Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

Mindfulness for pasienter med psykose

Vidar Rømma og Tor Erik Nysæter [1]

[1]Seksjon for Ø-hjelp, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal

tor.erik.nysater@sshf.no

Publisert: 06.06.2017

Mindfulness interventions are increasingly popular in the treatment of mental disorders. Few studies have examined how this intervention may affect patients with psychosis.

The aim of this literature review was to investigate if mindfulness-based interventions can be effective and safe interventions for patients with non-affective and non-organic psychosis.

The results indicated that mindfulness-based interventions reduce subjective distress associated with psychotic symptoms. In addition, no harmful effect was documented.

In conclusion, there is little risk for doing harm to patients by participating in therapies where mindfulness is involved. Furthermore, mindfulness-based interventions seem to reduce the negative impact of hearing voices and other psychotic symptoms have on subjective well-being.

Keywords: psychosis, mindfulness, psychotherapy review

Denne litteraturgjennomgangen indikerer at det foreligger liten risiko for at pasienter med psykose vil bli dårligere av terapi der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen.

Psykose er en fellesbetegnelse på en rekke beslektede symptomer som innbefatter perseptuelle, kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser (Dickerson & Lehman, 2011). Symptomer som hallusinose og vrangforestillinger er vanlige ved psykose. Ved enhver psykotisk tilstand foreligger det en større eller mindre grad av virkelighetsbrist. Ofte er det likevel mulig å kunne trekke ut begripelige enkelthendelser fra det som fremstår som uklare og uforståelige psykotiske forestillinger. Årsaken til psykose kjenner man fortsatt ikke, selv om det generelt antas at både genetiske og miljømessige faktorer er involvert. Det er i dag økt fokus på å utvikle psykoterapeutiske tiltak rettet inn mot å lindre symptomer ved psykoselidelser (Dickerson & Lehman, 2011).

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, som det gjerne blir oversatt med, er en type mental tilstand eller bevissthetskvalitet utviklet fra buddhistisk meditasjonstradisjon. Mindfulness ble først introdusert i Vesten på 1970-tallet (Shonin et al., 2014), og har i økende grad fått innpass i vestlig klinisk forskning og praksis. Mindfulness er en måte å forholde seg mindre reaktivt overfor det som skjer her og nå på. Man aksepterer øyeblikket slik det er, og unnlater å bedømme det som behagelig eller ubehagelig. I tilfellet man likevel ikke klarer å unngå å gjøre seg slike bedømminger, så aksepterer man også at bedømmingen tilhører øyeblikkets flyktighet (Shonin et al., 2014). Mindfulness-tilnærmingen har også vært med på å sette sin signatur på det som av enkelte omtales som den tredje bølge innenfor den kognitive terapien (Tai & Turkington, 2009). Her finner vi terapier som metakognitiv terapi (MCT), Acceptance and commitment therapy (ACT), dialektisk atferdsterapi (DBT) og Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT).

Mindfulness er en måte å forholde seg mindre reaktivt overfor det som skjer her og nå på

Mindfulness antas å kunne være nyttig ved psykose, fordi mindfulness befordrer perseptuell distanse til forstyrrede kognitive og affektive prosesser, og fordi denne metatilstedeværelsen fremmer reguleringen av habituelle uhensiktsmessige responser (Shonin et al., 2014). Mange med psykosesymptomer har erfart hvordan øyeblikk forstyrres av skremmende eller plagsomme tanker og perseptuelle inntrykk. Det kan oppleves kontraintuitivt å skulle hengi seg til øyeblikket og ikke forsøke å flykte, kontrollere eller distrahere seg. Likevel er det nettopp erfaringene fra mindfulness moderne terapiformer etter hvert har begynt å utforske, også med henblikk på psykose. Pasienter med psykosespektrumlidelser benytter seg ofte av uhensiktsmessige strategier i forsøk på å mestre

symptomer. Vanlig brukte strategier er unngåelse (f.eks. rusmiddelbruk), distraksjon (f.eks. høy musikk) og motsatsen som er å bli oppslukt i symptomene (f.eks. å bli liggende i sengen og lytte til stemmene). Intervensjoner som er lette å lære seg, som kan kombineres med annen behandling, vil være av verdi. Da særlig intervensjoner som kan endre pasientens forhold til og forståelse av symptomene slik at man opplever mer kontroll og mindre følelsesmessig belastning.

I en litteraturgjennomgang undersøkte Shonin og kolleger (2014) blant annet om mindfulness kunne være skadelig for pasienter med psykose. I denne gjennomgangen unnlot de bevisst å ta med mindfulness-intervensjoner som inngikk som en del av nyere strukturerte tidsavgrensede terapiformer (f.eks. ACT og MBCT). Litteraturgjennomgangen viser til case-studier både fra 1979 og 1992 blant deltakere som fra før hadde psykose eller psykoselignende tilstander, samt en studie fra 2003 der to individer uten tidligere psykoselidelse angivelig ble psykotisk etter å ha praktisert meditasjon. Konklusjonen var at det er grunn til å være forsiktig i meditasjonsbasert behandling av psykotiske lidelser, men at man samtidig ikke kan tillegge disse studiene for mye vekt da de besto av få deltakere og en til dels intensiv praktisering av meditasjon (inklusive tilfeller med 18 timers meditasjonssesjoner). Helgason og Sarris (2013) har også gjort en litteraturstudie der de blant annet presenterer tre case-studier der det ble rapportert om negative konsekvenser av meditasjon. Også i denne studien blir intensiv, langvarig praktisering oppgitt som mulig årsak til at resultatene her var negative. Ingen av disse to litteraturstudiene inkluderer nyere strukturerte terapiformer.

En metastudie av Khoury og kolleger (2013) fokuserte utelukkende på effekten av mindfulness-intervensjoner som inngikk i nyere strukturerte terapiformer, som blant annet de kognitivt orienterte. Bare randomiserte-kontrollerte studier (RCT) ble inkludert, og effektstørrelsene for mindfulness-intervensjoner var små til moderate sammenlignet med en kontrollgruppe (venteliste, TAU eller annen behandling). Videre fremhever Khoury og kolleger at selv om intervensjonene i mindfulness ikke har som mål å påvirke symptomer direkte, så viser resultatene likevel at de var moderat effektive i henhold til negative og affektive symptomer og ga bedret funksjon og livskvalitet for pasientene. For positive symptomer ble det funnet en liten effektstørrelse. Styrken til denne metastudien var at den inkluderte til sammen 468 pasienter, men alle inkluderte studier benyttet seg av mindfulness som et tillegg til mer konvensjonelle behandlingstilnærminger og ikke mindfulness som en selvstendig intervensjon.

Problemstilling og avgrensning

Hovedformålet med denne litteraturgjennomgangen var å gå bredere ut enn tidligere litteraturgjennomganger ved å inkludere flere studiedesign enn kun RCT for å undersøke om ulike former for terapi, der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen, kan gi symptomlette for pasienter med primær psykoselidelse. Vi ønsket også å se om det er dokumentert i disse studiene at mindfulness er skadelig for personer med psykose.

Primær psykoselidelse vil si psykoselidelse der man antar at det ikke foreligger andre psykiske lidelser til grunn for psykoseutviklingen (f.eks. affektive lidelser, ruslidelser osv.). Det er effekter på typiske positive symptomer det først og fremst fokuseres på her, eksempelvis vrangforestillinger og hallusinasjoner. Også funn som peker i retning av effekt på negative symptomer er tatt med. Vi vil i hovedsak bruke betegnelsen schizofreni, siden denne diagnosen utelukker nettopp de sekundære psykosene samt de affektive psykosene, som for eksempel bipolar affektiv lidelse med episoder av psykose. Likeledes ekskluderes andre psykoselidelser som kan ligne mye på schizofreni, som for eksempel de uspesifiserte ikke-organiske psykosene, eller de mer kortvarige akutte psykosene. Dette siden de ikke tilfredsstiller de generelle kriteriene ved schizofreni når det gjelder varighet og/eller symptomatologi.

Metode

Søket etter litteratur foregikk ved hjelp av databasene PubMed og PsychINFO. Søk ble gjennomført februar 2015 av førsteforfatter. Søkeordene «schizophrenia» og «mindfulness» ble benyttet, der «schizophrenia» gav 112 913 treff og «mindfulness» gav 2393 treff. Kombinasjonen gav tilsammen 39 treff.

Et inklusjonskriterium var at deltakerne skulle være diagnostisert med schizofreni. Studier der ulike diagnosegrupper inngår, og der schizofrenigruppen er mulig å skille ut fra de andre resultatmessig, ble også tatt med. Kun studier som fokuserer på terapeutisk effekt av mindfulness, ble inkludert. Studier på annet språk enn engelsk eller skandinavisk ble ekskludert. Artiklene som er med i metastudien av Khoury og kolleger (2013), er merket med * i tabell 1. Av 39 treff ble 21 studier inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Følgende artikler ble ekskludert:

1 Fem artikler som omhandlet affektive psykoser, bl.a. en som var inkludert i metastudien til Khoury og kolleger (2013).

2 Tre artikler på grunn av språk (dvs. nederlandsk, fransk, polsk).

3 Tre artikler der forfatterne undersøkte nevrofysiologiske eller anatomiske forhold ved psykose.

4 Fire redaksjonelle kommentarer.

5 En artikkel om mindfulness for mennesker med psykisk utviklingshemming.

6 To artikler der forfatterne kun undersøkte psykometriske kvaliteter ved selvrapportinstrumenter.

Oversikt over inkluderte studier

Studie	Type studie (N)	Type terapi	Hovedfunn
Bach & Hayes, 2002*	RCT (80)	ACT vs. TAU	ACT: Mindre tro på de positive symptomene, færre innleggelser vs. TAU ved 4 md. FU.
Bach et al., 2012*	RCT (80)	ACT vs. TAU	Reduksjon av antall innleggelser i ACT-gruppen vs. TAU ved 1 års FU.
Bacon et al., 2014	Kvalitativ (9)	ACT	Ingen endring i hyppighet av symptomer, men reduksjon av opplevd intensitet og ubehag.
Brown et al., 2010	Pilotstudie (15)	Mindfulness	Mindfulness opplevdes avslappende. Opplevd symptomlette.
Chadwick et al., 2005*	Pilotstudie (10)	Mindfulness + CBT	Pre-post: Bedre generell klinisk fungering ved mindfulness og CBT.
Chadwick et al., 2009*	RCT (22)	Mindfulness + MCT vs. venteliste	MCT-gruppen; sign. bedret klinisk fungering og mindfulness i forhold til plagsomme tanker og forestillingsbilder vs. ventelistekontroll.
Chien & Lee, 2013*	RCT (96)	Mindfulness+ psyk.ed. vs. TAU	Signifikant bedring i sykdomsinnsikt, symptomtrykk og fungering, færre reinnleggelser for Mindfulness-gruppen.
Chien og Thomson, 2014	RCT (107)	Mindfulness vs. TAU vs. psyk.ed.	Generell symptomlette, bedre psykososial fungering, økt sykdomsinnsikt, kortere varighet av reinnleggelser for Mindfulness-gruppen.

Studie	Type studie (N)	Type terapi	Hovedfunn
Dannahy et al., 2011*	Prospektiv (62)	PBCT-gruppe	Bedring i velvære, mindre ubehag og opplevd mer kontroll på stemmer.
Davis et al., 2007	Pilotstudie (5)	Mindfulness	Opplevd bedret håndtering av situasjoner, inkludert bedre evne til å roe seg ned.
Gaudiano & Herbert, 2006*	RCT (40)	ACT vs. TAU	ACT-gruppen: Signifikant færre affektive symptomer, mindre ubehag av hallusinasjoner, mindre sosial hemmethet. Redusert reinnleggelser etter 4 md. i ACT-gruppen.
Johnson et al., 2011*	Pilotstudie (18)	LKM	Mindre negative symptomer og økte positive følelser, mer opplevd kontroll og tilfredshet med livet.
Khoury et al., 2015	Pilotstudie (17)	CAM-gruppe	Bedret emosjonell selvregulering. Ikke endring i sosial fungering.
Laithwaite et al., 2009*	Prospektiv (19)	CMT-gruppe	Signifikant bedring i sosial funksjon, økt selvaktelse og færre generelle psykiske plager.
Langer et al., 2012*	RCT (23)	MBCT vs. venteliste	MBCT-gruppen: Signifikant bedret evne til å respondere «mindfullt» på stressende tanker og forestillingsbilder.
Miller, 2012	Pilotstudie (10)	Mindfulness	Redusert stress knyttet til ahedoni, ikke reduserte symptomer, ikke opplevd bedret livskvalitet.
Newman Taylor et al., 2009	Casestudie (2)	Mindfulness	Mindre opptatthet av stemmens betydning, færre følelsesmessige reaksjoner på stemmene.
Shawyer et al., 2012*	RCT (44)	ABCBT vs. støtteterapi	ABCBT: Bedre symptomreduksjon. Støtteterapi: redusert opplevd ubehag av kommanderende stemmer.
Singh et al., 2014	Case-serie (3)	Mindfulness	Redusert sinne. Betydelig redusert verbal og fysisk aggresjon.
van der Valk et al., 2013*	Prospektiv (17)	MBT-gruppe	Ingen signifikant endring i psykosesymptomer, men noe mindre angst.
White et al., 2011*	RCT (27)	ACT vs. TAU	ACT-gruppen: Signifikant reduksjon av negative

Studie	Type studie (N)	Type terapi	Hovedfunn
			symptomer og depresjonstrykk.

ACT = Acceptance and Commitment therapy; ABCBT = Acceptance-Based Cognitive behavior therapy; CBT = Cognitive behavioral therapy; CMT = Compassionate mind training; CORE = Clinical Outcomes in Routine Evaluation; FU = Follow-up; LKM = Loving-kindness meditation; MBT = Mindfulness-based therapy; MCT = Metakognitiv terapi; PBCT = Person-based cognitive therapy; Psyk.ed = psykoedukasjon; RCT = Randomisert kontrollert studie; TAU = Treatment as usual; TORCH = Treatment of Resistant Command Hallusinations.

Resultater

Tjueen studier er tatt med, inklusive 13 fra en metastudie av Khoury og kolleger (2013). Av de 21 studiene er 9 RCT-studier. Ellers består utvalget for det meste av prospektive studier med pre-post-design. Fire av studiene kan regnes som kasus- eller kvalitative studier. Antall deltakere varierer fra 2 til 107.

Alle disse studiene konkluderer med at det foreligger en eller flere målbare, helsebringende effekter av terapeutiske tilnærminger der mindfulness inngår som en del av psykosebehandlingen. For en oversikt over studiene, se tabell 1.

Ingen av studiene rapporterer at intervensjonene har medført uhelse eller skade for deltakerne. Tre randomiserte kontrollerte studier med relativt store utvalgsstørrelser viser til reduserte antall innleggelser sammenlignet med kontrollgruppen (Bach and Hayes 2002; Bach et al., 2012; Chien & Lee 2013; Gaudiano & Herbert, 2006). Så godt som alle studiene fant at mindfulness førte til mindre ubehag av psykotiske symptomer.

Ut over ovennevnte funn synes det ikke å være noen iøynefallende trend blant studiene som inngår i denne litteraturgjennomgangen. Selv om flere av mindfulness-intervensjonene gir lovende effekter på enkelte symptomer, er det vanskelig ut fra denne oversikten å se at det danner seg noen klare mønstre på tvers av studiene. Et mulig unntak er noe bedring i kognitiv mestring, om en ser på dette begrepet i en nokså vid forstand: Mindre tro («believeability») på de positive symptomene (Bach & Hayes, 2002), mindre sosial hemming (Gaudiano & Herbert, 2006), bedring med hensyn til sosial sammenligning og selvaktelse (Laithwaite et al., 2009), opplevd mer kontroll på stemmer (Dannahy et al., 2011), mer selvaksept og mer kontroll (Johnson et al., 2011), mer avslappet holdning til plagsomme tanker og forestillingsbilder (Langer et al., 2012), bedring i sykdomsinnsikt og fungering (Chien & Lee, 2013; Chien & Thomson, 2014), mindre opptatthet av stemmenes makt og betydning

(Newman Taylor et al., 2009), opplevd bedret håndtering av situasjoner (Davis et al., 2007) samt mer hensiktsmessige måter å tenke på (Brown et al., 2010).

Fellesnevneren for de 21 inkluderte studiene var at mindfulness-baserte intervensjoner hadde en positiv innvirkning på psykosesymptomer

Det er flere av studiene som viser til funn som kan virke lovende med tanke på symptomlette av klassiske psykosesymptomer, det vil si henholdsvis positive førsterangssymptomer og såkalte negative symptomer. I en studie av Bach og Hayes (2002) nyanseres effekten av behandling ved at den fremhever at deltakere ikke rapporterer færre positive symptomer, men snarere svekket tro på deres riktighet. Svekket tro på symptomene medførte en halvering av re-innleggelser sammenlignet med TAU i oppfølgingsperioden på fire måneder. Det viste seg at alle subgrupper av pasienter med positive førsterangssymptomer i denne studien rapporterte den samme tendensen, rent bortsett fra en subggruppe de betegnet som «delusional», som benektet symptomer.

Diskusjon

Fellesnevneren for de 21 inkluderte studiene var at mindfulness-baserte intervensjoner hadde en positiv innvirkning på psykosesymptomer, og det er ikke rapportert om at intervensjonene medførte skade eller forverring av psykosesymptomer.

Mulig virksomme faktorer

Litteraturgjennomgangen indikerer at det kan se ut til at mindfulness-intervensjoner bedrer kognitiv fungering og mestring av psykosesymptomer i bred forstand, noe som er i tråd med en studie av Bach og Hayes (2002). Dette kan ha sammenheng med at mindfulness innebærer øvelser i å gjøre seg fri fra uhensiktsmessige og automatiserte tankemønstre. Tai og Turkington (2009) påpeker at de forskjellige versjonene av mindfulness-intervensjoner som inngår i det etter hvert nokså store mangfoldet av tredjegenerasjon kognitiv terapi, har en del ulikheter både med hensyn til teoretisk orientering og teknisk gjennomføring. Felles for intervensjonene er et element av kontemplasjon, der oppmerksomheten rettes mot noe, eller der personen konsentrerer seg om noe eller fokuserer på noe. I mange tilfeller inngår det også elementer av holdningsendring til en selv og andre: vektlegging av «loving kindness», det vil si medfølelse, generøsitet og en ikke-dømmende, empatisk holdning overfor seg selv og andre.

En annen skoleretning innenfor psykoseforskningen som gjerne omtales som den fenomenologiske, kan muligens bidra til en forståelse av nytten av mindfulness-intervensjoner. Nelson og kolleger (2008) framhever at i den fenomenologiske tilnærmingen til psykose legger man vekt på at psykoselidelsen ofte starter med en forstyrrelse av opplevelsen av selvet («ipseity») og intersubjektivitet. Forstyrrelsen rammer en form for apriori-opplevelse av å være et integrert og gjenkjennelig «jeg». I tidlig utvikling av en psykoselidelse kan denne forstyrrede opplevelsen av selvet innta ulike former. Nelson og kolleger (2008) nevner forstyrret opplevelse av å være til, være til stede, forstyrrelse i bevissthetsstrømmen, forstyrrelse av opplevelsen av egen kropp, grensen mellom seg selv og andre og eksistensiell reorientering, som sentralt ved psykose. De forandringene som individet opplever ved slike forstyrrelser, innbyr til granskning og grubling, i et forsøk på å akkomodere de fremmede og ofte skremmende opplevelsene til eksisterende skjema. I forsøket på å prøve å forstå sine opplevelser blir den rammede personen ofte hyperrefleksiv. Hyperrefleksjon er en form for overdreven selv-bevissthet og forhøyet årvåkenhet overfor aspekter ved ens opplevelser. Det er denne tendensen til hyperrefleksjon som lett kan bli videreført gjennom standard CBT, argumenterer fenomenologene. I så måte ser de fordeler ved de nyere såkalte tredjegenerasjons-tilnærmingene som tar i bruk blant annet mindfulness-teknikker. Mindfulness-teknikkene vektlegger som tidligere nevnt verdien av en ikke-dømmende (ikke-reflekterende) innstilling til øyeblikkets realiteter. Samtidig nevner også fenomenologene en-til-en-relasjonen i terapisituasjonen som en viktig arena for utviklingen av empati og erfaring av den andre og en selv som subjekter. Også dette rommer en dimensjon av anerkjennelse og respekt.

Det er ikke rapportert om at intervensjonene medførte skade eller forverring av psykosesymptomer

I «Acceptance and commitment therapy» (ACT) (Harris, 2013) antas det at aksept og oppmerksomt nærvær bidrar med å forme en mer grunnleggende anskuelse som påvirker det kvalitative bevissthetsinnholdet. Samuel (2015) argumenterer for at mindfulness-teknikker kan avhjelpe et hardt prøvet kognitivt system, samt tilføre et verktøy som gjør oppfattelsen av situasjoner mindre angstbefordrende, provoserende eller mistrøstige. Chadwick (2014) er inne på det samme når han viser til erfaringer av at de pasientene som klarer seg best, er de som evner å skape mer aksept og toleranse for, samt mer distanse til, de tankene og forestillingsbildene som plager dem. Disse to komponentene, påpeker han – aksept og distanse – er nettopp viktige aspekter ved mindfulness. I tillegg til at holdningen ved mindfulness er å ikke gi særbehandling til visse typer sansestimuli:

Mindfulness-holdningen er å gi alt som fanger oppmerksomheten i hvert enkelt øyeblikk, lik behandling – noe som gjør at ikke noen spesiell oppmerksomhet («excessive salience») blir gitt til enkeltvise interne eller eksterne stimuli slik at de «tar over oppmerksomheten» og setter i verk uforholdsmessige reaksjoner.

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Det har vært vanskelig å påpeke forskjeller mellom de ulike formene for terapi i denne studien da dette ikke er en kvantitativ metaanalyse av effekter. Selv om det synes klart at det er en effekt mellom pre- og post-, og også mellom eksperimentgrupper og kontrollgrupper, kan man ikke si noe om eventuell forskjell mellom de ulike formene for mindfulness-tilnærminger da ingen av studiene har sammenlignet dette direkte. Da det dessuten er stor variasjon i intervensjonene og i utfallsmål, kombinert med en forholdsvis liten andel studier å ta av, er det ikke uventet at det blir på denne måten. Replikasjonsstudier kan gi et mer solid grunnlag for å vurdere nytten av tilnærmingen. Det er verd å bemerke at Shonin og kolleger (2014) også nevner problemet med «intervention heterogeneity», selv om de altså gjorde et langt «smalere» litteratursøk enn det som ble gjort i denne studien. Operasjonalisering er også et moment; det er stor variasjon med hensyn til hva som legges i mindfulness-begrepet. Når en møter formuleringer som at gruppen har blitt mer «mindful», er det ikke entydig hva som menes med dette på tvers av studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Likeledes savnes det forskning på hvilke faktorer som bidrar til at man ikke klarer å følge opp behandling og eventuelt slutter («drop-out»), noe som har implikasjoner for tilrettelegging av behandling.

Det er stor variasjon med hensyn til hva som legges i mindfulness-begrepet

Konklusjon

Den aktuelle litteraturgjennomgangen søkte å finne svar på om terapier der mindfulness inngår som en større eller mindre komponent av behandlingen, kan gi symptomlette for pasienter med psykose, og om mindfulness-intervensjoner kan være skadelige for pasienter med psykose. Resultatene indikerer at det foreligger liten risiko for at pasienter med psykose skal bli dårligere av å praktisere terapi der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen. Resultatene indikerer i tillegg at terapi der mindfulness inngår som en del av behandlingsopplegget, gir lette i symptomer og opplevelse av mer tilfredshet i hverdagen hos psykosepasienter.

Referanser

Bacon, T., Farhall, J. & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 402–420.

Bach, P. & Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.

Bach, P., Hayes, S. & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification, 36*, 165–181.

Brown, L., Davis, L., LaRocco, V. & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 3*, 224–242.

Chadwick, P., Taylor, K. & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 351–359.

Chadwick, P., Hughes, S., Russel, D., Russel, I. & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for Distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 403–412.

Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 204*, 333–334.

Chien, W. & Lee, I. (2013). The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*, 376–379.

Chien, W. & Thompson, D. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 205*, 52–59.

Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E. & Chadwick, P. (2011). Group Person-based cognitive therapy for distressing voices: pilot data from nine groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 111–116.

Davis, L., Strasburger, A. & Brown, L. (2007). Mindfulness: An intervention for Anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychocial Nursing and Mental Health Services, 45*, 23–29.

Dickerson, F. & Lehman, A. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 8*, 520–526.

Gaudiano, B. & Herbert, J. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 415–437.

Harris, R. (2013). ACT – enkelt og greit. En innføring i aksept- og forpliktelsesterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helgason, C. & Sarris, J. (2013). Mind-body Medicine for Schizophrenia and Psychotic Disorders: A review of the Evidence. *Clinical Schizophrenia & Related Psychosis, 3*, 138–148.

Johnson, D., Penn, D., Fredrickson, B., Kring, A., Meyer, P., et al. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 129*, 137–140.

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 150*, 176–184.

Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. & Nicole, L. (2015). Third wave-strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 9*, 76–83.

Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L. et al. (2009). Recovery after psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive psychotherapy, 37*, 511–526.

Langer, Á., Cangas A., Salcedo, E. & Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive psychotherapy, 40*, 105–109.

Miller, J. (2012). *Teaching Mindfulness to Individuals with Schizophrenia* Ph.D.-avhandling: University of Montana, USA.

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. 2011. *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. NICE: UK.

Nelson, B., Sass, L. & Skodlar, B. (2008). The Phenomenological Model of Psychotic Vulnerability and Its Possible Implications in the Ultra-High Risk ('Prodromal') Population. *Psychopathology, 42*, 283–292.

Newman Taylor, K., Harper, S. & Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 397–402.

Samuel, G. (2015). The contemporary mindfulness movement and the question of nonself. *Transcultural Psychiatry, 52*, 485–500.

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., et al. (2012). A randomized controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 110–121.

Shonin, E., van Gordon, W. & Griffiths, M. (2014). Do mindfulness-based therapies have a Role in the treatment of psychosis? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*, 124–127.

Singh, N., Lancioni, G., Karazsia, B., Winton, A., Singh, J. & Wahler, R. (2014). Shenpa and Compassionate Abiding: Mindfulness-Based Practices for Anger and Aggression by Individuals with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction, 12*, 138–152.

Tai, S. & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin, 5*, 865–873.

Van der Valk, R., van de Waerdt, S., Meijer, C., van den Hout, I. & de Haan, L. (2013). Feasibility of minfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 7*, 64–70.

White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., et al. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 901–907.

Publisert: 06.06.2017, Tidsskrift for Norsk psykologforening.