *= korrelationen är signifikant vid 0.05 (tvåsidig). **= korrelationen är signifikant vid 0.01 (tvåsidig)

Tabell 6. Medelvärde och standardavvikelse för FFMQ_SWE och andra skalor, uppdelat på grupper lägre och högre upplevd trygghet.

	Lägre trygghet		Högre trygghet		Alla	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
FFMQ	2.81	0.34	3.11	0.54	2.96	0.47
DERS	56.29	15.11	43.58	18.52	49.94	17.91
KASAM	38.38	11.09	53.17	13.38	45.77	14.27
HAD-Å	14.00	3.13	10.08	5.51	12.04	4.29
HAD-D	9.46	4.51	5.17	3.78	7.31	4.65
UN	31.23	14.97	53.83	16.47	42.29	19.29



Figur 1. Modell utifrån Meltzer med flera (2007) som visar hur upplevelse av trygghet i en ond cirkel kan påverkas av föräldrarnas upplevda (o)trygghet, individens egen grad av utsatthet för svåra livshändelser/otrygg omgivning, grad av psykisk ohälsa samt grad av undvikande och som då sammantaget leder till minskad/ökad risk för framtida svåra händelser, vilket i sin tur påverkar individens upplevelse av trygghet igen.



Figur 2. Modell av författarna för att åskådliggöra relationen mellan som visar hur upplevelse av trygghet i konstruktiv cirkel kan påverkas av ett tröstande, stöttande, socialt sammanhang, av avsaknaden av hot, grad av psykisk hälsa, förmåga till känsloreglering, medveten närvaro, hälsofrämjande beteende och som då sammantaget leder till minskad risk för framtida svåra händelser, vilket i sin tur ökar individens upplevelse av trygghet igen. Modellen baserar sig på den modell som tidigare åskådliggjorts utifrån Meltzer med flera (2007).

Bilaga 1

Angående deltagande i forskningsprojekt om medveten närvaro

Hej!

Vi läser på Psykoterapeutprogrammet vid Högskolan Evidens och vi kontaktar dig för en studie vi ska göra. Studien vänder sig till personer som har kontakt med vuxenpsykiatrisk öppenvård i Göteborg och Dalsland. Syftet med studien är bl.a. att få mer kunskap om hur medveten närvaro förhåller sig till psykisk hälsa (depression och ångest), till känslan av sammanhang (som i sin tur består av känslan av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet). Syftet med studien är även att undersöka hur medveten närvaro förhåller sig till förmågan till känsloreglering respektive till upplevd trygghet och livskvalitet. Medveten närvaro (på engelska *mindfulness*) handlar om förmågan att ”vara i nuet”, snarare än i det förgångna eller i framtiden.

Denna studie är en del i en forskningsstudie som genomförs vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet av legitimerad psykolog, specialist i klinisk psykologi och kandidat licentiat Josefine Lilja. Hon kommer tillsammans med professor Torsten Norlander, på Evidens högskola i Göteborg, att handleda oss.

Om du bestämmer dig för att delta, så blir du tillfrågad att fylla i Bakgrundsfrågor samt fem formulär.

- FFMQ_SWE, avser mäta medveten närvaro
- KASAM, mäter känslan av sammanhang i livet
- HADS, mäter depression och ångest
- DERS-16, mäter förmågan till känsloreglering
- 11 frågor som avser mäta upplevd trygghet och livskvalitet

Du kan fylla i formulären här på mottagningen eller hemma och posta dem till mottagningen. Formulären beräknas ta ca 30-40 minuter att fylla i. Du behöver inte ange ditt namn på formulären.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta utan att uppge orsak. Ditt beslut att delta i studien påverkar inte din fortsatta behandling på mottagningen. Alla uppgifter som samlas in för studien kommer att behandlas med sekretess enligt personuppgiftslagen. Samtyckesformulär med

personuppgifter förvaras inlåsta och förstörs vid studiens färdigställande. Personuppgifter från studien kommer registreras, analyseras och förvaras inlåsta. Då data från studien presenteras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras på något sätt.

Vänliga hälsningar

Emma Jacobsson, psykolog på Beroendemottagning Kvinnor, Verksamhet Beroende, Område 2, SU, Göteborg och har telefonnummer 031-343 66 00 eller 010-343 66 34

Stina Risberg Albertsson, psykolog på Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen på Dalslands sjukhus i Bäckeфорs och har telefonnummer 010-435 60 20 eller 010-435 60 34.

Bilaga 2

Samtyckesformulär

Samtycke avser deltagande i studie som handlar om bland annat att få mer kunskap om hur medveten närvaro förhåller sig till psykisk hälsa och till känslan av sammanhang i livet. Samtycket avser även deltagande i Josefin Liljas studie om bland annat att få mer kunskap om hur medveten närvaro förhåller sig till psykisk hälsa och till känslan av sammanhang i livet.

Jag har muntligen informerats om studien samt även tagit del av skriftlig information. Jag har även informerats skriftligen om att mina uppgifter behandlas konfidentiellt. Detta samtyckesformulär med min namnteckning på kommer förvaras inlåst och förstöras då studien har färdigställts. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är helt frivilligt och att jag när som helst och utan särskilda skäl, kan välja att avbryta mitt deltagande utan att detta påverkar min behandling.

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum

Adress

Telefon

Vi som gör studien är:

Emma Jacobsson arbetar som Psykolog på Beroendemottagning Kvinnor, Verksamhet Beroende, Område 2, SU, Göteborg och har telefonnummer 031-343 66 00 resp 010-343 66 34

Stina Risberg Albertsson arbetar som Psykolog på Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen på Dalslands sjukhus i Bäckeфорs och har telefonnummer 010-435 60 20 resp 010-435 60 34.

Bilaga 3

Samtycke från chef

Vi önskar få samtycke att genomföra en studie där vi ber patienter på våra mottagningar att fylla i självskattningsformulär. Syftet med studien är att utvärdera en skattningsskala som mäter medveten närvaro och heter Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ_SWE). Medveten närvaro (på engelska *mindfulness*) handlar om förmågan att ”vara i nuet”, snarare än i det förgångna eller i framtiden. Vi utvärderar validiteten hos den svenska versionen av FFMQ genom att jämföra skattningar hos FFMQ_SWE och två andra skattningsskalor: KASAM och HADS. Vi jämför därefter svaren med en icke-klinisk populations skattningar. Vi avser även att undersöka hur medveten närvaro förhåller sig till förmågan till känsloreglering respektive till upplevd trygghet och livskvalitet genom att be den vuxenpsykiatriska populationen också skatta DERS-16 och 12 frågor som avser mäta upplevd trygghet och livskvalitet

Vi som ska genomföra studien heter Emma Jacobsson och Stina Risberg Albertsson. Emma Jacobsson arbetar som psykolog på Beroendemottagning Kvinnor, Verksamhet Beroende, Område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Stina Risberg Albertsson arbetar som psykolog på Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen på Dalslands sjukhus i Bäckeфорs. Vi läser på psykoterapeutprogrammet vid högskolan Evidens. Resultaten från studien kommer att presenteras i den examensuppsats vi skriver i vår utbildning.

Denna studie är en del i en forskningsstudie som genomförs vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet av legitimerad psykolog, specialist i klinisk psykologi och kandidat licentiat Josefine Lilja. Hon kommer tillsammans med professor Torsten Norlander, på Evidens högskola i Göteborg, att handleda oss.

Genomförande

Vi kommer vända oss till patienter på respektive öppenvårdspsykiatrisk mottagning. Deltagarna fyller i papper med bakgrundsfrågor om kön, ålder, etc samt fem skattningsformulär: 1) FFMQ_SWE, avser mäta medveten närvaro (29 frågor), 2) KASAM, mäter känslan av sammanhang (13 frågor), 3) HADS, mäter depression och ångest vilka är symtom på psykisk ohälsa (14 frågor), 4) DERS-16, mäter förmågan till känsloreglering samt 5) 12 frågor som avser mäta upplevd trygghet och livskvalitet. Formulären beräknas ta ca 30-40 minuter att fylla i.

Patienterna deltar anonymt i undersökningen. Alla uppgifter som samlas in under studien kommer att behandlas med sekretess enligt personuppgiftslagen. Samtyckesformulär med personuppgifter och resp. kodnummer förvaras inlåsta och förstörs vid studiens färdigställande. Resultatet kommer att behandlas så att ingen enskild person kommer att kunna identifieras.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Deltagaren kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak. Deras beslut att delta i undersökningen påverkar inte heller deras fortsatta behandling på mottagningen.

Vi behöver få ditt godkännande till att på ovan angivet sätt kontakta de patienter som kan tänkas delta i studien.

Jag har läst igenom ovanstående och ger mitt fulla samtycke till att studien genomförs på ovan angivna sätt.

Namnsteckning

Namnförtydligande

Befattning

Datum