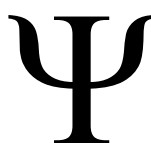




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle: Potensial for å betre psykisk helse blant studentar

HOVUDOPPGÅVE

profesjonsstudiet i psykologi

Simen Nyland og Nicolai Cheng Seifert

Våren 2017

Rettleiar:

Ingrid Dundas

Institutt for klinisk psykologi

Universitetet i Bergen

Forord

Me ynskjer å rette ein stor takk til rettleiar Ingrid Dundas for gode innspel og tilbakemeldingar undervegs. Det har vore mange gode samtalar og diskusjonar i prosessen. Me takkar for den medfølande støtta og at ho har vore tilgjengeleg når me har trengt det. Takk til Ane Sigrid, Ruth Aud, Ove og Renming Cheng for korrekturlesing. Me vil også takke kvarandre for eit konstruktivt og godt samarbeid frå start til slutt. Samarbeidet har vore givande og lærerikt. Me håpar oppgåva kan vere til inspirasjon for studentar som er interesserte i sjølvmedkjensle og som går gjennom ei utfordrande studietid. Ettersom dette er eit viktig felt håpar me at det vert gjort meir forskning på området, og at framtidig forskning kan ha nytte av vårt bidrag.

Simen Nyland og Nicolai Cheng Seifert

Bergen, 12. mai, 2017

Forfattarnotat

Me har valt å inkludere tabellar og figurar i teksten, sjølv om dette ikkje er i tråd med gjeldande APA-standard. Dette for å gjere teksten meir leseleg.

Innholdsliste

Forord	III
Samandrag	VI
Abstract	VII
Innleiing	1
Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse (SHoT)	3
Subjektivt velvære	6
Forklaringar på studentar sine psykiske plager	6
Forståing av medkjensle og sjølvmedkjensle	11
Paul Gilbert	13
Compassion Focused Therapy (CFT) og Compassionate Mind Training (CMT)	14
Kristin Neff	17
Operasjonalisering av sjølvmedkjensle, Self-Compassion Scale (SCS)	19
Mindful Self-Compassion	20
Vår systematiske gjennomgang	21
Metode	22
Resultat	26
Skriveintervensjonar	27
Einskilde skriveintervensjonar	29
Gjentekne skriveintervensjonar	33
Andre korte intervensjonar	37
Samansette program	40
Diskusjon	48
Skriveintervensjonar	49
Einskilde skriveintervensjonar	49
Gjentekne skriveintervensjonar	51

Andre korte intervensjonar	53
Samansette program	54
Passar sjølvmedkjensle for alle?	59
Styrkar og svakheiter ved denne systematiske gjennomgangen	61
Avgrensingar og styrkar til forskinga og vegen vidare	62
Konklusjon og implikasjonar	63
Referansar	66

Samandrag

Ein nyleg stor rapport på trivnaden til norske studentar synte ei auking i psykiske plager blant studentar. Studietida inneheld ei rekkje påkjenningar, som gjer studentar særleg sårbare for psykiske plager. Ein treng difor effektive tiltak for studentar. Eit av tiltaka som har vist lovande effekt er intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle. Som definert av Neff, omfattar sjølvmedkjensle: 1) å vere venleg og forståande mot seg sjølv, 2) å sjå si eiga liding som ein del av det å vere menneskje og 3) å vere open og merksam overfor eiga liding. Målet med denne hovudoppgåva var å gå gjennom effekten av sjølvmedkjensleintervensjonar på psykisk helse og subjektivt velvære for studentar. Me gjorde eit systematisk søk i fleire databasar og handsøkte ei rekkje relevante artiklar. Nitten studiar fylte våre kriterium (sju eksperiment, ni randomiserte kontrollerte studiar (RCT) og tre pre-post studiar). Sjølvmedkjensleintervensjonar verkar å vere nyttige for studentar, spesielt i å redusere skamkjensle og negativ affekt, samt auke meistringstru. Me konkluderer med at sjølvmedkjensleintervensjonar er assosiert med ein reduksjon i psykiske plager og ei betring i subjektivt velvære blant studentar. Det er likevel naudsynt med fleire gode studiar, ettersom det var eit stort mangfald i utfallsmål, kor lange og kva type intervensjonar som vart nytta i studiane.

Nøkkelord: sjølvmedkjensle, Mindful Self-Compassion, Compassion Focused Therapy, psykiske plager, psykisk helse, subjektivt velvære, studentar

Abstract

A recent large survey showed that an increasing number of Norwegian university and college students report symptoms of psychological distress, indicating the need for effective interventions. Self-compassion interventions may be one possible way to deal with the problem at hand. As defined by Neff, self-compassion entails: 1) being kind and understanding toward oneself, 2) perceiving one's own suffering as a part of being human, and 3) being mindful of painful feelings and thoughts. The aim of this master's thesis was to review the effects of self-compassion interventions on the well-being and mental health of university students. We undertook systematic searches of electronic databases to identify studies of the effectiveness of self-compassion interventions for University students. Nineteen studies were identified (seven experiments, nine Randomized Controlled Trials (RCT) and three pre-post studies). Self-compassion interventions seemed useful for university-level students, in particular for reducing shame and negative affect as well as improving self-efficacy. We conclude that self-compassion interventions seem to be associated with reduced psychological distress and improved well-being among students. More stringent research is needed, as there was a large heterogeneity in outcome measures, length and type of intervention used in the studies.

Keywords: self-compassion, Mindful Self-Compassion, Compassion Focused Therapy, psychological distress, mental health, well-being, students

Studentar si psykiske helse er eit område som inntil nyleg har fått lite merksemd frå forskning og media (Sivertstøl & Nilsen, 2016). Dei seinare åra har det vore ei auka merksemd kring dette. Mellom anna har ein gjennomført fleire studenthelseundersøkingar og publisert ei rekkje artiklar i fagmiljø og nyhendemedium i inn- og utland. Undersøkingar tyder på ein urovekkjande høg førekomst av psykiske plager blant studentar (Nedregård & Olsen, 2010, 2014), noko som kan tyde på at studenttilværet fører med seg særskilde påkjenningar. Fleire ulike nyhendemedium og fagtidsskrifter har publisert liknande skildringar, til dømes BBC i England (Coughlan, 2016), American Psychological Association i USA (Novotney, 2014) og NRK i Noreg (Mon, 2014). Studentar si psykiske helse har vore eit lite prioritert område i forskinga (Eitrem, 2016; Sivertstøl & Nilsen, 2016). Det er difor eit tydeleg behov for meir forskning om psykiske helseplager blant studentar, og kva tiltak som kan setjast i verk for å førebyggje og redusere desse.

Intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle har vore føreslege som ein lovande intervensjon for studentar (Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014). Kristin Neff (2003b), definerer sjølvmedkjensle som:

Å bli berørt av sin egen lidelse, ikke unngå eller koble seg fra den, skaper et ønske om å lette lidelsen og hjelpe seg selv å heles med vennlighet. Selvmefølelse innebærer også å gi seg selv en ikke-dømmende vurdering av egen smerte, egne mangler og nederlag, slik at ens opplevelse blir sett som en del av den større menneskelige opplevelse (s.87, omsett av Binder, 2014; s. 31).

Ein av grunnane til at intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle kan vere eit godt tiltak, er den sterke relasjonen ein har funne mellom sjølvmedkjensle og psykiske helseproblem (Barnard & Curry, 2011; Leaviss & Uttley, 2015; MacBeth & Gumley, 2012). MacBeth og Gumley (2012) fann i deira metaanalyse ein sterk samanheng, med stor effektstørrelse, for relasjonen mellom sjølvmedkjensle og psykopatologi. Høgare grad av sjølvmedkjensle hadde samanheng med lågare nivå av psykiske problem. Dei konkluderte med at sjølvmedkjensle kan fungere som ein vernande

faktor mot psykiske helseplager. Sjølvmedkjensle er også korrelert med positive utfall på ulike områder (Barnard & Curry, 2011). Spesifikt fann Barnard og Curry (2011) i deira systematiske gjennomgang at sjølvmedkjensle hadde ein positiv korrelasjon med livskvalitet, fordelaktig sjølvfortolking, sosial tilhøyrse og positiv affekt. Sjølvmedkjensle var negativt korrelert med prokrastinering, grubling, tankeundertrykking og unngåande strategiar, samt negativ affekt. Det er verdt å påpeike at studiane ikkje sa noko om årsakssamanhengar og baserte seg på sjølvrapportering. Studiane gjev likevel ein indikasjon på at intervensjonar som aukar sjølvmedkjensle potensielt kan skape positive endringar i psykisk helse (Barnard & Curry, 2011).

Sjølvmedkjensleintervensjonar kan vere nyttig for studentar. Forsking har vist at sjølvmedkjensle kan vere ein buffer mot utfordringar studentar møter (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005; Terry, Leary, & Mehta, 2013). Studentar som skårar høgt på sjølvmedkjensle rapporterer å ha meir indre motivasjon for læring og forståing av materiale, samt større sannsyn for å ta innover seg negative evalueringar (Neff et al., 2005). Dei har i tillegg større sannsyn for å prøve igjen dersom dei feilar (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009). I møte med akademiske nederlag synte studentar med høgare grad av sjølvmedkjensle meir fokus på positive aspekt og mogelegheiter for vekst i situasjonen (Neff et al., 2005). I tillegg har ein funne at sjølvmedkjensle har samanheng med lågare grad depresjon, heimlengt og mindre uvisse knytt til studieval (Terry et al., 2013). Terry et al. (2013) fann også at studentar som skåra lågt på sjølvmedkjensle var meir sensitive for problem i deira akademiske og sosiale liv, og opplevde meir heimlengt og var mindre tilfreds då omstenda ikkje var slik dei ynskte. Alle desse funna tyder på at høg sjølvmedkjensle er assosiert med ei rekkje positive utfall.

Funn frå ein nyleg metaanalyse syner at kvinner har lågare grad av sjølvmedkjensle enn menn (Yarnell et al., 2015). Ein grunn til dette kan vere at kvinner nyttar meir negativt sjølvsnakk enn menn (DeVore, 2013). Nolen-Hoeksema (1987) meiner dette kan ha ein samanheng med ein høgare førekomst av depressive symptom blant kvinner. Ettersom det er langt fleire kvinnelege

studentar kan sjølvmedkjensleintervensjonar vere nyttig for denne populasjonen. Dette er basert på ein hypotese om at dei med lågare sjølvmedkjensle har betre nytte av intervensjonane enn dei med høg sjølvmedkjensle. Desse oppfatningane er basert på korrelasjonelle studiar. Det er difor viktig å sjekke dei opp mot forskinga på sjølvmedkjensleintervensjonar. Viktige spørsmål då er mellom anna om intervensjonane kan auke sjølvmedkjensle og om å auke sjølvmedkjensle gjev positive verknadar.

Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse (SHoT)

For å tilpasse intervensjonar er det viktig å ha kunnskap om omfanget av psykiske plager blant studentar. Nyleg har ein gjennomført nasjonale undersøkingar av førekomsten til psykiske plager blant studentar i Noreg (Nedregård & Olsen, 2010, 2014). Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse (SHoT) er ei landsomfattande undersøking med fokus på psykososiale forhold. I 2014 vart det henta inn svar frå i overkant av 13.000 heiltidsstudentar frå 10 ulike studentsamskipnadar. Resultata frå denne undersøkinga synte at heile 33 % av studentane rapporterte å ha moderate til alvorlege psykiske plager dei to siste vekene. Psykiske plager omfattar lettare former for angst, fobiar, depresjon og alkoholmisbruk. Slike vanskar kan føre med seg vesentlege påkjenningar og symptomtrykk for den einskilde, samstundes som plagene ikkje er så alvorlege at det vert definert som ei psykisk lidning (Nedregård & Olsen, 2014).

Nedregård og Olsen (2014) fann at det var ein større del (19 %) av studentane som rapporterte at dei hadde alvorlege psykiske plager, enn dei som rapporterte om moderate psykiske plager (14 %). Blant dei med moderate til alvorlege psykiske plager var det langt fleire kvinnelege studentar. Denne kjønnskilnaden vart tydelegare med høgare grad av opplevd symptompåkjenning. Det er til dømes meir enn dobbelt så stor del av kvinnelege studentar som rapporterer alvorlege og mange symptom. Dette omfatta i hovudsak symptom på angst og depresjon. I likskap med studenthelseundersøkinga har undersøkingane i folkesetnaden funne ein liknande kjønnskilnad, kor ein klart større del av kvinner syner moderate til alvorlege psykiske

plager (Isungset & Lunde, 2016). Vidare fann SHoT at kvar tiande student opplevde at kjenslemessige vanskar ofte påverka gjennomføringa av studiet, medan kvar femte student opplevde at slike vanskar påverka studiegjennomføringa av og til. Det var ein klar samanheng mellom større grad av psykiske plager og negativ påverknad på studiegjennomføring (Nedregård & Olsen, 2014). Psykiske plager er òg knytt til høgare sannsyn for at studentar avbryt studieløpet dei har starta på (Eisenberg, Golberstein, & Hunt, 2009). Psykiske plager kan difor seiast å vere ein vesentleg faktor som medverkar til at studentar fell frå eller nyttar lengre tid på studiet.

Når nærare ein tredel av studentane rapporterer å ha moderate til alvorlege psykiske plager den siste tida, syner tala at det er urovekkjande få som oppsøker hjelp. Nedregård og Olsen (2014) fann at 13 % av alle studentane har søkt hjelp for psykiske vanskar dei siste 12 månadane. Delen som har søkt hjelp er høgare blant dei studentane som syner moderate til alvorlege plager, men også i desse gruppene er det eit klart fleirtal som ikkje har søkt hjelp. Dette inneber at ein stor del av studentane som opplever moderate til alvorlege psykiske plager, ikkje får oppfølging for sine vanskar. Det verkar å vere ein monaleg del av studentar med psykiske vanskar, som vurderer eller har vurdert å søkje hjelp, men som ikkje har gjort det. Ved landet sine tre største studentsamskipnadar var det totalt 14 % av studentane som hadde vurdert å oppsøkje hjelp det siste året, utan å faktisk gjere det. Denne delen var høgare blant dei studentane som opplevde betydelege psykiske plager (Nedregård & Olsen, 2014). Ein har likevel ikkje undersøkt kva faktorar som har vore avgjerande for at studentane ikkje søkjer hjelp. Det at så mange studentar har vanskar utan å søkje hjelp, tyder på at det er eit behov for effektive lågterskeltiltak.

Det er i seinare tid kome ei rekkje undersøkingar som syner at førekomsten av psykiske vanskar er høgare blant studentar enn i folkesetnaden elles. Som nemnt fann SHoT at førekomsten av moderate til alvorlege psykiske plager blant studentar var på 33 % (Nedregård & Olsen, 2014). Til samanlikning fann tilsvarende undersøkingar for folkesetnaden ein førekomst på 10,2 – 12 % (Isungset & Lunde, 2016; Nes & Clench-Aas, 2011). Funna gjev ein indikasjon på at førekomsten

av moderate og alvorlege psykiske plager er vesentleg høgare blant studentar enn i folkesetnaden elles. Internasjonal forskning har også støtta funna om at det er ein klart større førekomst av psykiske vanskar blant studentar enn blant jamaldra og folkesetnaden generelt. Desse funna ser ein også i internasjonal forskning (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Australian Bureau of Statistics, 2008; Roberts, Golding, Towell, & Weinreb, 1999; Stallman, 2010). Til dømes fann Stallman (2010) at 19,2 % av australske studentar hadde alvorlege psykiske plager, medan berre 3 % av folkesetnaden rapporterte om slike plager (Australian Bureau of Statistics, 2008). Førekomsten av alvorlege psykiske plager blant studentar i Australia verkar difor å vere omtrent lik den førekomsten ein finn i den norske studenthelseundersøkinga (19,2 % versus 19 %). Det at førekomsten er høgare hjå studentar kan tyde på at sjølv om aldersperioden studentar er inne i er prega av meir psykiske plager, kan studiesituasjonen i seg sjølv vere ei utfordring og ein faktor som medverkar til ei rekkje psykiske plager.

Ettersom SHoT vart gjennomført både i 2010 og 2014, er det gjort samanlikningar for dei tre største studentsamskipnadane, i Oslo, Bergen og Trondheim. Desse samanlikningane syner at det har vore ei klar auke i rapporterte psykiske plager blant studentar i denne perioden. I 2010 rapporterte totalt 25 % at dei var plaga av moderate til alvorlege psykiske vanskar. Fire år seinare var denne delen auka til 32 %. Den største aukinga har skjedd blant dei kvinnelege studentane. Når det gjeld delen som har søkt hjelp det siste året var det ei auke frå 11 % til 13 % mellom 2010 og 2014. Denne aukinga skuldast at det er fleire kvinnelege studentar som oppsøker hjelp i 2014 enn det var i 2010 (Nedregård & Olsen, 2014). Ei undersøking i folkesetnaden syner at 5 % har oppsøkt psykolog dei siste 12 månadane (Isungset & Lunde, 2016). Dette er ei auke frå 2 % i 1998. Som i studentpopulasjonen er det kvinner som står for den største auken. Det er likevel blant dei mellom 16-44 år ein fann den største aukinga i kor mange som søker hjelp hjå psykolog. Desse tala tyder på at det er eit større udekt behandlingsbehov blant studentar, enn i folkesetnaden elles.

Subjektivt velvære.

Nedregård og Olsen (2014) hevdar at psykiske plager er den viktigaste forklaringsfaktoren for livskvalitet. Subjektivt velvære vert definert som den affektive og kognitive vurderinga av korleis ein har det i livet (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Subjektivt velvære er ei oppleving av meir positiv affekt, mindre negativ affekt og høg grad av livstilfredsheit. Med den urovekkjande aukinga i førekomst av psykiske plager blant studentar, vil ein også kunne forvente ein reduksjon i opplevd subjektivt velvære. Funna frå SHoT i 2010 og 2014 (Nedregård & Olsen) gjev likevel ein indikasjon på at den opplevde graden av subjektivt velvære blant studentar held seg relativt stabil. Resultata frå SHoT i 2014 syner at 14 % av studentane rapporterer om låg eller svært låg subjektivt velvære, medan 38 % gjev uttrykk for høg eller svært høg subjektivt velvære. I kontrast til førekomsten av psykiske plager er det ingen kjønnskilnadar i sjølvrapportert subjektivt velvære blant studentar. Ved samanlikning av resultata frå SHoT i 2010 og 2014 (igjen berre mogeleg å samanlikne dei tre største studentsamskipnadane) er det lite eller ingen skilnad i subjektivt velvære. Det var like stor del som opplevde låg eller veldig låg subjektivt velvære i 2010 som i 2014 (Nedregård & Olsen). Det ser difor ut til at subjektivt velvære blant studentar er stabil, samstundes som førekomsten av psykiske plager aukar. Dette tyder på at det også er andre faktorar som er viktig for subjektivt velvære enn berre psykiske plager.

Forklaringar på studentar sine psykiske plager

Ut frå funna i SHoT og fleire undersøkingar i ulike land verkar studentar å vere spesielt utsett for psykiske vanskar (Adlaf et al., 2001; Nedregård & Olsen, 2014; Stallman, 2010). For å kunne utvikle og velje ut gode og passande intervensjonar er det difor naudsynt å vite noko om dei særskilte utfordringane studentar står overfor, og kva som verkar å gjere dei spesielt utsette. Felles for studentar på tvers av land og studiestadar er at førekomsten av psykiske plager er langt høgare enn for folkesetnaden elles (Roberts et al., 1999; Stallman, 2010). Det er difor rimeleg å legge til grunn at det er aspekt ved studenttilværet som medverkar til svekkja psykisk helse på tvers av

ulike kulturar. Potensielt kan både studentspesifikke og meir allmenne påkjenningar gjere seg gjeldande.

Alle menneskjer går gjennom overgangar og endringar i livet. Desse er ofte stressande, og forskning har synt ein samanheng mellom slike overgangar og både fysiske og psykiske plager (Rabkin & Struening, 1976). Overgangen til høgare utdanning og studenttilværet vert ofte sett på som ei spanande tid prega av mange nye mogelegheiter. Det er likevel ei tid prega av fleire endringar som skjer samstundes (Fisher & Hood, 1987). Til dømes opplever ein ofte endringar i rutinar, livsstil og geografisk plassering, samt eit behov for å tilpasse seg nye sosiale og akademiske krav. Det er difor rimeleg å vente meir psykologiske vanskar i studentpopulasjonen enn folkesetnaden elles.

Det er fleire modellar som prøver å forklare reaksjonane ein del opplever i slike overgangar (Fisher & Hood, 1987). Fisher nemner at det er ulike forklaringar på dei negative konsekvensane av overgangsfasar i livet (Fisher & Hood, 1987; Van Tilburg, Vingerhoets, & Van Heck, 1996). Ei forklaring er at det liknar separasjonsangst. Individet er vekke frå familie, vener og sitt heimemiljø, noko som kan verte opplevd som eit tap. Reaksjonen kan då vere angst, sinne og søkjande åtferd i starten, etterfølgt av apati og hjelpeløyse (Weiss, 1982). Avbrotmodellen (Mandler, 1990) seier at hindringar eller avbrot i eksisterande rutinar, planar eller livsstil skapar negative emosjonar som angst. Andre igjen har fokusert på at overgangar kan føre til mellombels tap av kontroll eller meistring (Fisher & Hood, 1987) og at ein må tilpasse seg ei ny sosial rolle og eit nytt sjølvbilete (Van Tilburg et al., 1996). Dette syner at det kan vere fleire forklaringar på den negative effekten av overgangar. Forklaringane er ikkje motstridande og alle kan medverke på ulike måtar. Det må likevel påpeikast at det er lite forskning på om påstandane i desse modellane stemmer, og om nokon av forklaringane er viktigare enn andre (Van Tilburg et al., 1996).

Ein av dei negative reaksjonane på overgangen til studenttilværet er heimlengt (Fisher & Hood, 1987). Dette er ein «opplevd tilstand av ubehag blant dei som har forlate deira hus og heim

og er i eit nytt og ukjent miljø» (Van Tilburg et al., 1996, s. 899, vår omsetting). Mange studentar opplever heimlengt av og til, og då utan at det skapar problem for dei. Andre igjen kan kjenne på dette konstant (Van Tilburg et al., 1996). Forsking har vist at heimlengt kan vere assosiert med ei rekkje negative utfall, som til dømes høgare fråfall i utdanning (Burt, 1993), fysiske symptom som mageproblem, mangel på appetitt og hovudverk, samt psykiske vanskar som depresjon (Van Tilburg et al., 1996). Fleire forskarar har også sett på alvorlege former for heimlengt som ei form for tilpassingsforstyrning eller ein reaktiv depresjon (Van Tilburg et al., 1996).

Nært knytt til heimlengt er opplevinga av einsemd. Å verte student kan for mange føre til at ein står utan det sosiale nettverket frå grunn- og vidaregåande skule. Mange byrjar på høgare utdanning utan å kjenne andre på same studieretning, noko som gjer studentar sårbare for einsemd. Sjølv om mange studiestadar har hatt fokus på å medverke til at studentane kan etablere nye sosiale nettverk, til dømes gjennom fadderordninga, syner funn at 26 % av studentane ofte eller svært ofte opplevde å vere einsame (Fløttum, 2013). Nedregård og Olsen (2014) har undersøkt førekomsten av sosial og emosjonell einsemd. Dei definerer sosial einsemd som opplevinga av å vere åleine, eller mangel på eit sosialt nettverk. Dette kan oppstå sjølv om ein har gode vener, familie og kjærast. Emosjonell einsemd vert definert som mangel på nære tilknytingspersonar. Dei fann at totalt 16 % av studentane ofte eller av og til opplevde å vere sosialt og/eller emosjonelt einsame. Fleire opplevde å vere emosjonelt einsame (12 %) enn sosialt einsame, og mange manglar difor den støtta nære tilknytingspersonar kan gje. Forsking har vist at einsemd har sterk assosiasjon med depresjon (Weeks, Michela, Peplau, & Bragg, 1980). Russell, Cutrona, Rose og Yurko (1984) fann at depresjon var relatert til sosial einsemd, men at relasjonen mellom depresjon og emosjonell einsemd var sterkare. Dei fann også at sosial einsemd hadde samanheng med angst. Dette tyder på at einsemd, som heimlengt, er ein klar risikofaktor for psykiske plager hjå studentar.

Ei anna kjent utfordring ved studenttilværet er ein krevjande økonomi, som vil kunne

medverke til psykiske vanskar (Nerdrum, Rustøen, & Rønnestad, 2007). Mange slit med å dekkje bustadutgifter, transport, mat og andre daglegdagse utgifter. Nedregård og Olsen (2010) fann at 35 % av studentane rapporterte at dei ofte eller av og til hadde vanskar med å handtere utgifter. I 2014 hadde desse tala auka til 40 % (Nedregård & Olsen, 2014). Vanskar med å handtere utgifter kan i seg sjølv vere ei kjelde til bekymring eller påverke studentane meir indirekte gjennom at dei til dømes ikkje kan delta på ynska sosiale aktivitetar eller halde på eit sunt og variert kosthald. Resultata frå SHoT, i både 2010 og 2014, viste at det også var ein signifikant større del kvinner med sårbar økonomi, samanlikna med menn (Nedregård & Olsen). I 2014 rapporterte 37 % av dei kvinnelege studentane at dei var i ein sårbar økonomisk situasjon, medan 26 % av mannlege studentar gjorde det same. Om økonomisk sårbarheit medverkar til psykiske plager, eller om psykiske plager kan føre til at ein hamnar i ein meir økonomisk utfordrande situasjon er framleis uavklara. Roberts et al. (1999) hevdar at økonomiske problem kan gjere studentar særleg sårbare for depressive symptom. Andrews og Wilding (2004) sin longitudinelle studie støttar opp om dette, og fann at økonomiske vanskar i seg sjølv kan predikere utviklinga av psykiske plager.

Svak økonomi kan føre til at ein vesentleg del av studentane må jobbe ved sidan av studiane. Dette vil kunne auke påkjenninga til studentane ved at dei må bruke tid og krefter på jobb i staden for studiar. Ei undersøking blant engelske studentar viste at dei som jobba meir ved sidan av studiane hadde fleire psykiske vanskar (Roberts et al., 1999). Ein konsekvens av å jobbe ved sidan av studiane er at det kan gå ut over gjennomføringa. Dette kan så føre til at studentar opplever svekkja meistringskjensle knytt til studiane og høgare grad av psykologisk press (Nedregård & Olsen, 2014). Indirekte vil difor ein vanskeleg økonomisk situasjon kunne føre til auka stress og bekymring.

Ei oppleving av å ikkje strekkje til gjer seg også gjeldande på det sosiale og økonomiske området, men kan også gjere seg gjeldande fagleg. Studietilværet omfattar i stor grad evaluering av munnlege og skriftlege arbeid. Det er også høgare akademiske krav, og ein usikkerheit knytt til

kva som vert venta av presentasjonar, innleveringar og eksamen på høgare utdanning samanlikna med vidaregåande skule. Dette er faktorar som kan føre til at mange opplever bekymring, usikkerheit og stress knytt til sine akademiske prestasjonar. Den siste studenthelseundersøkinga fann at 18 % i stor grad er redde for munnlege framlegg på universitet, 13 % opplevde å ha mykje eksamensangst, medan ytterlegare 25 % opplevde å ha noko eksamensangst (Nedregård & Olsen, 2014). Delen av kvinner som opplevde stor grad av eksamensangst eller redsel for munnlege framlegg var dobbel så høg som blant menn. Det kan tenkjast at høgare førekomst av psykiske plager blant kvinner syner seg som angst knytt til munnlege framlegg eller eksamen, samstundes som angst knytt til å prestere akademisk kan skape eit utgangspunkt for psykiske plager.

Nedregård og Olsen (2014) hevdar også at ei negativ oppfatning av eige utsjånad og sjølvbilete er sentrale faktorar for å forklare den høge førekomsten av psykiske plager blant studentar. Trettiseks prosent av kvinnelege studentane var ganske eller svært misnøgd med eiga vekt, medan 19 % av dei mannlege studentane var det. Det var også store kjønnskilnadar i sjølvbilete, der 27 % av kvinner og 16 % av menn var ganske eller svært misnøgd. Ei oppleving av å ikkje vere god nok, enten det er med omsyn til utsjånad, økonomiske, sosiale og/eller akademiske faktorar, verkar å vere risikofaktorar for utvikling av psykiske plager blant studentar. Dette er påkjenningar dei fleste studentar opplever, uavhengig om dei studerer i Noreg, Canada eller Australia.

Dette syner at studentar står overfor ei rekkje ulike påkjenningar og risikofaktorar, som gjer dei ekstra sårbare for psykiske plager. Sårbarheits-stressmodellen (sjå til dømes Monroe & Simons, 1991) støttar opp om ei slik forklaring. Teorien seier at alle har ulik grad av sårbarheit, og ei eventuell utvikling av psykiske plager og psykiske lidingar er avhengig av kor stor grad av sårbarheit ein har og påkjenningar ein vert utsett for. Modellen kan difor forklare kvifor så mange studentar opplever psykiske plager, samstundes som ein stor del ikkje vert plaga. Ein kan tenkje seg at nokon studentar opplever fleire eller meir omfattande påkjenningar, at dei har ei større

sårbarheit eller ein kombinasjon av desse to. Etersom det er mange ulike påkjenningar og risikofaktorar i studentar sitt tilvære, er det fleire måtar å skape endringar på. Dette kan vere endringar på samfunnsnivå, samt endringar på det økonomiske-, det sosiale- eller det individuelle nivå. Det verkar likevel urealistisk å fjerne alle påkjenningar i kvardagen til studentar. Ein av måtane å skape endring på er då å tilby intervensjonar eller kurs som tek sikte på å lære studentar å betre handtere påkjenningar i kvardagen.

Som nemnt synest ei oppleving av å ikkje strekkje til å vere eit kjenneteikn ved dei påkjenningane som pregar studenttilværet. Ei slik oppleving kan omfatte ei sjølvkritisk haldning, kor ein vurderer at ein ikkje er god nok på aktuelle områder. Sjølvmedkjensle kan vere eit alternativ til sjølvkritikk, og har som nemnt ein sterk negativ samanheng med psykopatologi (Leaviss & Uttley, 2015). Sjølvmedkjensle kan vidare tenkjast å auke resiliens, og då betre handteringa av påkjenningar i kvardagen (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Intervensjonar som tek sikte på å auke sjølvmedkjensle kan difor vere eit velgrunna satsingsområde for å betre studentar si psykiske helse. Dette er i hovudsak basert på teori og korrelasjonelle funn. Det er difor viktig å undersøkje om sjølvmedkjensleintervensjonar i praksis har effekt på studentar si psykiske helse. I eit samfunnsøkonomisk perspektiv er det også vesentleg å vite noko om kor omfattande intervensjonane treng å vere for å ha effekt på psykisk helse.

Forståing av medkjensle og sjølvmedkjensle

Sjølvmedkjensleintervensjonar kan som nemnt vere nyttig for studentar, det er difor interessant å sjå nærare på omgrepet, samt teori og forskning på sjølvmedkjensle. Sjølvmedkjensle stammar frå buddhistisk psykologi og tankegang, og er eit nyleg oppdaga omgrep i vestleg psykologi (Neff, 2003b). Vestleg psykologi har forska mykje på empati og medkjensle for andre, men har nyleg starta å utforske sjølvmedkjensle. Definisjonen av sjølvmedkjensle heng tett saman med den meir generelle definisjonen og forståinga av medkjensle (Neff, 2003b). Det er difor nyttig å presentere det teoretiske og forskingsgrunnlaget for medkjensle, før sjølvmedkjensle som

konsept vert drøfta.

Når ein kjenner medkjensle overfor ein annan, gjer dei andre si liding inntrykk, og det skapar ei kjensle av varme og omsorg for den råka personen. Lidinga vert så møtt med ei open, ikkje-dømmende og lindrande haldning (Neff et al., 2005). Det er difor eit mangfaldig omgrep, som involverer ein kombinasjon av motiv, emosjonar, tankar og handlingar (Gilbert, 2005b). Binder (2014; s. 17) definerer medkjensle som «å møte lidelse oppmerksomt og med vennlighet, og med et ønske om, vilje til, og innsats for å lette denne lidelsen». Ifølgje Binder er medkjensle eit tilsvar til det faktum at alle er sårbare og kjem til å oppleve liding i livet. For å lindre denne lidinga treng me at nokon oppfattar den, er villig til å ta den innover seg og vil gjere noko for å lette lidinga (Binder, 2014). Ein motsetnad til dette er å møte personar som lid med kritikk eller vondskap (Gilbert, 2005a). Det same gjeld for korleis me møter oss sjølve. Me kjenner meir tryggleik når me veit at me vil møte oss sjølve med omsorg, respekt og verdigheit ved nederlag (Binder, 2014).

Medkjensle kan forståast ut frå ulike perspektiv (MacBeth & Gumley, 2012). Buddhistiske tradisjonar har lenge sett på medkjensle som viktig i frigjering av sinnet frå negative emosjonar (Goleman, 2003). Som nemnt har også vestleg vitskap nyleg fatta interesse for medkjensle og sjølvmedkjensle som teoretiske omgrep og praktiske metodar (Neff, 2003b). Ei slik integrering av gamle austlege tradisjonar med vestleg psykologi og kultur kan vere både vanskeleg og problematisk, til dømes ved omsetting av ord og konsept (Gilbert, 2005b). Det er likevel også to perspektiv som kan utfylle kvarandre. I den vidare gjennomgangen tek me utgangspunkt i Paul Gilbert som forstår medkjensle frå eit evolusjonært og nevrovitskapleg perspektiv, men som også er påverka av austleg buddhistisk tradisjon (Gilbert, 2005a; Gilbert, 2007; Leaviss & Uttley, 2015).

Paul Gilbert

Gilbert forstår medkjensle ut frå eit evolusjonært perspektiv og då evolusjon av affektive system (Leaviss & Uttley, 2015). Han fokuserer spesifikt på samspelet mellom tre ulike affektive eller motivasjonelle system og deira nevrofysiologiske grunnlag (Gilbert, 2005a). Desse er trussel-, drifts- og det trøystande systemet. Systema har ulike føreslegne nevrofysiologiske grunnlag (Gilbert, 2005a). Trusselsystemet er utvikla for å fange opp fare, og har mekanismar for vern mot farane. Systemet er nært knytt til negative emosjonar som sinne og frykt, men kan verte skrudd av når ein kjenner seg trygg. Gilbert (2005) set dette systemet i samanheng med serotonin, og dei limbiske trusselfokuserte hjernestrukturane. Driftssystemet er derimot orientert mot påskjønning og å oppnå mål (Gilbert, 2005a). Det aktiverer difor søking og åtferdstilnærming. Ein legg til grunn at systemet vert mediert av dopamin (Gilbert, 2005a), og er knytt til evolusjonære behov som mat, seksuell formeiring og sikring av territorium (MacBeth & Gumley, 2012). Det tredje systemet handlar om trøyst og tilfredsheit (*the soothing system*) (Gilbert, 2005a). Dette er knytt til pattedyr sin evolusjon av tilknytning (MacBeth & Gumley, 2012). Gilbert (2005a) meiner at dette er eit separat system, og at det er mediert av signalstoffa opiat og oxytocin. Opiatsystemet gjev ei kjensle av tryggleik og ro, og vert stimulert av varme og omsorg frå andre (Gilbert, 2005a).

Poenget til Gilbert (2005a) er at alle tre systema har gjensidig påverknad på kvarandre. Eit døme på dette kan vere at eit velutvikla trøystesystem kan regulere eit trusselsystem, og kan då vere ein beskyttande faktor i trusselsituasjonar. Motsett kan born som vert mishandla eller ikkje får den omsorg og tryggleik det treng utvikle eit sterkt trusselsystem. Dette styrer då mykje av prosesseringa og kjenslemønstera til borna. Mønsteret av interaksjon mellom systema vert utvikla gjennom både arv og miljø. Det handlar meir spesifikt om temperament og røynsle av varme og omsorg frå andre nære personar. Teoretisk sett kan det difor tenkjast at personar som har vanskar med medkjensle mot seg sjølv, har eit trusselsystem som er meir utvikla og etablert. Dette skapar då vanskar med å aktivere trøystesystemet i truande og stressande situasjonar. Hovudpoenget med

Gilbert sin sjølvmedkjensleintervensjon er å styrke dette trøystesystemet i møte med liding, og i tillegg å redusere innverknaden til trusselsystemet (Gilbert, 2005a).

Compassion Focused Therapy (CFT) og Compassionate Mind Training (CMT).

Gilbert sin teori har altså kliniske implikasjonar. Ein av dei teoretiske implikasjonane til Gilbert er at når nokon er deprimerte får trusselsystemet meir innverknad over prosesseringa og kjensletilstanden, medan driftssystemet og trøystesystemet vert tona ned (Gilbert, 2007). I fokuserte terapiar, som til dømes kognitiv åtferdsterapi (KAT), nyttar ein ei rekkje strategiar for å redusere trusselprosesseringa og aktivere driftssystemet. I medkjenslefokusert terapi (CFT) hjelper ein også pasientar med deira emosjonar, tenking og åtferd, men fokuserer spesielt på å involvere eller reaktivere det trøystande systemet (Gilbert, 2007). Tilnærminga er utvikla i arbeid med sjølvkritiske og sjølvdømmende pasientar, som opplever mykje skam (Gilbert & Irons, 2005). Utgangspunktet er funn som syner at sjølvkritikk og skam spelar ei stor rolle i mange former for psykologiske vanskar (som til dømes i stremlingslidingar: Blatt & Zuroff, 1992; og ved psykotisk stemmehøyering: Gilbert et al., 2001). Gilbert og Irons (2005) ser på sjølvkritikk som ei form for sjølv-til-sjølv relasjon, kor ein del av sjølvvet finn feil ved, dømmer eller hatar sjølvvet, som ei form for indre mobbing.

Eit av hovudproblema til mange sjølvkritiske pasientar er ifølgje Gilbert og Irons (2005) at dei sjeldan har kjent seg forsikra eller trygge, og har få tilgjengelege emosjonelle minner om dette. Dei manglar då ei viktig kjelde til sjølvomsorg, ettersom emosjonelle minner av at andre er trøystande og forsikrande kan vere ei kjelde til sjølvtrøyst (Bowlby, 1969). Gilbert og medarbeidarar undersøkte dette empirisk (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Dei fann at sjølvkritiske studentar hadde problem med å førestille seg ein medfølande del av sjølvvet, men lett kunne førestille seg ein sjølvkritisk del. Det motsette mønsteret viste seg hjå studentar med lite sjølvkritikk (Gilbert et al., 2006).

Som nemnt er eit hovudmål i CFT å styrke og aktivere det trøystande systemet i møte med

truslar, og då spesielt for pasientar som har lite tilgang til systemet (Gilbert & Irons, 2005). Eit mål er at pasientar skal møte sjølvkritikk med medkjensle (Leaviss & Uttley, 2015). Det essensielle er då den emosjonelle tona til sjølv-snakket og sjølv-refleksjonen, ikkje nødvendigvis å møte sjølvkritikk med evidens eller rasjonalitet (Gilbert, 2007). Desse teoretiske grunnprinsippa går som ein raud tråd gjennom heile terapien. Compassionate Mind Training (CMT) er kjernen i CFT (Leaviss & Uttley, 2015). CMT har som mål å utvikle dugleikar som er grunnlaget for medkjensle, som omsorg for eige velvære og toleranse for ubehag, samt ei ikkje-dømmende haldning med empati og sympati (Gilbert, 2007; Leaviss & Uttley, 2015). Vidare handlar CMT om å trene seg sjølv på å verte meir medfølande (Gilbert, 2007). I ein slik prosess jobbar ein på fleire ulike områder, som å trene på medfølande merksemd, tenking og åtferd.

Ein av nøkkelintervensjonane, og ein viktig del av medfølande merksemd, er bruk av førestillingsbilete. Dette er eit kraftfullt middel for å generere emosjonar, ny innsikt og fysiologiske effektar (Gilbert, 2007). Ideen er henta frå buddhisme, men der ein i buddhisme nyttar fastsette førestillingsbilete (ofte Buddha), har ein som mål i CMT at pasienten sjølv skapar eigne indre førestillingar (Gilbert & Irons, 2005). Førestillingsbileta vert ofte skildra som «den ideelle omsorgsgivar», og er ofte personifisert og gitt kvalitetar av medkjensle som vert retta mot sjølvvet. Det viktige er likevel at dette er pasienten sitt eige unike førestillingsbilete som representerer deira ideal, og treng då ikkje å vere eit menneskeliknande bilete (Gilbert, 2007). Ein nyttar også ein del tid på å utvikle dette bilete og det kan også endrast etter kvart. Saman ynskjer ein å etablere dette som ein medfølande del av sjølvvet (Gilbert & Irons, 2005). Målet er å etablere førestillingsbilete som noko pasienten kan nytte til sjølvtrøyst, og som då vert ei kjelde til tryggleik (Gilbert, 2007).

Gilbert påpeikar at sjølv om førestilling er ein kraftfull strategi, kan det likevel vere vanskeleg for nokon å vere venleg mot seg sjølv (Gilbert, 2007). Oppleving av varme og trøyst kan til dømes vere knytt til opplevinga av fare gjennom assosiasjonar til fryktfulle minner, som til

dømmes seksuelle misbruk. Å vere streng med sjølv kan også ha vore ein forsvarsstrategi for barnet, for å verte behandla mildare av omsorgspersonen og andre. Seinare opplever pasientane at dei må straffe seg sjølv for å fortene omsorg. Gilbert og Irons (2005) skildrar pasientar som reagerte med gråt, panikk og dissosiasjon i møte med venlegheit overfor sjølvvet. Andre igjen kan tenkje at dei rett og slett ikkje fortener medkjensle eller at dei ikkje får det til (Gilbert, 2007). Ved kortare medkjensleintervensjonar er dette viktig aspekt å vere merksam på.

Somme kan ha vanskar med førestilling og føretrekkjer då ei meir narrativ tilnærming. Ein måte å gjere dette på er å skrive brev til seg sjølv (Gilbert, 2007). Intervensjonen tek utgangspunkt i funn som syner positive effektar av å skrive emosjonelt ekspressivt om vanskelege hendingar (Pennebaker, 1997). I sjølvmedfølande skriving førestiller ein seg ein medfølande del av sjølvvet som skriv brevet. Ein prøver å uttrykkje dei viktige eigenskapane ved medkjensle i brevet, som omsorg for seg sjølv, empati og at ubehaget kan tolererast. I tillegg uttrykkjer ein ei aksepterande og ikkje-dømmande haldning mot sjølvvet (Gilbert, 2007). Odou og Brinker (2014) hevdar at skriveøvingar i sjølvmedkjensle kan redusere negativ affekt fordi ein betre får prosessert negative emosjonar. Tanken er at å møte ubehagelege hendingar med venlegheit og aksept gjer at ein i større grad klarar å ta inn over seg den ubehagelege hendinga og dei negative kjenslene som følgjer. Det vil seie at ein får ein betre emosjonsprosessering. Dermed vil det å skrive sjølvmedfølande kunne føre til at det vert lettare å ta innover seg dei negative emosjonane knytt til ei hending, utan å verte overvelda av dei.

Førestillings- og skriveøvingar er berre to intervensjonar i eit samansett behandlingsprogram. Paul Gilbert sin teori og terapi er primært utvikla for personar med psykiske lidingar, og då spesielt pasientar plaga av mykje sjølvkritikk og skam. Sjølv om det er ein ny terapiretning, har ein systematisk gjennomgang av behandlinglitteraturen (Leaviss & Uttley, 2015) synt at CFT er ein lovande behandling for stemningslidingar, og spesielt for dei prega av mykje sjølvkritikk. Ein treng likevel fleire kvalitetsstudiar før ein kan konkludere med at det er ein

evidensbasert praksis (Leaviss & Uttley, 2015). Sjølv om det meste av forskinga er gjort på kliniske utval, er det også studiar som har nytta aspekt av Gilbert si tilnærming for å betre studentar si psykiske helse (sjå til dømes Arimitsu, 2016). Det primære i desse studiane er bruk av førestillingsøvingar basert på Gilbert, men dei nyttar også andre intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle som psykoedukasjon, skriving og tostolsøving.

Kristin Neff

Til skilnad frå Paul Gilbert som har utforma eit behandlingsprogram for kliniske pasientar (Gilbert & Irons, 2005), har Neff og Germer (2013) utvikla eit program for å auke sjølvmedkjensle for både kliniske og ikkje-kliniske grupper (Mindful Self-Compassion, MSC). Ifølgje Neff har sjølvmedkjensle tre komponentar som er nært knytt til kvarandre. Desse komponentane er: 1) å vere venleg og forståande mot seg sjølv, 2) å sjå si eiga liding som ein del av det å vere menneskje og 3) å vere open og merksam overfor eiga liding (Neff, 2003a). Den første komponenten involverer å gje tilgiving, empati og varme til seg sjølv, og då spesielt etter nederlag eller vanskelege hendingar i livet (Neff, 2003a). Ein stadfestar overfor seg sjølv at ein fortener kjærleik, lukke og omsorg sjølv om ein har feila (Barnard & Curry, 2011). Dette er ein av fordelane til sjølvmedkjensle, ettersom verdien av sjølvvet ikkje er basert på prestasjonsevaluering eller at ein skal tilfredsstille visse ideal, som er tilfelle ved sjølvtilitt (Neff et al., 2005). Motsetnaden til møte seg sjølv med venlegheit og forståing er sjølvkritikk, som involverer å vere fiendtleg og kritisk til seg sjølv eller deler av sjølvvet (Neff, 2003a).

Sjølvmedkjensle handlar òg om å sjå at liding og nederlag er noko alle menneskjer går gjennom, og at eiga liding ikkje er unik. Det involverer å tilgje seg sjølv for det å vere menneskje, og at ein då har manglar og er sårbar (Neff, 2003a). Å minne seg sjølv på at andre også lid, og kanskje på verre måtar, kan setje eiga røynsle i eit større perspektiv (Neff et al., 2005). Det motsette til dette er kjensla av isolasjon, som mange kan kjenne på ved smerte og frustrasjon. Dersom ein tenkjer at ein sjølv, sine emosjonar eller sine nederlag er skamlege kan det føre til at

ein trekk seg vekk frå andre (Barnard & Curry, 2011). Det kan då også tenkjast at å sjå liding som noko felles menneskeleg kan redusere skamkjensle knytt til emosjonar og nederlag.

Den tredje komponenten av sjølvmedkjensle handlar om å halde vonde tankar og kjensler i merksemda utan å unngå eller verte overvelda av dei (Neff, 2003a). Sjølvmedkjensle kan difor seiast å romme *mindfulness*. Mindfulness er ein balansert tilstand av merksemd kor ein på ein ikkje-dømmende måte observerer opplevingar ettersom dei kjem til sinnet. Ein observerer dei utan å unngå dei eller verte fanga av dei. Det er ein menneskeleg kapasitet som me nyttar i større eller mindre grad, og er ein fundamental ståstad i alle buddhistiske meditasjonspraksisar (Kabat-Zinn, 2003; Neff et al., 2005). Sjølv om ein treng mindfulness for å oppleve sjølvmedkjensle, er mindfulness generelt og i mindfulness i sjølvmedkjensle nytta noko ulikt (Neff & Germer, 2013). Medan mindfulness generelt handlar om evne til å vere merksam på alle typar opplevingar, omfattar mindfulnesskomponenten i sjølvmedkjensle merksemd på negative tankar og kjensler i personleg liding. Mindfulness generelt fokuserer også på eiga indre røynsle, medan mindfulnesskomponenten av sjølvmedkjensle fokuserer på at ein sjølv opplever liding (Neff & Germer, 2013).

Barnard og Curry (2011) påpeikar at det er skrive lite om relasjonen mellom Neff sine komponentar. Det er likevel vanskeleg å snakke om ein komponent utan dei andre. Neff (2003b) meiner difor at det er ein teoretisk samanheng mellom komponentane, og at kvar komponent styrkar dei andre. Det vil seie at å auke nivået av ein av desse vil også styrke dei andre komponentane. Til dømes kan personar som kjenner seg knytt til andre menneskjer vurdere svakheiter som mindre kritiske ettersom dette er ein del av å vere menneskje, og då behandle seg sjølv med empati og venlegheit. Desse samanhengane er framleis på teoristadiet, og ein treng forskning for å støtte samanhengane (Barnard & Curry, 2011). Med tanke på sjølvmedkjensleintervensjonar er forskning på desse teoretiske samanhengane naudsynt. Det reiser spørsmål om det kan vere mogeleg å auke sjølvmedkjensle ved å berre styrke ein av

komponentane, eller om ein må styrke alle komponentane for å auke sjølvmedkjensle. For å svare på desse spørsmåla treng ein meir forskning, både i form av faktoranalytiske studiar og intervensjonsstudiar (Barnard & Curry, 2011).

Operasjonalisering av sjølvmedkjensle: Self Compassion Scale (SCS).

For å forske på sjølvmedkjensle har Neff (2003a) utvikla ein skala for å måle dette omgrepet, kalla Self Compassion Scale (SCS). I forskinga på sjølvmedkjensle er det hovudsakleg denne skalaen som vert nytta (Barnard & Curry, 2011), og det er difor nyttig å sjå nærare på det teoretiske og forskingsgrunnlaget for skalaen. Skalaen til Neff vart utforma på eit teoretisk grunnlag (Neff, 2003a), og omfattar difor spørsmål som ein tenkjer måler kvar av dei tre ulike komponentane eller dimensjonane av sjølvmedkjensle: venlegheit versus sjølvdomming, fellesmenneskjelegheit versus isolasjon og mindfulness versus overidentifisering. Ved hjelp av faktoranalyse fann Neff at dei positive og negative formulerte delane som var tenkt å måle dei tre hovudkomponentane betre passa ein seksfaktor hierarkisk modell, med sjølvmedkjensle som ein overordna høgare faktor. Det vil seie at kvar komponent omfatta to ulike faktorar, som til dømes venlegheit og sjølvdomming. Desse faktorane var separate, men korrelerte. Undersøkinga viste også at skalaen hadde god validitet og test-retest reliabilitet (Neff, 2003a). Det må nemnast at ikkje alle har greidd å replikere denne seksfaktormodellen (Lopez et al., 2015; Williams, Dalglish, Karl, & Kuyken, 2014). Lopez et al. (2015) gjorde ei undersøking på 1643 vaksne deltakarar, og fann at delane i SCS passar betre til ei tofaktor løysing, kor positive og negative delar forma separate faktorar. Forskarane støtta difor ikkje bruk av den totale skåren på SCS som eit mål på sjølvmedkjensle (Lopez et al., 2015). Likevel vert den totale SCS-skåren ofte nytta i forskning. Neff (2016) argumenterer for at sjølvmedkjensle teoretisk sett bør omfatte både dei positive og negative komponentane.

Ettersom SCS er den klart mest nytta skalaen innanfor forskning på sjølvmedkjensle (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012), er kvaliteten på forskinga avhengig av

kvaliteten til skalaen. MacBeth og Gumley (2012) påpeikar at mange studiar berre rapporterer totalskåren på sjølvmedkjensle og ikkje skåren på dei ulike underskalaene. Dette gjer det vanskeleg å forske på kva delar av sjølvmedkjensle som er viktige, og om nokre av delane er viktigare enn andre for psykisk helse (MacBeth & Gumley, 2012). Skalaen er også i hovudsak utvikla og testa ut på studentar, og dette set spørsmålsteikn ved evna til generalisering (Lopez et al., 2015). Det er med andre ord framleis naudsynt med psykometrisk forskning på SCS i fleire ulike populasjonar (Barnard & Curry, 2011; Lopez et al., 2015). SCS er likevel eit anerkjent mål på sjølvmedkjensle blant forskarar, og den omfattande bruken gjer det lettare å samanlikne resultat frå ulike studiar (Barnard & Curry, 2011).

Mindful Self-Compassion (MSC).

Neff og Germer (2013) har som nemnt utvikla eit program for å auke sjølvmedkjensle, som både kan nyttast på kliniske og ikkje-kliniske populasjonar. Mindfulnessbaserte intervensjonar, som Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) og Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), har vist seg å kunne auke sjølvmedkjensle (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Aukinga i sjølvmedkjensle er også føreslege som ein av hovudmekanismane i mindfulnessbaserte intervensjonar, og då viktig for betringa ein ser i subjektivt velvære ved slike intervensjonar (Baer, 2010; Hölzel et al., 2011). Desse programma nyttar likevel lite tid på eksplisitt å lære sjølvmedkjensleevner og fokuserer primært på teknikkar for å auke mindfulness generelt (Neff & Germer, 2013).

MSC er eit program som går over åtte veker med møte på to til to og ein halv time kvar veke, og der kvart møte har eit eige tema. Deltakarane lærer om sjølvmedkjensle og kvifor det er viktig, gjennomfører øvingar og diskusjonar i grupper, og har i tillegg heimearbeid mellom timane. Øvingane består av mellom anna mindfulness og Loving Kindness Meditation (LKM). LKM er ein buddhistisk meditasjonspraksis kor intensjonen er å kultivere ein indre aksepterande og varm haldning mot alle levande vesen og objekt, og inkluderer då medkjensle mot seg sjølv

(Galante, Galante, Bekkers, & Gallacher, 2014; Neff & Germer, 2013). LKM har ofte ein viss sekvens, der ein rettar kjærleik og forståing mot seg sjølv, for så å rette det mot levande vesen og objekt i omgivnadane (Galante et al., 2014). I tillegg gjennomfører deltakarane i MSC ei rekkje skrive- og førestillingsøvingar. Dette syner at MSC er eit program samansett av mange ulike intervensjonar, kor målet er å lære å nytte dei tre komponentane av sjølvmedkjensle.

Vår systematiske litteraturgjennomgang

Som tidlegare nemnt syner litteraturen at studentar har ein stor og aukande førekomst av psykiske plager (Nedregård & Olsen, 2014), og då eit omfattande behov for verksame og kostnadseffektive intervensjonar. Teoretisk kan ein tenkje seg at sjølvmedkjensleintervensjonar kan hjelpe studentar å takle påkjenningane dei står overfor, og då spesielt opplevingar av å ikkje strekkje til og korleis ein møter sjølvkritikk. Med utgangspunkt i Neff eller Gilbert sine tilnærmingar, er det utvikla ulike typar intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle. Målet er at desse intervensjonane skal redusere psykiske plager og auke det subjektive velvære.

Føremålet med denne hovudoppgåva var å gjere ein systematisk litteraturgjennomgang av studiar som undersøker effekten av sjølvmedkjensleintervensjonar for studentar. Me definerte *intervensjonar* breitt, til å både omfatte kort eksperimentell skaping av sjølvmedkjensle, og lengre sjølvmedkjensleprogram. Vår hovudproblemstilling var: Kan sjølvmedkjensleintervensjonar betre studentar si psykiske helse? Som ei forlenging av dette ynskte me også å undersøkje kva områder eller utfallsmål av psykisk helse og subjektive velvære intervensjonane hadde effekt på. Basert på teoriane til Neff (2003b) og Gilbert og Irons (2005), samt samanfatninga av forskinga på sjølvmedkjensle (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012), hadde me som hypotese at intervensjonane var spesielt effektive i å redusere sjølvkritikk, skam og depressive symptom, i tillegg til å auke subjektivt velvære. Ei siste målsetjing var å undersøkje om lengda på intervensjonane hadde noko å seie for dei rapporterte effektane. Dette kan ha implikasjonar for kor ressurskrevjande det vil vere å implementere slike intervensjonar i studentpopulasjonar. Me antok

at lengre intervensjonar ville ha betre effekt enn korte, som følgje av at ei forventning om at det ville ta tid å integrere ei sjølvmedfølande haldning. Tidlegare funn tyder på at sjølvmedfølande dugleikar er noko som ein lærer gradvis, og at intervensjonar med fleire møte har betre effekt (Neff & Germer, 2013).

Metode

For å svare på problemstillinga gjennomførte me ein systematisk litteraturgjennomgang. Studiane i denne gjennomgangen har undersøkt ei rekkje ulike utfallsmål, med varierende type design og metodisk kvalitet. Det var difor ikkje føremålstenleg å gjere ein metaanalyse (Cochrane Library, 2017). Ein systematisk litteraturgjennomgang skil seg frå ein metaanalyse ved at ein ikkje i same grad forsøker å kvantifisere kvaliteten i dei ulike studiane. Ein gjer heller ikkje forsøk på å finne felles estimat som ein kan samanlikne på tvers av studiar, som til dømes effektstørrelse (Uman, 2011). Eit anna val me gjorde var å inkludere alle relevante studiar, uavhengig av kvalitet. Metaanalysar og litteraturgjennomgangar vel ofte å nytte kvalitet på studiar som kriterium for kva studiar som vert inkludert. Eitersom dette forskingsfeltet er relativt nytt, ynskte me å ta føre oss alle undersøkingar som kunne vere relevante. Kvaliteten på dei einskilde studiane vart då ikkje ein del av kriteria, men gjorde at me tok atterhald om dei konklusjonane me trekte. Konklusjonar frå studiar utan RCT-design og med små utval vart sjekka opp mot studiar med betre kvalitet. Ein konsekvens av å ikkje ha metodisk kvalitet som kriterium var at me inkluderte doktorgrader som ikkje var publiserte i fagfelleverderte tidsskrift (Gonen, 2015; Williamson, 2014; Zelikman, 2015). Det er ofte ei utfordring at studiar som finn resultat som står i motsetnad til føreliggande teori og klinisk røynsle ikkje vert publisert (*publication bias*). Å inkludere til no ikkje-publiserte doktorgradar kan ikkje vege opp for dette, men det er likevel eit steg i rett retning.

Litteratursøket vart gjennomført den 2.1.2017, i databasane PsycINFO, Web Of Science, PubMed (Medline), Cochrane Library, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* og *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. Søkestrategien vart utforma på grunnlag av fleire pilotsøk, kor ulike

ordkombinasjonar vart testa ut. Den endelege søkestrategien omfatta tre ledd: sjølvmedkjensle (intervensjon), studentar (utval) og ulike utfallsmål knytt til psykisk helse og subjektivt velvære (sjå tabell 1).

Tabell 1.

Søkestrategi nytta ved ulike databasar. ELLER (OR) vart nytta mellom orda i kolonnane, medan OG (AND) vart nytta mellom dei ulike kolonnane.

Intervensjon: sjølvmedkjensle	Utval: studentar	Utfallsmål: psykisk helse og subjektivt velvære
Self compas*	Student*	Mental health
Self kindness	Undergrad*	Psychological function*
	Graduate	Psychopatholog*
		Depres*
		Anxiety
		Self-criticism
		Coping
		Stress
		Well-being

Notat. * = Trunkering av søkeord.

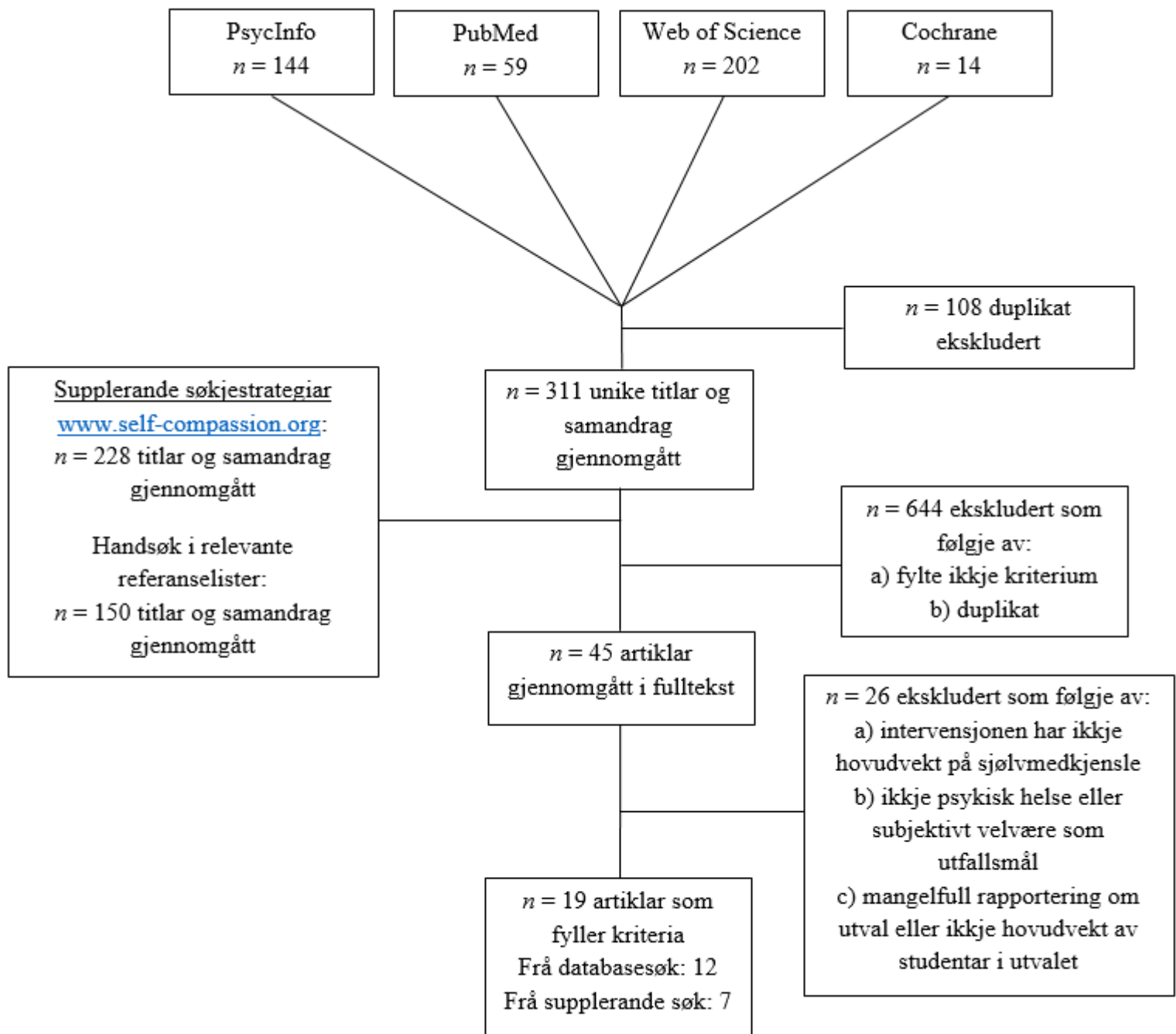
Artiklane vart gått gjennom og vurdert opp mot våre kriterium. Det første kriteriet var at studien måtte inkludere ein intervensjon eller manipulasjon av sjølvmedkjensle og måle psykisk helse eller subjektivt velvære. Intervensjonen eller manipulasjonen måtte ha som hovudmål å auke sjølvmedkjensle. Loving Kindness Meditation (LKM) var ein av intervensjonane som vart vurdert.

Som nemnt er dette ein buddhistisk meditasjonsform som tek sikte på å auke medkjensle for seg sjølv, men også medkjensle for andre menneskjer, dyr og objekt (Galante et al., 2014). Me valde å utelate LKM frå denne systematiske gjennomgangen ettersom det er ein spesifikk meditasjonspraksis, kor berre deler av praksisen går ut på å gje medkjensle til seg sjølv. Det er også nyleg gjort fleire systematiske gjennomgangar og metaanalysar på LKM (Galante et al., 2014; Hofmann, Grossman, & Hinton, 2011; Shonin, Van Gordon, Compare, Zangeneh, & Griffiths, 2015). Fleire andre program har også sjølvmedkjensle som ein komponent av sine intervensjonar, som Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) og Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Desse programma omfattar likevel også ei rekkje andre intervensjonar. Studiane som vart inkludert i denne hovudoppgåva var basert på teoriane og intervensjonane til Neff og Gilbert (Gilbert & Irons, 2005; Neff & Germer, 2013). Eit anna kriterium var at hovudvekta av utvalet i studien måtte vere studentar på lågare- eller mastergradsnivå. Studien måtte til sist vere publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk.

Databasesøket gav 419 artiklar, der 311 artiklar var unike (sjå figur 1). Tittel og samandrag vart gått gjennom i dei 311 artiklane. Begge forfatarane gjekk gjennom artiklane, og valde ut artiklar som fylte kriteria for nærare gjennomlesing. Samsvar mellom forfatarane i kva artiklar som vart inkludert var på 95,8 % (*interrater reliabilitet*). Dei få artiklane det var usemje om vart diskutert, før det vart fatta ei felles avgjerd om dei fylte våre kriterium. Tohundreogsekstiseks artiklar vart ekskludert ettersom dei ikkje tilfredsstilte kriteria. Førtifem artiklar vart så nøye lest gjennom. Trettitre av desse vart ekskludert som følgje av at intervensjonen ikkje hadde hovudvekt på sjølvmedkjensle eller at den ikkje hadde målt psykisk helse eller subjektivt velvære. Nokon av desse studiane vart også ekskludert på grunn av mangelfull informasjon om utvalet. I tillegg til dette gjekk me gjennom artiklane på nettsida www.selfcompassion.org/the-research/, som samlar publiserte studiar på sjølvmedkjensle. Me gjennomførte også eit handsøk i referansar til studiar

som fylte inklusjonskriteria, samt relevante metaanalysar og systematiske gjennomgangar.

Gjennomgangen av selfcompassion.org og relevante artiklar gav ytterlegare sju studiar som fylte våre kriterium.



Figur 1. Framgangsmåte for litteratursøk og utveljing av artiklar.

Resultat

Totalt var det 19 studiar som tilfredsstilte våre kriterium. Studiane strekkjer seg over eit tidsrom på 10 år, frå 2007 til 2017, kor hovudvekta av studiane var publisert frå og med 2012 (17 studiar). Av dei 19 studiane var det sju studiar som hadde eit eksperimentelt design, ni studiar som hadde eit randomisert kontrollert design (RCT) og tre studiar med pre- og posttest design utan kontrollgruppe. Alle studiane var kvantitative, men ein studie hadde både ein kvalitativ og ein kvantitativ evaluering (Arimitsu, 2016). Tre av studiane var doktorgradsavhandlingar, utan publiserte artiklar knytt til dei (Gonen, 2015; Williamson, 2014; Zelikman, 2015).

Utvalet i studiane varierte frå seks til 218 deltakarar, kor dei fleste av studiane (16 studiar) hadde eit utval på over 27 deltakarar. Totalt var det 1729 deltakarar i studiane, og studiane hadde då eit gjennomsnittleg utval på 91 deltakarar. Seksten av 19 studiar hadde eit utval som berre var samansett av studentar, medan dei resterande tre studiane hadde ein hovuddel (> 60 %) av studentar i sine utval. 71 % av deltakarane var kvinner, og den gjennomsnittlege alderen på utvala var 20,75 år (basert på 16 studiar og 1592 deltakarar, ettersom tre studiar ikkje rapporterte gjennomsnittleg alder). Hovudsakleg var studiane gjort på ikkje-kliniske utval (13 studiar), men fire studiar hadde eit subklinisk eller sårbart utval og to studiar hadde eit klinisk utval (sosial angst: Boersma, Håkanson, Salomonsson, & Johansson, 2015; og depresjon: Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009). Dei subkliniske eller sårbare utvala omfatta studentar som tidlegare hadde vore deprimerte (Baum & Rude, 2013), sjølvkritiske studentar (Falconer et al., 2014), studentar med mykje skamkjensle (Johnson & O'Brien, 2013) og studentar som opplevde emosjonelle vanskar utan at desse var nærare spesifisert (Laidlaw et al., 2014). Seksten studiar var gjennomført i vestlege land (seks i USA, tre i Canada, to i Australia og ein studie i: Sverige, England, Skottland, Tyskland og Nederland), medan tre studiar var gjennomført i austlege land (to i Japan og ein i Kina).

Intervensjonane i studiane hadde ei lengd på alt frå åtte minuttar til åtte veker. Sju av studiane undersøkte effekten til ein einskild intervensjon utført i eit møte, medan seks studiar undersøkte effekten av ein einskild intervensjon utført fleire gonger over eit tidsrom frå tre dagar til fire veker. Dei resterande seks studiane undersøkte eit samansett program med fleire ulike komponentar og intervensjonar over eit tidsrom på to til åtte veker. Ettersom studiane varierte både i type intervensjon, lengd og målsetjing, valde me å dele resultata i følgjande kategoriar: skriveintervensjonar, andre kortvarige intervensjonar og samansette program.

Skriveintervensjonar vart vidare delt inn i einskilde og repeterte skriveintervensjonar. Hensikta med inndelinga var at det vart lettare å samanlikne resultata for liknande intervensjonar.

Skriveintervensjonar

Skriveintervensjonane omfattar både studiar som har undersøkt effekten av ein einskild skriveintervensjon og effekten av gjentekne skriveintervensjonar administrert over ei viss tid. Dei einskilde intervensjonane varte frå åtte til 30 minutt. Alle nytta eit eksperimentelt design. Studiane hadde som mål å undersøkje om ein kunne indusere eit sjølvmedfølande perspektiv og kva effekt dette hadde på positiv og negativ affekt her og no. Dei gjentekne skriveintervensjonane hadde derimot som hovudmål å undersøkje kva effekt skriveintervensjonar hadde på den psykiske helsa til studentar. Desse nytta randomiserte kontrollerte design (RCT). I det følgjande skildrar me først einskilde intervensjonar, og deretter gjentekne. Studiane vert skildra i kronologisk rekkjefølgje, og effektstørrelse vert rapportert der dette var målt. Sjå tabell 2 for samandrag av skriveintervensjonane.

Tabell 2

Samanfatning av studiane som undersøkte skriveintervensjonar

Forfattar(ar)	<i>n</i>	Alder (kvinner)	Design og grupper	Lengd på intervensjonen	Resultat
Arimitsu & Hofmann, 2017	207	19,1 (34 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-skriving 2. Kognitiv revurdering 3. Re- attribusjon 4. Sjølv- vernande skrivning 5. Passiv kontroll	1 møte (30 minutt)	SC-skriving og kognitiv revurdering viste større reduksjon i negativ affekt enn dei andre gruppene. SC-skriving hadde større effekt enn kognitiv revurdering.
Baum & Rude, 2012	218	21 (73,5 %)	<u>RCT</u> 1. SC-skriving 2. EW 3. Nøytral skrivning	3 møte (à 20 minutt over 3 dagar)	Ingen skilnad mellom SC-skriving og EW på depressive symptom. SC-skriving viste berre effekt for individ med milde symptom, medan EW berre hadde effekt for dei med få eller ingen symptom, og negativ effekt for moderate symptom.
Gonen, 2015	96	19,3 (70,8 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-skriving 2. Nøytral skrivning	1 møte	Ingen skilnad i negativ og positiv affekt, eller tolking av sosial evaluering mellom gruppene. Reduksjon i SC og sjølvtilitt for begge gruppene.
Johnson & O'Brien, 2013	90	19,1 (83,3 %)	<u>RCT</u> 1. SC-skriving 2. EW 3. Passiv kontroll	3 heime- øvingar (over 1 veke). Nettbasert.	Større reduksjon i skam og negativ affekt for intervensjonsgruppa, med auka effekt for kvar øving. Intervensjonsgruppa viste også reduksjon i skam og depressive symptom, samt auka SC ved oppfølging. Ingen effekt på grubling.
Leary et al., 2007, studie fem	115	17-22 (54 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-skriving 2. Sjølvtilitt skrivning 3. EW 4. Passiv kontroll	1 møte	Mindre negativ affekt for intervensjonsgruppa samanlikna med dei tre andre gruppene. Intervensjonsgruppa tok også meir personleg ansvar for ei negativ hending.

Mosewich et al., 2013	51	20,3 (100 %)	<u>RCT</u> 1. SC-skriving 2. Nøytral skriving	1 møte (psyko- edukasjon) + 5 heimeøvingar	Intervensjonsgruppa viste større reduksjon i sjølvkritikk mellom pre- og posttest, samt større reduksjon i sjølvkritikk og grubling mellom posttest og oppfølging. Viste også auke i SC.
Odou & Brinker, 2014	146	20,9 (71 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-skriving 2. EW	1 møte (8-10 minutt)	Intervensjonsgruppa viste større reduksjon i negativ affekt enn EW.
Odou & Brinker, 2015	152	21,3 (70 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-skriving 2. Distraksjon	1 møte (8 minutt)	Begge gruppene viste redusert negativ affekt. SC-skriving viste auka positiv affekt, medan distraksjonsgruppa viste redusert positiv affekt.
Williamson, 2014	188	22,3 (78 %)	<u>RCT</u> 1. SC-skriving 2. Nøytral skriving 3. Passiv kontroll	Minimum 2 heimeøvingar i veka over 4 veker. Nettbasert.	Ingen effekt på stress, angst, depresjon eller SC.
Wong & Mak, 2016	65	20,5 (54 %)	<u>RCT</u> 1. SC-skriving 2. Nøytral skriving	3 øvingar (à 20 minutt over 3 dagar). Nettbasert.	Intervensjonsgruppa viste meir negativ affekt rett etter skriving, men betre fysisk helse ved oppfølging samanlikna med kontrollgruppa. Ingen skilnadar mellom gruppene i depressive symptom, SC og emosjonsregulering.

Notat. SC = sjølvmedkjensle (self-compassion), RCT = randomisert kontrollert studie, EW = emosjonelt ekspressiv skriving (emotional writing).

Einskilde skriveintervensjonar.

Leary, Tate, Adams, Allen og Hancock (2007) var dei første av i alt fem studiar som undersøkte effekten av korte skriveundersøkingar på studentar. Denne forskargruppa undersøkte om ein eksperimentelt kunne indusere ein tilstand av sjølvmedkjensle, og samanlikna denne med ein tilstand av sjølvtilitt (*self-esteem*). Deltakarane vart delt i fire ulike vilkår, som i tillegg til sjølvmedkjensle og sjølvtilitt, var emosjonelt ekspressiv skriving og ei passiv kontrollgruppe. Dei skulle skrive om ei negativ hending enten med fokus på aksept og forståing (sjølvmedkjensleskriving), kva ein hadde fått ut av situasjonen (sjølvtilitt) eller på kjensler

(emosjonelt ekspressiv skriving). Hypotesen var at å skrive sjølvmedfølande ville redusere negativ affekt. Resultata synte at intervensjonen auka sjølvmedkjensle, og spesielt for dei med låg sjølvmedkjensle. Deltakarar i sjølvmedkjenslevilkåret rapporterte lågare negativ affekt enn dei andre vilkåra etter skrivinga. Dei vurderte også at det var større sannsyn for at hendinga var forårsaka av deira personlegdom samanlikna med dei andre vilkåra. Dette vart tolka som at deltakarane tok si del av ansvaret for den negative hendinga. Denne studien tyder på at ei kort skriveøving kan indusere ein tilstand av sjølvmedkjensle og denne tilstanden reduserte negativ affekt etter ei negativ hending.

Sju år etter vart det gjort ei liknande undersøking. Denne gongen handla undersøkinga om kva type skriving som best kunne redusere negativ affekt. Odou og Brinker (2014) hadde ein hypotese om at det å skrive på ein sjølvmedfølande måte ville føre til større betring i affekt enn å skrive på ein emosjonelt ekspressiv måte. Dei ynskte også å sjå på kva rolle grubling spelar i relasjonen mellom sjølvmedkjensle og negativ affekt. Hypotesen deira var at større grad av grubling før intervensjonen ville predikere høgare grad av negativ affekt etter skriveøvinga. Deltakarane lytta først til eit opptak for å indusere ein negativ emosjonell tilstand, for så å verte delt i skriveintervensjonane. Her skulle dei først skrive om ei negativ hending (tre til fire minutt), for så å skrive sjølvmedfølande eller emosjonelt om den (åtte til ti minutt). Å skrive på ein sjølvmedfølande måte førte til større betring i emosjonell tilstand enn ved emosjonell skriving. Dei fann også at meir negativ affekt og meir grubling før skriving predikerte ein meir negativ emosjonell tilstand etter skriving. Høg sjølvmedkjensle før intervensjon predikerte derimot betring i negativ affekt for begge gruppene. Samanfatta viste funna at ein kort sjølvmedfølande skriveøving kunne redusere negativ affekt på kort sikt, og då meir enn emosjonell skriving.

Odou og Brinker (2015) gjennomførte ein liknande studie kor dei samanlikna sjølvmedkjensleskriving og distraksjon sin påverknad på affekt. Først skapte dei ein negativ emosjonell tilstand i studentane, for så å fordele dei til sjølvmedkjensleskriving og distraksjon. Ein

kontrollerte også for om tid åleine kunne betre negativ affekt. Resultata synte at begge intervensjonane betra negativ affekt, men berre sjølvmedkjensleskriving auka positiv affekt. Dei replikerte også sine tidlegare funn (sjå Odou & Brinker, 2014), og fann at meir grubling i forkant av intervensjonen predikerte negativ affekt og meir tristheit etter fullført intervensjon. Dette vart nyansert med funn som synte at dei som grubla mykje viste større betring i affekt enn dei som grubla mindre. Dei synte også at høgare nivå av sjølvmedkjensle før intervensjonen predikerte meir positiv affekt og lukke etter intervensjonen for begge gruppene. Samanfatta tyder denne undersøkinga på at både sjølvmedkjensleskriving og distraksjon kan redusere negativ affekt etter ei negativ oppleving, men at sjølvmedkjensleintervensjonen er å føretrekkje ettersom den også aukar positiv affekt.

Gonen (2015) ynskte i sitt doktorgradsarbeid også å undersøkje om å indusere ein tilstand av sjølvmedkjensle ville føre til at studentane opplevde mindre negativ affekt. I tillegg ynskte ho å undersøkje om å auke sjølvmedkjensle kunne føre til at deltakarane var meir uthaldande med vanskelege oppgåver. Deltakarane vart delt i to ulike vilkår, ein kort sjølvmedfølande skriveintervensjon og ei nøytral skriveøving. Deretter skulle dei skildre eit tidlegare nederlag ut frå eit medfølande eller nøytralt perspektiv. Vidare skulle deltakarane lage ein videoprofil til eit fiktivt sosialt medium, og vart fortalt at nokon skulle evaluere profilen etterpå. Alle deltakarane fekk same nøytrale tilbakemelding på videoprofilen, noko ein tenkte kunne opplevast som ei negativ sosial evaluering. Til slutt skulle dei løyse ei rekkje veldig utfordrande anagram. Det vart gjennomført målingar av positiv og negativ affekt før, under, og etter intervensjonane. Resultata synte at det ikkje var nokon skilnad i positiv eller negativ affekt mellom gruppene over tid. Det vart funne ein moderat til stor effektstørrelse i auking av negativ affekt frå før intervensjon til etter. Det var ingen signifikant skilnad i negativ affekt mellom gruppene etter den sosiale evalueringa. Det var heller ingen skilnad i kor lang tid deltakarane nytta på anagramoppgåva før dei gav opp, men sjølvmedkjenslegruppa gjorde fleire forsøk undervegs (liten til moderat

effektstørrelse). Det vart funne ein reduksjon i sjølvtilitt for begge gruppene (stor effektstørrelse). Desse resultata kan tyde på at ein kortfatta sjølvmedkjensleintervensjon ikkje alltid er tilstrekkeleg for å skape positive endringar i affekt, sjølvmedkjensle eller uthald på vanskelege oppgåver.

I ei nyleg undersøking ynskte Arimitsu og Hofmann (2017) å samanlikne effekten av sjølvmedkjensle med kognitive teknikkar, som revurdering, reattribusjon og sjølvvernande tankemønster (*self-deflection*). Som i dei tidlegare undersøkingane, såg ein også denne gongen på negativ affekt som utfallsmål. Deltakarane skulle hugse på og skildre ei hending der dei hadde vore sjølvkritiske, og deretter skrive om denne hendinga ut frå instruksjonane i dei ulike vilkåra. Den sjølvmedfølande gruppa fekk instruksjonar om å vere aksepterande og medfølande overfor seg sjølv. Utfallsmåla vart målt både før og etter intervensjonen. Funna frå undersøkinga viste at sjølvmedkjensle og kognitiv revurdering førte til ei større reduksjon i negativ affekt (stor effektstørrelse), samanlikna med reattribusjon og sjølvvernande tankemønster (moderat effektstørrelse). Sjølvmedkjensle gav størst effekt på negativ affekt, samanlikna med alle dei andre gruppene. Desse funna er i samsvar med dei andre undersøkingane, som synte at sjølv korte og einskilde øvingar i sjølvmedkjensle kan medverke til å redusere negativ affekt. Ein følgde ikkje opp deltakarane over tid, og det er difor uklart om endringane vara ved.

Samanfatta var eit gjennomgåande funn at korte einskilde skriveintervensjonar kunne redusere negativ affekt (sjå tabell 3 for ei samanfatning av utfallsmåla). Fire av fem studiar fann at kortvarige skriveøvingar med fokus på sjølvmedkjensle medverka til reduksjon av negativ affekt. Den siste studien, ein ikkje publisert doktorgrad (Gonen, 2015), fann at sjølvmedkjensle ikkje hadde nokon effekt på negativ affekt. Denne studien skilte seg også frå dei andre studiane ved at den hadde ein sterk manipulasjon av negativ emosjonell tilstand, som omfatta både sosial evaluering og vanskelege anagram. Denne manipulasjonen kan forklare dei manglande effektane. Ingen av dei einskilde skriveintervensjonane undersøkte om effekten av intervensjonen varte over tid.

Tabell 3

Utfallsmål frå studiar som undersøkte einiskilde skriveintervensjonar

Førsteforfattar	Sjølvmедkjensle	PANAS		Affekt målt med andre instrument	Sjølvtillit
		Positiv affekt (PA)	Negativ affekt (NA)		
Leary, 2007	+		+		
Odou, 2014			+	–	
Odou, 2015		+	+*	–	
Gonen, 2015	–*	–	–*		–*
Arimitsu, 2017				+	

Notat. PANAS = Positive and Negative Affect Schedule, + = betring av utfallsmål, med større betring enn aktiv kontroll, +* = betring av utfallsmål, men ikkje betre enn aktiv kontroll, – = ingen effekt på utfallsmål, –* = negativ effekt på utfallsmål (forverring).

Gjentekne skriveintervensjonar.

I det følgjande går me gjennom undersøkingar som har forsøkt å auke sjølvmедkjensle via gjentekne skriveøvingar (sjå tabell 2 for samanfatning av studiane). Dette omfattar fem undersøkingar, publisert mellom 2013 og 2017. Den første var Baum og Rude (2013), som studerte effekten av emosjonelt ekspressiv skrivning med fokus på emosjonsaksept (*Expressive Writing Emotion Enhanced*, EWEA) for depressive symptom. EWEA har sitt teoretiske utgangspunkt i sjølvmедkjensle og mindfulness, og er å rekna som ein skriveintervensjon med det formål å auke sjølvmедkjensle. Deltakarane vart valt ut på bakgrunn av at dei tidlegare hadde opplevd depressive periodar, utan at dette var eit problem på dåverande tidspunkt. Deretter vart dei delt i ulike vilkår: skriveøving for å indusere sjølvmедkjensle (EWEA), emosjonelt ekspressiv skrivning (EW) og nøytral skrivning. EWEA skil seg frå emosjonelt ekspressiv skrivning (EW), ved at ein har fokus på å forstå egne røynsler i lys av aksept og medkjensle, og plassere røynsla inn i eit fellesmenneskeleg perspektiv. Emosjonelt ekspressiv skrivning rettar merksemd mot å utforske emosjonar knytt til situasjonen. Deltakarane skulle gjenta skriveøvingane tre påfølgjande dagar over internett. Målingar vart gjennomført i forkant og fem veker etter intervensjonen. Induseringa

av sjølvmedkjensle synte effekt på depressive symptom, men berre for dei med milde depressive symptom. Den emosjonelt ekspressive skrivinga hadde berre effekt for dei med få eller ingen symptom, og gav ei forverring for dei med moderate depressive symptom. Desse resultatata tyder på at ei kortvarig, men repetert, skriveøving i sjølvmedkjensle kan medverke til å lette milde depressive symptom og syner at betringa held seg fem veker etter intervensjonen. Interessant nok kunne emosjonelt ekspressiv skriving (EW) ha ein negativ effekt. Den sjølvmedfølande delen av skrivinga verkar difor å vere viktig.

Også Johnson og O'Brien (2013) undersøkte om sjølvmedkjensle kunne redusere depressive symptom. I tillegg målte dei negativ affekt, skam og grubling. Som dei andre undersøkingane vart denne studien utført blant studentar, men deltakarane vart valt ut på bakgrunn av at dei skåra på eller høgare enn medianen på skamkjensle. Deltakarane vart først oppmoda om å skildre ein skamfull episode, før dei vart fordelt i tre ulike vilkår: sjølvmedfølande skriving, emosjonelt ekspressiv skriving eller ei passiv kontrollgruppe. Skriveøvinga vart gjennomført på internett, ved tre høve over ei veke. Det vart henta inn mål frå deltakarane før øvingane og etter kvar øving. I tillegg var det ei oppfølgingsundersøking etter to veker. Funna frå undersøkinga synte at sjølvmedfølande skriveøvingar gav større reduksjon i skam og negativ affekt rett etter intervensjonen, samanlikna med emosjonelt ekspressive skriveøvingar og kontrollgruppa. Det var indikasjonar på at effekten av sjølvmedfølande skriving vart større i takt med mengd av øvingar. Ein fann ingen effekt av nokon av intervensjonane på grubling. Ved oppfølging etter to veker var det berre sjølvmedfølande skriveøvingar som viste effekt på skam, sjølvmedkjensle og depressive symptom. Desse resultatata tyder på at både sjølvmedfølande og emosjonelt ekspressiv skriving kan gje snarleg effekt på skam og negativ affekt. Over tid var det likevel sjølvmedfølande skriving som gav størst reduksjon i skam og depressive symptom, samt auka sjølvmedkjensle.

Same året undersøkte Mosewich, Crocker, Kowalski og DeLongis (2013) om skriveøvingar for å auke sjølvmedkjensle hadde effekt på sjølvkritikk og bekymring for ei gruppe

kvinnelege studentar som var aktive idrettsutøvarar. Intervensjonen omfatta i tillegg ein time med psykoedukasjon. Deltakarane vart valt ut på bakgrunn av at dei rapporterte å vere sjølvkritiske. Gruppa som fekk instruksjon i sjølvmedkjensleskriving vart samanlikna med ei aktiv kontrollgruppe (nøytral skriving), før og etter intervensjonen, samt ved oppfølging ein månad etter. Strukturen var lik mellom gruppene, kor dei gjennomførte ei gruppeøving med psykoedukasjon og fem skriveøvingar over sju dagar heime. Sjølvmedkjenslegruppa rapporterte lågare nivå av sjølvkritikk, grubling, og bekymring over feil, samt høgare nivå av sjølvmedkjensle enn kontrollgruppa etter intervensjonen og ved oppfølging. Alle utfalla viste stor effektstørrelse, med unntak av bekymring over feil som viste moderat effektstørrelse. Desse funna synte at å auke sjølvmedkjensle gjennom skriveøvingar og psykoedukasjon kan redusere sjølvkritikk og grubling, samt føre til betre handtering av bekymringar over feil.

I kontrast til dei føregåande studiane der intervensjonen vart administrert andlet til andlet, undersøkte Williamson (2014) i sitt doktorgradsarbeid effekten av sjølvmedkjensleskriving administrert over internett. Ei anna gruppe fekk instruksjonar i å skildre det som skjedde (narrativ skriving), også dette over internett. Den tredje gruppa var ei passiv kontrollgruppe, som ikkje fekk nokon intervensjon. Utfallsmåla var stress, sjølvmedkjensle og symptom på angst og depresjon. I sjølvmedkjenslegruppa skreiv ein om ei vanskeleg hending på ein sjølvmedfølande måte, minst to gonger i veka over fire veker. Studien fann at sjølvmedkjensleskriving og narrativ skriving ikkje hadde effekt på sjølvmedkjensle, stress, angst eller depressive symptom. Det var ingen skilnadar mellom gruppene frå før til etter intervensjonen. Studien fann heller ingen signifikant korrelasjon mellom trekket sjølvmedkjensle og stress, angst og depressive symptom. Samanfatta synte denne undersøkinga at sjølvmedkjensleskriving administrert via internett ikkje hadde den same effekten på depressive symptom hjå studentar som tidlegare studiar har vist. Intervensjonane reduserte heller ikkje angst eller stress. Williamson føreslo, basert på journalane til deltakarane, at det kan

vere betre å administrere sjølvmedkjensleintervensjonar på ein interaktiv måte for å sikre forståing av omgrepet og etterfølging av instruksjonane.

To år etter vart det gjort ei ny undersøking av nettbaserte skriveintervensjonar med hovudfokus på sjølvmedkjensle (Wong & Mak, 2016). I denne studien vart den første skriveøkta administrert på data i eit laboratorium. Dei to andre skriveøvingane vart administrert via ei nettside, og gjennomført heime. Heile intervensjonen vara i tre dagar. Hensikta var å undersøkje effekten av sjølvmedkjensleskriving på affekt, psykologisk og fysisk helse. Studien samanlikna sjølvmedkjensleskriving og nøytral skriving rett etter intervensjonen, samt ein og tre månadar etter. I sjølvmedkjensleintervensjonen skulle dei skrive om ei smertefull hending på ein sjølvmedfølande måte. Sjølvmedkjenslegruppa rapporterte høgare nivå av negativ effekt over dei tre dagane med skriving enn kontrollgruppa. Ved ein og tre månadar viste sjølvmedkjenslegruppa derimot ein reduksjon i fysiske symptom samanlikna med kontrollgruppa. Ein fann ingen skilnadar mellom gruppene i depressive symptom, sjølvmedkjensle eller evne til affektregulering. Dei depressive symptoma var låge ved oppstart, noko som kan tyde på ein golfeffekt. Desse funna tyder på at sjølvmedkjensleskriving kan føre til auka negativ affekt rett etter skrivinga, men at det kan ha positive effektar for den fysiske helsa på lengre sikt.

Samanfatta viste tre av fem undersøkingar at gjentekne sjølvmedfølande skriveøvingar kunne redusere psykiske plager blant studentar, som depressive symptom (sjå tabell 4 for samanfating av utfallsmåla for gjentekne skriveøvingar). Tre undersøkingar fann at dei positive effektane varte to til fem veker etter intervensjonane. Samstundes viste to av dei tre nettbaserte undersøkingane at slike intervensjonar ikkje er tilstrekkelege for å skape endringar i sjølvmedkjensle eller psykisk helse.

Tabell 4

Utfallsmål frå studiar som undersøkte gjentekne skriveintervensjonar

Første- forfattar	Sjølvm- kjensle	Positiv og negativ affekt	Depressive symptom	Stress/ angst	Skam- kjensle	Sjølvs- kritikk	Grubling	Bekymring	Fysiske symptom
Baum, 2012**			+*						
Johnson, 2013**		+	+*		+*				
Mosewich, 2013**	+*					+*	+*	+*	
Williamson, 2014**	-		-	-					
Wong, 2016**	-	-	-						+*

Notat. ** = randomisert kontrollert studie (RCT), + = positiv effekt på utfallsmål, +* = positiv effekt på utfallsmål som varte ved oppfølging, - = ingen effekt.

Andre korte intervensjonar

Det var tre studiar som nytta andre typar kortvarige og gjentekne intervensjonar. To av desse studiane nytta seg av eit eksperimentelt design (Falconer et al., 2014; Lincoln, Hohenhaus, & Hartmann, 2013), medan den siste nytta eit randomisert kontrollert design (Arch et al., 2014). Ingen av dei hadde oppfølgingsundersøkingar i etterkant. Desse studiane nytta førestillings- og lytteøvingar, i tillegg til ein studie som nytta Virtual Reality (VR) for å påverke og auke sjølvmekjensle hjå studentar. Sjå tabell 5 for samandrag av studiane.

Tabell 5

Samanfatning av studiar med andre korte sjølvmedkjensleintervensjonar

Forfattar(ar)	<i>n</i>	Alder (kvinner)	Design og grupper	Lengd på intervensjonen	Resultat
Arch et al., 2014	105	19,5 (100 %)	<u>RCT</u> 1. SC-lytteøving 2. Nøytral lytteøving 3. Passiv kontroll	2 møte (10 + 5 minutt) + 4 heime-oppgåver	Intervensjonsgruppa viste mindre auking og raskare reduksjon i angst, samt reduksjon i biopsykologiske responsar relatert til stress i møte med sosial evaluering. I tillegg auka SC i møte med evaluering.
Falconer et al., 2014	43	22 (100 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC frå førstepersons- perspektiv 2. SC frå tredjepersons- perspektiv	1 møte	Reduksjon i sjølvkritikk og auka ro for begge gruppene. SC frå førstepersonsperspektiv gav større oppleving av tryggleik, samt auka SC.
Lincoln et al., 2013	70	23,2 (69 %)	<u>Eksperiment</u> 1. SC-førestilling 2. Nøytral førestilling	1 møte (17 minutt)	Mindre paranoide tankar, lågare nivå av negative emosjonar og høgare nivå av sjølvtilitt etter ein negativ situasjon for intervensjonsgruppa. Reduksjon i negative emosjonar medierte effekten av SC på paranoide tankar.

Notat. RCT = randomisert kontrollert studie. SC = sjølvmedkjensle (self-compassion).

Lincoln et al. (2013) ynskte å teste effekten av ein kort sjølvmedfølande førestillingsintervensjon på paranoide oppfatningar. Dei hadde også ein hypotese om at intervensjonen ville verke gjennom å redusere negative emosjonar og auke sjølvtilitt. Studentar vart delt i to grupper med trening i sjølvmedkjenslefokusert- eller nøytral førestilling. Alle vart så eksponert for ein ubehageleg situasjon og etter dette instruert til å hente opp igjen førestillingsbilete dei hadde øvd på. Intervensjonsgruppa viste mindre paranoide oppfatningar,

lågare nivå av negative emosjonar og høgare sjølvtilitt etter den ubehagelege situasjonen.

Hypotesen om at intervensjonen verka gjennom å redusere negative emosjonar vart også støtta, medan auke i sjølvtilitt ikkje hadde ein slik medierende effekt. Ein fann også at personar med høg psykosesårbarheit var dei einaste som viste ein signifikant nedgang i paranoide oppfatningar. Samanfatta synte studien at ein kort sjølvmedkjenslebasert førestillingsøving kunne redusere paranoide oppfatningar hjå studentar, men at effekten berre kom til syne hjå personar med høg sårbarheit for psykose.

Arch et al. (2014) undersøkte effekten av ein kortvarig sjølvmedfølande lytteintervensjon på biologiske responsar og angstnivå etter ein stresstest. Dei nytta mellom anna biologiske stressmål som hjartratevariabilitet og spyttmål på kortisolnivå. Deltakarane gjennomførte først eit sjølvadministrert kurs i sjølvmedkjensle, før dei vart delt i tre ulike vilkår: lytteøving i sjølvmedkjensle, lytteøving med nøytralt innhald og ei passiv kontrollgruppe. Det vart innhenta mål før og etter intervensjonen. Intervensjonsgruppa viste reduksjon i biologiske målingar, som samsvarar med reduksjon av stressnivå. Ved stresstesten viste intervensjonsgruppa mindre auking og raskare reduksjon i angstnivå. Intervensjonsgruppa viste også større auking i sjølvmedkjensle, kor dei med lågast sjølvmedkjensle før intervensjonen viste størst auking. Dette gav indikasjonar på at sjølvmedkjensle kan medverke til å dempe stress og angstsymptom, og gjere ein meir motstandsdyktig i utfordrande situasjonar.

Falconer et al. (2014) nytta ein annan måte å auke sjølvmedkjensle på. Dei undersøkte om sjølvmedkjensle, uttrykt gjennom bruk av Virtual Reality (VR), kunne medverke til å redusere sjølvkritikk hjå kvinnelege studentar. Deltakarane gjekk først gjennom ei kartlegging av sjølvkritikk, der den tredelen som skåra høgast vart valt ut til å vere med vidare i undersøkinga. Deltakarane vart så fordelt til å oppleve eigne sjølvmedfølande utsegn frå eit første- eller eit tredjepersonsperspektiv, gjennom bruk av VR-briller. Først vart alle deltakarane sett inn i ein virtuell situasjon, kor dei skulle vere medfølande med og trøyste eit barn som gret. Deretter fekk

dei enten sjå seg sjølv trøyste barnet (tredjepersonsperspektiv) eller sjølv vere mottakar av trøystinga (førstepersonsperspektiv). Resultata synte ei reduksjon i sjølvkritikk, og auka oppleving av ro for begge gruppene. Det var berre førstepersonsperspektivgruppa som viste auka sjølvmedkjensle og oppleving av tryggleik. Desse funna tyder på at bruk av teknologiske hjelpemiddel for å indusere sjølvmedkjensle kan føre til positive endringar relevante for psykisk helse, som redusert sjølvkritikk og auka oppleving av ro og tryggleik.

Samanfatta tyder desse undersøkingane på at auditive og visuelle øvingar, samt VR-teknikkar, kan auke sjølvmedkjensle og ha andre positive effektar på studentar. Forskinga er rett nok på eit tidleg stadium, og sidan dette er basert på einskildstudiar må ein vere forsiktig med å trekkje sikre konklusjonar. Det er ikkje mogeleg å seie noko om desse effektane vil vare over tid, då studiane manglar oppfølgingsundersøkingar.

Samansette program

Intervensjonane som er skildra over har undersøkt om ein einskild intervensjon har effekt. Samansette sjølvmedkjensleprogram har derimot undersøkt kva effekt ei samansetning av fleire ulike intervensjonar har på psykisk helse og velvære (sjå tabell 6 for samandrag av studiane). Under kategorien samansette program har me inkludert kjende sjølvmedkjensleprogram som Mindful Self Compassion (MSC: Neff & Germer, 2013) og Compassion Focused Therapy (CFT: Gilbert & Irons, 2005), samt ulike tilpassingar av desse programma. Dei samansette programma omfattar ei rekkje ulike intervensjonar og komponentar, og har fleire og lengre møte enn einskilde og repeterte intervensjonar. Dei seks samansette programma varte mellom to til åtte veker. Sjølv om dette er meir omfattande enn studiane over, er det likevel korte intervensjonar samanlikna med mange former for psykologisk behandling. Fire av dei seks studiane som nytta samansette program har oppfølgingsundersøkingar. Desse er utført mellom to veker til seks månadar etter intervensjonen. Tre av seks studiar har eit randomisert kontrollert design (RCT), medan dei andre nyttar seg av pre-post design utan kontrollgruppe.

Tabell 6

Samanfatning av studiar som undersøkte effekten av samansette sjølvmedkjensleprogram

Forfattar(ar)	<i>n</i>	Alder (kvinner)	Design og grupper	Lengd på intervensjonen	Resultat
Arimitsu, 2016	28	21,6 (76,4 %)	<u>RCT</u> 1. SC-program 2. Passiv kontroll	7 møte (à 90 minutt over 7 veker)	Større betring i sjølvtilitt, depresjon, angst, negative automatiske tankar, negativ affekt, SC, skam og skuldkjensle i intervensjonsgruppa. Ingen effekt på positiv affekt. Endringane varte ved oppfølging.
Boersma et al., 2015	6	20-32 (83,3 %)	<u>Pre-post</u> 1. CFT	8 møte (à 1 time over 8 veker)	Signifikant betring i sosial angst for 3 av 6. Auking i SC for 5 av 6. Dei som i størst grad gjennomførte heimeoppgåver hadde best effekt.
Kelly et al., 2009	75	22 (77 %)	<u>RCT</u> 1. SC-program 2. Forsvar 3. Passiv kontroll	2 møte (à 60 minutt over 2 veker) + heimeoppgåver (à 5 minutt)	SC-program og forsvar gav reduksjon i skam og klagar på eigne hudproblem. Sjølvforsvar gav i tillegg reduksjon i depressive symptom.
Laidlaw et al., 2014	9	25,1 (66 %)	<u>Pre-post</u> 1. CFT	4 møte (à 2 timar over 2 månadar) + heimeoppgåver	Auking i sjølvmedkjensle og akademisk meistringstru, samt reduksjon i sjølvkritikk. Endringane var til stades etter intervensjon og ved oppfølging etter seks månadar.
Smeets et al., 2014	49	19,96 (100 %)	<u>RCT</u> 1. SC-program 2. Tids-handterings-program	3 møte (2 x 1,5 time + 45 minutt over 3 veker)	Auka mindfulness, optimisme og meistringstru, samt større reduksjon i grubling enn kontroll for intervensjonsgruppa. Begge gruppene viste auka livskvalitet. Ingen av gruppene hadde effekt på bekymring, positiv eller negativ affekt.
Zelikman, 2015	16	25-60 (81 %)	<u>Pre-post</u> 1. SC-program	8 møte (1,5 time over 8 veker)	Auka SC og redusert opplevd stress etter intervensjon og ved oppfølging. Deltakarar med låge nivå av sjølvmedkjensle hadde best effekt.

Notat. RCT = randomisert kontrollert studie, SC = sjølvmedkjensle (self-compassion), CFT = Compassion Focused Therapy.

Kelly et al. (2009) undersøkte om eit to veker langt sjølvmedkjensleprogram kunne redusere depressive symptom, sjølvkritikk og auke motstandsdugleik mot sjølvangrep. Det vart nytta eit randomisert kontrollert design (RCT), og utvalet var studentar som opplevde emosjonelt ubehag på grunn akne i andletet. Deltakarane vart tilfeldig delt i tre ulike vilkår: sjølvmedkjensle, forsvar og ei passiv kontrollgruppe. Sjølvmedkjenslegruppa hadde fokus på å sjå for seg eit medfølande førestillingsbilete i møte med sjølvkritikk, medan forsvarsgruppa skulle nytte eit førestillingsbilete der dei sa imot kritikken. Begge gruppene hadde i tillegg øvingar som omfatta skriving og sjølvsnakk, som ein måte å handtere sjølvkritikk på. Deltakarane utførte daglege heimeoppgåver. Resultata synte at både sjølvmedkjensle og forsvar medverka til å redusere skam og kor plaga ein var av eigne hudproblem. Forsvar reduserte i tillegg depressive symptom, særleg hjå dei deltakarane som før intervensjonen skåra høgt på sjølvkritikk. Dette tyder på at sjølvmedkjensleprogram verkar lovande for å redusere skam og kor plaga ein var av akne. Samstundes syner forsvarsintervensjonen tilsvarande effekt på nemnde plager, og i tillegg ein effekt på depressive symptom.

Medan Kelly et al. (2009) nytta eit RCT-design, undersøkte Laidlaw et al. (2014) effekten av eit fire møte langt program i medkjenslefokusert terapi (CFT) med eit pre-postdesign utan kontrollgruppe. Studien omfatta ni studentar. Programmet tok utgangspunkt i Gilbert sin medkjenslefokuserte terapi (Gilbert & Irons, 2005), men vart tilpassa ein studentpopulasjon av forfattarane. Dei ynskte spesifikt å sjå om CFT kunne ha effekt på sjølvkritikk, sjølvmedkjensle, akademisk meistringstru og psykiske plager. CFT har som mål å byggje opp sjølvmedkjensledugleikar hjå deltakarane, mellom anna gjennom psykoedukasjon, førestillingsøvingar og heimeoppgåver. Det vart innhenta mål før og etter intervensjon, samt ved oppfølging seks månadar etter. Då utvalet var lite vart berre deskriptive data presentert. Det vil seie at ein ikkje analyserte om endringane frå før til etter kurset var signifikante. Studentane hadde høgare gjennomsnittleg sjølvmedkjensle og akademisk meistringstru, i tillegg til reduksjon i

sjølvkritikk, både rett etter intervensjonen og ved oppfølging. Eit mål på livskvalitet viste derimot ei forverring. Forskarane poengterer at målingane vart gjort rett før eksamen, og føreslår dette som ei forklaring på dei negative funna på subjektivt velvære. Alle deltakarane rapporterte om psykiske plager før og etter kurset, men nokon færre oppsøkte profesjonell hjelp ved slutten av kurset. Resultata tyder på at eit samansett sjølvmedkjensleprogram kan skape endringar av verdi for studentar, men at metodiske svakheiter gjer at ein må tolke resultata med varsemd.

Same året undersøkte Smeets et al. (2014) effekten av ein tre veker lang gruppeintervensjon for å auke resiliens og subjektivt velvære blant kvinnelege studentar. Dei nytta eit randomisert kontrollert design (RCT), der studentane vart fordelt til ein intervensjon som lærte dei sjølvmedkjensleevner og ein aktiv kontroll som lærte dei betre tidshandtering. Sjølvmedkjensleintervensjonen var bygd på Neff og Germer (2013) si tilnærming og omfatta fleire komponentar, som psykoedukasjon, ulike øvingar (registrering av sjølvkritikk, Loving-Kindness meditasjon og skriving), heimearbeid og diskusjonar i fellesskap. Deltakarane møtte tre gonger over tre veker, der dei første to møta varte ein og ein halv time og siste møte varte 45 minutt. Sjølvmedkjenslegruppa viste større auke i sjølvmedkjensle (stor effektstørrelse), mindfulness (moderat til stor effektstørrelse), optimisme (moderat effektstørrelse) og meistringstru (moderat effektstørrelse), samt større reduksjon i grubling (moderat effektstørrelse) enn den aktive kontrollgruppa. Begge gruppene auka livskvalitet og sjølvmedkjenslegruppa auka sosial tilknytning (*connectedness*), utan at det var skilnadar mellom gruppene. For positive og negative emosjonar, samt bekymring fann ein ingen endringar eller skilnadar mellom gruppene. Forskarane fann også at endringar i sjølvmedkjensle korrelerte med endringar i dei andre utfallsvariablane, noko som kan tyde på at auke i sjølvmedkjensle er ein potensiell mekanisme for effektane til intervensjonen. Samanfatta syner dette at eit relativt kort sjølvmedkjensleprogram kan auke ei rekkje positive eigenskapar og livskvalitet blant kvinnelege studentar, og det meir enn eit program som lærer studentar betre tidshandtering.

Som Laidlaw et al. (2014) har Boersma et al. (2015) tatt utgangspunkt i medkjenslefokusert terapi (Gilbert & Irons, 2005). Dei undersøkte effekten av eit åtte veker langt program i medkjenslefokusert terapi. Programmet vart gjennomført som ein individuell intervensjon for studentar som hadde sosial angst, og omfatta fleire element enn det som tradisjonelt inngår i CFT. Formålet var å undersøkje programmet si effekt på sjølvmedkjensle, skam, sjølvkritikk og sosial angst. Det vart nytta eit pre-post design utan kontrollgruppe. Intervensjonen hadde fokus på bruk av sjølvmedkjensle (førestillings- og mindfulnessøvingar), i tillegg til psykoedukasjon om sosial angst, samt komponentar frå aksept og forplikningsterapi (ACT) og dialektisk åtferdsterapi (DBT). Resultata synte at CFT gav ein klinisk signifikant betring i sosial angst for tre av seks deltakarar, ein tydeleg reduksjon i skam for tre av seks og auking i sjølvmedkjensle for fem av seks deltakarar. Studien fann mindre effekt på sjølvkritikk, kor berre to av seks viste moderat reduksjon. Resultata syner at CFT har potensial for å gje betringar i sosial angst og skam. Studien er likevel prega av ei rekkje metodiske svakheiter, og ein må difor ta atterhald om denne konklusjonen.

Zelikman (2015) undersøkte i sitt doktorgradsarbeid også effekten av eit åtte veker langt sjølvmedkjensleprogram. Ho ynskte å redusere opplevd stress hjå studentar. Ho ynskte også å sjå på endringar i sjølvmedkjensle og opplevd stress undervegs i programmet. Studien nytta eit pre-post design utan kontrollgruppe, kor ein spora endringane til deltakarane under, etter og ved oppfølging (ei veke og ein månad etter). Sjølvmedkjensleprogrammet omfatta ulike tema for kvar time, og då fleire komponentar, som psykoedukasjon, øvingar, heimearbeid og diskusjonar i gruppa. Dersom deltakarane ikkje hadde mogelegheit til å delta på møta, kunne dei gjennomføre den aktuelle timen på internett. Studien fann ei auke i sjølvmedkjensle over dei åtte vekene, samt ved oppfølging. Den største auken skjedde i dei fire siste vekene og ved oppfølging (stor effektstørrelse). Oppfatta stress synte eit liknande mønster, med reduksjon dei første fire vekene (moderat effektstørrelse), større reduksjon i dei fire siste, og enda større reduksjon ved oppfølging

(stor effektstørrelse). Deltakarar med låg sjølvmedkjensle hadde størst nytte av programmet, og det var ikkje skilnadar mellom dei som deltok på alle møta og dei som gjennomførte nokon av delane på internett. Studien syner at sjølvmedkjensletrening kan vere ein lovande intervensjon for å redusere opplevd stress blant studentar. Studien nytta ikkje ei kontrollgruppe, og det er difor usikkert om reduksjonen skuldast intervensjonen.

Året etter ynskte Arimitsu (2016) å undersøkje om eit sju veker langt sjølvmedkjensleprogram kunne auke sjølvmedkjensle og då påverke variablar knytt til psykisk helse. Han nytta eit randomisert kontrollert design (RCT), kor deltakarane først vart selektert ut frå låg skåre på sjølvmedkjensle og deretter fordelt i to ulike vilkår: eit sjølvmedkjensleprogram eller ei passiv kontrollgruppe. Intervensjonen hadde fokus på å erstatte sjølvkritikk og sjølvdomming med sjølvmedkjensle, gjennom mellom anna førestilling- og skriveøvingar. Det vart gjort målingar før, etter og ved oppfølging etter tre månadar. Intervensjonsgruppa viste ei auke i sjølvmedkjensle totalt, og auke i alle underskalaene på SCS, med unntak av mindfulness. I tillegg vart det funne at sjølvmedkjenslegruppa viste betring i sjølvtilit, depressive symptom angst, negative automatiske tankar, negativ affekt, skam og skuldkjensle samanlikna med kontrollgruppa. Det var ingen effekt av sjølvmedkjensleprogrammet på positiv affekt. Alle endringane varte ved oppfølging, og synte stor effektstørrelse, med unntak av skuldkjensle som synte moderat effektstørrelse. Arimitsu gjennomførte også ei kvalitativ evaluering av programmet. Den viste at programmet vart godt motteke av deltakarane, men at det vart rapportert nokre vanskar, og då spesielt med gjennomføringa av meditasjonen. To deltakarar rapporterte også frykt for å vere lukkelege. Samanfatta syner funna at eit sju veker langt program i sjølvmedkjensle kan auke sjølvmedkjensle, og gje betring over ei rekkje mål på psykisk helse. Undersøkinga tyder også på at endringane etter slike program kan vare ved.

Samanfatta synte dei fleste studiane at samansette sjølvmedkjensleprogramma hadde ein positiv effekt på psykiske helse blant studentar. Unntaket var Kelly et al. (2009), som fann at sjølv

om intervensjonsgruppa viste pre-post endringar, hadde den aktive kontrollgruppa vel så gode resultat. Programma verkar å ha effekt på ei rekkje utfall relatert til psykisk helse, men det er få RCT-studiar som har like utfallsmål. Det einaste utfallet som har vist positiv reduksjon i meir enn ein RCT er reduksjon av skamkjensle. Ei rekkje av dei positive resultatane vart også ved oppfølging, som til dømes reduksjon i stress og depresjon, samt auke i meistringstru. Men som poengtert er dette funn som ikkje er replikert. Effekten på subjektivt velvære viste seg derimot å vere blanda. Dei to studiane som målte positiv affekt viste derimot at sjølvmedkjensleprogramma ikkje hadde nokon verknad på dette utfallsmålet. Fem av seks studiar målte sjølvmedkjensle med Self-Compassion Scale (SCS). Alle desse fann ei auke i sjølvmedkjensle. Denne aukinga ser ut til å vere både ein, tre og seks månadar etter intervensjonen. Eit anna funn var at sjølvmedkjensleprogram hadde størst effekt for studentar som skåra lågt på sjølvmedkjensle (Zelikman, 2015) eller høgt på sjølvkritikk (Kelly et al., 2009). Studiane av dei samansette programma i sjølvmedkjensle tyder altså på at slike intervensjonar kan auke sjølvmedkjensle og har potensial til å redusere psykiske plager blant studentar. Sjå tabell 7 for samanfatning av utfallsmåla.

Tabell 7

Oversikt over utfallsmål i dei ulike studiane på samansette sjølvmedkjensleprogram.

Første- forfattar	SCS	Depr- esjon	Angst	Sjølv- kritikk	Sjølv- kjensle	Meist- ringstru	Grubling	Beky- mring	Psykisk stress	Skam	Skuld	Plaga av akne	Opti- misme	Positiv affekt	Negativ affekt
Arimitsu, 2016**	+	+	+		+					+	+			-	+
Boersma, 2015	+		+	-						+					
Kelly, 2009**		-								+		+			
Laidlaw, 2014	+			+		+									
Smeets, 2014**	+					+	+	-					+	-	-
Zelikman, 2015	+								+						

Notat. Kvalitative utfallsmål er ikkje inkludert i tabellen. SCS = Self-Compassion Scale, ** = randomisert kontrollert studie (RCT), + = positiv endring i utfallsmål, +* = positiv endring i utfallsmål på varte ved oppfølging, - = ingen endring i utfallsmål.

Diskusjon

Målet med denne hovudoppgåva var å gjere ein systematisk gjennomgang av forskingsevidensen til sjølvmedkjensleintervensjonar for studentar si psykiske helse og subjektive velvære. Me ynskte å undersøkje om intervensjonane hadde effekt, og på kva områder av psykisk helse dei hadde effekt. I tillegg ynskte me å undersøkje om lengda på intervensjonane hadde noko å seie for effekten. Tidlegare forskning har vist at det er ein korrelasjon mellom sjølvmedkjensle og psykisk helse, kor høgare sjølvmedkjensle er positivt korrelert med fordelaktige utfall og negativt korrelert med psykopatologi (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012). Studentar er ei gruppe som verkar å ha ei rekkje psykiske plager (Nedregård & Olsen, 2014). Sjølvmedkjensleintervensjonar kan vere ein potensiell intervensjon for å betre desse plagene for denne gruppa. Me har ikkje identifisert at andre har gjennomført ei samanfating av forskinga på sjølvmedkjensleintervensjonar for studentar tidlegare.

Forskinga på sjølvmedkjensle som intervensjon er i startgropa. I vår gjennomgang var studiane i hovudsak publisert dei siste fem åra. Sjølv om det er eit nytt felt identifiserte me 19 studiar som var relevante for problemstillinga vår. Dette seier noko om at sjølvmedkjensle har fått auka merksemd den siste tida. Som nemnt i innleiinga nytta me omgrepet intervensjon breitt. Det omfattar i denne oppgåva både korte eksperimentelle induksjonar av ein sjølvmedfølande tilstand, og meir omfattande sjølvmedkjensleprogram. Det som kjenneteiknar studiane er at dei fleste har eit godt design med kontrollgruppe og randomisering, samt eit stort utval. Fjorten av desse studiane fann hovudsakeleg ein positiv effekt av sjølvmedkjensleintervensjonar (sjå tabell 2, 5 og 6 for samandrag av resultatata frå studiane i gjennomgangen), tre studiar fann ein blanda effekt (Baum & Rude, 2013; Kelly et al., 2009; Wong & Mak, 2016) og ytterlegare to studiar (Gonen, 2015; Williamson, 2014) synte ingen effekt av ein slik type intervensjon. Dei to studiane som ikkje fann effekt var begge doktorgradsavhandlingar, som ikkje var publisert i fagfelleverderte tidsskrift. Dette inneber at forskinga ikkje er kvalitetssikra.

Studiane varierte mykje i kva type intervensjon og kva forskingsmål dei ynskte å undersøkje. Det var ein tendens til at korte og einskilte øvingar i sjølvmedkjensle hadde effekt på subjektivt velvære. Desse studiane målte derimot ikkje psykisk helse. Repeterte øvingar og samansette program målte dette, og synte at intervensjonane hadde effekt på fleire ulike mål knytt til psykisk helse. Det er ikkje mogeleg ut frå noverande evidens å seie noko om nøyaktig kor lang ein intervensjon treng å vere for å ha god effekt, men samla syner denne gjennomgangen at både gjentekne øvingar og relativt korte samansette program, på opptil åtte veker, kan vere tilstrekkelege for å skape ei vedvarande endring i psykisk helse. Sjølv om den generelle tendensen i studiane syner at sjølvmedkjensle har positiv effekt for studentar si psykiske helse, er det likevel noko sprikande funn. For å lettare diskutere funna og trekkje meir nøyaktige konklusjonar har me difor valt å nytte same inndeling som i resultatdelen. Studiar med liknande intervensjonar, forskingsmål og design vert diskutert kvar for seg.

Skriveintervensjonar

Einskilte skriveintervensjonar.

Ei gruppe studiar undersøkte effekten av einskilte skriveintervensjonar med fokus på sjølvmedkjensle. Intervensjonane gjekk ut på at deltakarane skulle skrive om negative hendingar med aksept og toleranse for eigne emosjonar, og setje denne hendinga inn i eit større menneskeleg perspektiv. Studiane undersøkte verknaden på negativ affekt, og fire av fem studiar fann betring i dette (sjå tabell 3 for ei samanfating av utfallsmåla). Det tydde at korte og einskilte skriveøvingar i sjølvmedkjensle kunne gje ein reduksjon i negativ affekt med det same. Det er uvisst om denne effekten kjem av at intervensjonane aukar sjølvmedkjensle, ettersom berre to studiar målte dette. Den eine studien fann at skriveøvinga auka sjølvmedkjensle (Leary et al., 2007), medan den andre fann, mot venta, ein reduksjon i sjølvmedkjensle etter intervensjonen (Gonen, 2015). Her kan ein trekkje fram at Gonen (2015) sitt doktorgradsarbeid ikkje er publisert i fagfelleurdert tidsskrift. Manipulasjonen i Gonen sin studie omfatta dessutan fleire element, som

sosial evaluering og vanskelege oppgåver, som kan ha skapt dei negative følgjene. Det kan verke som at intervensjonen i denne studien ikkje var tilstrekkeleg for å handtere dei negative emosjonane manipulasjonen skapte. Odou og Brinker (2014) hevdar at det i framtidig forskning vil vere nyttig å utforske korleis einskilde skriveintervensjonar kan verke for individ som står i faresona for å utvikle eller som er diagnostisert med stemningslidingar. Det vil også vere nyttig å utforske kva for mekanismar som gjer at korte skriveintervensjonar har effekt på subjektivt velvære, noko ingen av studiane har undersøkt.

Alle dei einskilde skriveintervensjonane vart studert med eit eksperimentelt design, der store utval ($n = > 96$) vart tilfeldig delt i ulike vilkår. Dette gjer at me kan feste lit til at reduksjonen i negativ affekt kom som eit resultat av skriveintervensjonane i seg sjølv. Tidlegare forskning har funne at emosjonelt ekspressiv skrivning gjev ei betring i affektiv tilstand for kliniske (Frisina, Borod, & Lepore, 2004) og ikkje-kliniske utval (Smyth, 1998). Ein kan difor spørje seg om betringa i affekt rapportert i denne systematiske gjennomgangen er eit resultat av ekspressiv skrivning i seg sjølv, eller om det var eit resultat av skrivning frå eit sjølvmedfølande perspektiv. To av studiane i denne systematiske gjennomgangen samanlikna effekten av emosjonelt ekspressiv skrivning og sjølvmedkjensleskriving. Begge fann at sjølvmedfølande skriveøvingar gav ein større reduksjon i negativ affekt, samanlikna med emosjonelt ekspressiv skrivning. Dette syner at skriveøvingar i sjølvmedkjensle kan vere å føretrekkje over emosjonelt ekspressiv skrivning. Som nemnt i innleiinga kan denne skilnaden kome av at å møte egne emosjonar med aksept og toleranse gje rom for ei meir fordelaktig emosjonsprosessering (Odou & Brinker, 2014).

Det var ingen av dei einskilde skriveintervensjonane som hadde mål om å forbetre psykisk helse, utover målet om å skape endringar i subjektivt velvære. For framtidig forskning vert det viktig å undersøkje om dei einskilde skriveintervensjonane kan skape endringar i psykisk helse, som til dømes symptom på angst og depresjon. Funn frå studiar på emosjonelt ekspressiv skrivning syner at slike korte øvingar kan gje ei betring i mellom anna symptom på angst og depresjon, som

viste seg å vare ved etter intervensjonen (Frisina et al., 2004; Smyth, 1998). Det kan difor tenkjast at også skriveøvingar i sjølvmedkjensle vil kunne påverke psykisk helse. Det er likevel viktig å merke seg at funna på emosjonelt ekspressiv skrivning i hovudsak er henta frå studiar med gjentekne skriveøvingar. Sidan ingen av studiane hadde oppfølging, vil det òg vere av interesse å sjå om dei positive endringane varar over tid.

Samanfatta er det usikkert om einssilde skriveintervensjonar kan auke sjølvmedkjensle, då dei fleste studiane ikkje har målt dette. Likevel ser ein at einssilde skriveøvingar med fokus på sjølvmedkjensle kan redusere negativ affekt for studentar og betre deira subjektive velvære her og no. Dette er i tråd med vår hovudhypotese. Om denne effekten varar ved og om lengda på intervensjonane har noko å seie veit me ikkje, då ingen har målt dette. Her treng ein meir forskning som nyttar oppfølgingsundersøkingar og studiar som samanliknar einssilde skriveøvingar av ulik lengd. Dei gjennomgatte studiane kan ikkje seie noko om effekten av einssilde sjølvmedfølande skriveøvingar på studentar si psykiske helse, ettersom dette ikkje er målt.

Gjentekne skriveintervensjonar.

Fem studiar undersøkte om skriveintervensjonar hadde effekt på studentar si psykiske helse. Desse nytta seg av eit randomisert kontrollert design (RCT), og undersøkte effekten av gjentekne skriveøvingar over fleire dagar. Blant dei gjentekne skriveintervensjonane fann eit fleirtal (tre av fem) av undersøkingane effekt på studentar si psykiske helse, mellom anna på skam (Johnson & O'Brien, 2013), sjølvkritikk og grubling (Mosewich et al., 2013) (sjå tabell 4 for oppsummering av utfallsmåla). Tre undersøkingar fann at desse endringane vara to til fem veker etter intervensjonen. Dette kan tyde på at effektane av gjentekne intervensjonar kan vare ei viss tid etter intervensjonane, noko som samsvarar godt med funna på emosjonelt ekspressiv skrivning (Frisina et al., 2004; Smyth, 1998).

Som for einssilde skriveøvingar var det også her eit vesentleg spørsmål om sjølvmedfølande skrivning hadde like god effekt som emosjonelt ekspressiv skrivning. To av

studiane samanlikna desse intervensjonane. Dei fann at sjølvmedkjensleskriving syntte betre effekt på milde depressive symptom, skam og negativ affekt, samanlikna med emosjonelt ekspressiv skriving. I ein studie syntte emosjonelt ekspressiv skriving ei negativ effekt for deltakarar med moderate depressive symptom (Baum & Rude, 2013). Som nemnt hevdar Odou og Brinker (2014) at sjølvmedkjensleskriving vil leggje til rette for betre emosjonsprosessering enn emosjonelt ekspressiv skriving. Det kan tenkjast at ei sjølvmedfølande haldning gjer at skrivinga vert mindre sjølvkritisk og meir venleg, og at dette kan ha ein positiv effekt på psykisk helse. Dette, saman med funna frå dei einskilde skriveintervensjonane, gjev indikasjonar på at sjølvmedfølande skriveøvingar er å tilrå føre emosjonelt ekspressiv skriving.

Det var tre studiar som undersøkte om intervensjonen auka sjølvmedkjensle, og berre ein studie fann dette. Dei to studiane som ikkje greidde å auke sjølvmedkjensle vart administrert over internett (Williamson, 2014; Wong & Mak, 2016). Desse studiane fann heller ikkje betring i psykisk helse. Då intervensjonane ikkje var i stand til å auke sjølvmedkjensle, ville ein heller ikkje forvente at dei skulle ha effekt på psykisk helse. Ein av dei moglege årsakene til at dei internettbaserte intervensjonane ikkje auka sjølvmedkjensle kan vere at deltakarane ikkje fekk tilstrekkeleg forståing av konseptet sjølvmedkjensle og korleis å nyttiggjere seg av det. Ein kan også tenkje seg at det vil vere ei rekkje forstyrrende element ved heimeadministrerte oppgåver over internett, som til dømes kan påverke motivasjonen, konsentrasjonen og då forståinga til deltakarane. I tillegg fekk heller ikkje deltakarane tilbakemeldingar frå kursleiar på om dei hadde forstått konseptet og nytta intervensjonane rett. Det skal likevel påpeikast at ein tredje studie på internettadministrerte intervensjonar fann positive effektar på sjølvmedkjensle og psykisk helse (Johnson & O'Brien, 2013). Denne siste studien samsvarar med Frattaroli (2006), som i si metaanalyse fann at heimebaserte skriveøvingar med emosjonsfokus hadde betre effekt på psykisk helse enn skriveøvingar administrert i laboratorium. Dette vert forklart med at deltakarane kan ha følt seg meir avslappa heime og difor vert meir engasjert i skriveøvingane. Noverande forskning

kan tyde på at i alle fall delar sjølvmedkjensleintervensjonar bør administrerast interpersonleg, for å sikre forståing og korrekt gjennomføring. Framtidig forskning bør difor undersøkje nærare om kva som skal til for at internettbaserte sjølvmedkjensleintervensjonar skal ha effekt, ettersom dette kan vere ein effektiv og økonomisk måte å administrere intervensjonane på.

Trass i motstridande funn for heimeadministrerte skriveøvingar tyder forskinga på at gjentekne sjølvmedfølande skriveøvingar kan skape positive endringar i studentar si psykiske helse, som då støttar vår hovudhypotese. Det er likevel få studiar som måler dei same utfallsmåla. Difor er ikkje effekten på same utfallsmål replikert. Dette gjer det vanskeleg å svare på problemstillinga om kva for aspekt av psykisk helse sjølvmedkjensle kan ha effekt på. Det utfallsmålet som flest studiar har undersøkt er depressive symptom. Her synto to studiar positiv effekt og to studiar ingen effekt (sjå tabell 4). Me kan difor ikkje konkludere at gjentekne skriveintervensjonar har effekt på depressive symptom. Begge studiane som ikkje fann effekt var administrert over internet. Dette kan vere ein av faktorane som medverkar til den manglande effekten. Johnson og O'Brien (2013) fann ei auka effekt for kvar øving deltakarane utførte. Dette kan tyde på at det er eit dose-respons forhold for sjølvmedkjensleintervensjonar, kor fleire øvingar vil kunne gje auka effekt. Desse funna er ei delvis støtte til hypotesen om at lengre intervensjonar har betre effekt. Her treng ein likevel meir forskning for å kunne seie noko om det optimale talet og lengda på øvingar som må til for å skape endring.

Andre korte intervensjonar

Det var også ytterlegare tre studiar som undersøkte effekten kortvarige sjølvmedkjensleintervensjonar, men som nytta andre typar intervensjonar enn skriveøvingar. To av desse nytta eit eksperimentelt design (Falconer et al., 2014; Lincoln et al., 2013), og den siste eit randomisert kontrollert design (Arch et al., 2014). Dei nytta høvesvis Virtual Reality (VR), førestilling- og lytteøvingar for å indusere sjølvmedkjensle og på den måten påverke faktorar knytt til studentar si psykiske helse. Resultata frå studiane synto at også andre kortvarige intervensjonar

kan ha positive effektar for studentar. I desse studiane fann ein indikasjonar på at sjølvmedkjensle kunne ha positiv effekt på angst (Arch et al., 2014), paranoide tankar, negativ affekt, sjølvtilitt (Lincoln et al., 2013) og sjølvkritikk, samt gje ei oppleving av ro og tryggleik (Falconer et al., 2014). Det er likevel viktig å ta omsyn til at dette berre var einskilde studiar, som ikkje var direkte samanliknbare med dei andre studiane i vår litteraturgjennomgang. Det er også usikkert om dei positive effektane ein fann i desse studiane vil vare, då ingen av studiane gjorde oppfølgingsundersøkingar. Her vil det vere nyttig med fleire studiar som undersøker same type intervensjon.

Bruken av VR kan kanskje vere særleg lovande og viktig å studere nærare, då denne typen sjølvmedkjensleintervensjon kan gje ei tilnærma verkeleg oppleving. Slik teknologi blir også stadig meir utbreidd i husstandane, og på sikt kan VR nyttast som heimeøving i sjølvmedkjensle. Det vil i så fall kunne gjere at ein unngår nokon av dei potensielle svakheitene ved heime- og internettbaserte sjølvmedkjensleintervensjonar, slik som at deltakarane ikkje i tilstrekkeleg grad forstår og nyttar ferdigheitene korrekt. Dette fordi ein med VR kan få både lyd og bilete inn gjennom ei tredimensjonal oppleving, som vil kunne gjere at instruksjonar frå ei forsøksleiar og øvingane i seg sjølv vert ei tilnærma verkeleg oppleving.

Samansette program

I motsetnad til studiane som undersøkte einskilde intervensjonar, administrert over eit eller fleire møte, undersøkte nokre av studiane effekten av eit samansett sjølvmedkjensleprogram for studentar. Desse programma omfatta ei rekkje ulike intervensjonar og komponentar over eit lengre tidsrom. Alle desse studiane synte ein positiv effekt på psykisk helse (sjå tabell 5), sjølv om ein av studiane fann at effekten ikkje var større enn eit jamstilt program (Kelly et al., 2009). Studiane synte at intervensjonane hadde effekt på kliniske symptom, som angst (Arimitsu, 2016), negative emosjonar, som til dømes skamkjensle (Kelly et al., 2009), og psykologiske konsept, som meistringstru (Smeets et al., 2014). Tre av studiane rapporterte effektstørrelse (Arimitsu, 2016;

Smeets et al., 2014; Zelikman, 2015). Effektstørrelsen for utfallsmåla var hovudsakleg stor, men moderat for nokre utfallsmål. Dette kan tyde på at det ikkje berre er snakk om ein statistisk signifikans, men også ein praktisk eller klinisk signifikans. Det vil seie at funna også har klinisk nytte for dei som deltok. Fire studiar synte også at desse effektane varte over tid. Få studiar målte derimot dei same utfallsmåla, og den positive effekten på fleire av utfallsmåla er difor ikkje replikert (sjå tabell 7 for ei samanfatning av utfallsmåla).

Noko overraskande fann studiane blanda resultat for utfallsmålet depressive symptom (sjå tabell 5). Arimitsu (2016) fann at eit sjølvmedkjensleprogram reduserte depressive symptom, medan Kelly et al. (2009) fann at hennar intervensjon ikkje hadde effekt på depressive symptom. Ingen av studiane valde derimot ut deltakarar på grunnlag av depresjon, men med høvesvis låg sjølvmedkjensle og plager med akne. Det er difor vanskeleg å seie om sjølvmedkjensleprogram har effekt på depresjon. Gjennomsnittskårane på Becks Depression Inventory (BDI) før intervensjonen viste likevel at gruppene hadde eit moderat til høgt symptomtrykk. Eit problem med Kelly et al. (2009) sin studie er at dei ikkje har målt sjølvmedkjensle. Det er difor vanskeleg å seie om intervensjonen greidde å auke sjølvmedkjensle. Deira intervensjon var også fem veker kortare enn Arimitsu (2016) sin intervensjon, som varte i sju veker. Dette kan tyde på at programma må ha ei viss lengd for å redusere depresjonssymptom.

To RCT-studiar viste at sjølvmedkjensleprogramma ikkje hadde den venta effekten på positiv affekt (Arimitsu, 2016; Smeets et al., 2014) (sjå tabell 7). Dette går både mot funna frå dei kortare intervensjonane i denne oppgåva og kryss-seksjonelle funn som syner sterk korrelasjon mellom sjølvmedkjensle og positiv affekt (Neff et al., 2007). Smeets et al. (2014) føreslår at ei forklaring er at intervensjonane er for korte til å endre handteringa av hendingar. Funna våre frå dei korte intervensjonane tyder derimot på at korte intervensjonar har effekt på korleis ein taklar negative hendingar. Ei moglege forklaring er at meir omfattande sjølvmedkjensleprogram har ein meir varig effekt på handtering av emosjonar og sjølvkritiske tankar, men ikkje nødvendigvis kor

mykje positive emosjonar ein opplev. Denne forklaringa er i tråd med Neff (2003a) si tidlege utforsking av sjølvmedkjensle, som fann at sjølvmedkjensle var positivt korrelert med emosjonelle prosesseringsskalaer (i Emotional Approach Scale). Dette tyder på at personar med høg sjølvmedkjensle forsøker å betre forstå og få klarheit i sine emosjonar. Dei vert ikkje overvelda eller prøver å fortrenge emosjonane, men møter dei med eit venleg utforskande sinn. Ut frå eit psykisk helseperspektiv er dette positivt, ettersom det ikkje er eit mål i seg sjølv å mellombels auke positive kjensler, men heller styrke meistring av vanskelege tankar og emosjonar.

Ei av dei viktigaste føreslegne verknadane til sjølvmedkjensleintervensjonar er å redusere sjølvkritikk (Gilbert & Irons, 2005). Effekten på sjølvkritikk viste derimot også blanda funn. Laidlaw et al. (2014) fann effekt på sjølvkritikk, medan Boersma et al. (2015) fann at berre to av seks deltakarar viste reduksjon i sjølvkritikk. Det er likevel viktig å påpeike at begge desse studiane nytta eit pre-post design utan kontrollgruppe og svært få deltakarar (høvesvis ni og seks). Boersma et al. (2015) nyttar heller ikkje validerte og standardiserte mål på sjølvkritikk, men eigenkomponerte spørsmål. Det kan då tenkjast at måla ikkje er sensitive nok for å fange opp endringar i sjølvkritikk (Boersma et al., 2015). Ingen av RCT-studiane har sjølvkritikk som utfallsmål. Det er difor vanskeleg å trekkje nokon konklusjonar om effekten av sjølvmedkjensleprogram på sjølvkritikk.

Effekten av sjølvmedkjensleprogram på angst, skamkjensle og meistringstru viste seg derimot meir konsistente. Desse effektane vart stadfesta av fleire enn ein studie, der minst ein av dei var ein RCT-studie (sjå tabell 7). Effekten på angst omfatta både engstelegheit (Arimitsu, 2016) og sosial angst (Boersma et al., 2015). Studien til Boersma et al. (2015) har som nemnt ei rekkje svakheiter, men for sosial angst vart det nytta validerte og standardiserte mål. Effektane på angst er i tråd med ein tidlegare studie til Neff og Germer (2013), som fann at ei gruppe vaksne (ikkje studentar) viste signifikant mindre angst enn ei kontrollgruppe, etter intervensjonen.

Effekten på skam viste seg i to RCT studiar som nytta validerte og standardiserte mål (Arimitsu, 2016; Kelly et al., 2009), samt i ein pre-post studie som nytta eigne spørsmål (Boersma et al., 2015). Alle desse fann ei signifikant reduksjon i skamkjensle etter intervensjonen. To av studiane hadde også oppfølgingsundersøkingar, der begge fann at effekten vara over tid. Dette er i tråd med påstandane og forskinga til Paul Gilbert (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Gilbert og kollegaer ser på sjølvmedkjensle som særleg effektiv i å motverke tendensar til å reagere på eigne svakheiter med sjølvdomming og skam. Sjølv om ingen har studert kva mekanismar intervensjonane verkar gjennom, kan ein spekulere i at det å sjå lidning som ein del av det å vere menneskje kan redusere skam. Det kan også tenkjast at det er lettare å handtere eigne sjølvangrep dersom ein møter dei med venlegheit og eit opent og aksepterande sinn. Meistringstru vart også målt med godt validerte skjema, og synte effekt i ein RCT (Smeets et al., 2014) og ein pre-post studie (Laidlaw et al., 2014). Smeets et al. (2014) ser dette i samanheng med at sjølvmedkjensle reduserer hard sjølvkritikk og skam, faktorar som har negativ samanheng med oppfatta kompetanse (Turner, Husman, & Schallert, 2002).

Eit anna gjennomgåande funn var at programma auka sjølvmedkjensle. Det kan då vere nærliggjande å tenkje at auring i sjølvmedkjensle er mekanismen som skapar reduksjon i psykiske plager og auke i subjektivt velvære. Berre ein av studiane undersøkte dette (Smeets et al., 2014). Denne studien viste at auke i sjølvmedkjensle er ein potensiell mekanisme for verknaden til intervensjonen. Dette er i tråd med tidlegare forsking på sjølvmedkjensle (Neff & Germer, 2013) og forsking på mindfulness (Shapiro et al., 2005), som syner at auke i sjølvmedkjensle predikerer positive effektar på ulike utfallsmål på psykisk helse. Ein skal likevel vere forsiktig med å konkludere for bastant på kva mekanismar som fører til betring, ettersom berre ein av studiane har gjort slike undersøkingar. Vidare forsking treng å studere kva som gjer at sjølvmedkjensleprogram har positive effektar på psykisk helse, og vidare kva komponentar av sjølvmedkjensle som fører til betring i psykisk helse.

Dei overordna positive funna er i samsvar med tidlegare funn som har synt at sjølvmedkjensleprogram aukar psykologisk resiliens og reduserer psykiske plager (Leaviss & Uttley, 2015; Neff & Germer, 2013). Neff og Germer (2013) gjennomførte ein studie på eit utval av vaksne deltakarar, og fann at MSC-intervensjonen både hadde effekt rett etter intervensjon og ved eit års oppfølging. Ein nyleg systematisk gjennomgang av CFT har også funne at denne har positive effektar på kliniske utval (Leaviss & Uttley, 2015). Ingen av studiane i denne gjennomgangen fann statistisk signifikante negative effektar av sjølvmedkjensleprogram. I ein kvalitativ undersøking rapporterte derimot nokon av deltakarane om frykt for å vere lukkeleg, samt vanskar med å førestille seg den «perfekte omsorgsgivar» (Arimitsu, 2016). Dette er i samsvar med funn som syner at ein del deltakarar rapporterer om frykt for medkjensle (Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011). Dei færraste studiane inneheld ein kvalitativ komponent. Sidan det kan vere av klinisk relevans å vite korleis ulike deltakarar opplever sjølvmedkjensleprogramma kan ein slik kvalitativ komponent i undersøkingane vere viktig å inkludere i framtidig forskning.

Innleiingsvis lurte me også på om lengda hadde noko å seie for effekten av programma. Denne litteraturgjennomgangen syner at eit tre veker langt program kan ha god effekt (Smeets et al., 2014) og at ein kan sjå effekt ganske tidleg i lengre program (Zelikman, 2015), noko som tyder på at det ikkje er naudsynt at programma må vare i åtte veker. Ein studie fann likevel at effekten auka i siste del av programmet (Zelikman, 2015). Programma har ulike komponentar, og ein kan difor ikkje seie om lengda i seg sjølv har noko å seie for effekten. Ein treng meir forskning på kva som er den optimale lengda på programma.

Det er nokre svakheiter som er viktig å påpeike. Tre av dei samansette studiane i vår gjennomgang nytta pre-post design utan kontrollgruppe, og dei same studiane hadde små utval ($n = < 17$). Dei tre resterande studiane nytta randomiserte kontrollerte design og hadde noko større utval ($n = 28$ til 75). Funna til dei tre RCT-studiane støttar opp om den generelle positive effekten

til sjølvmedkjensleprogramma. Eit anna problem med studiane er at dei nyttar ulike program med ulike komponentar, samt at lengda til programma varierer. Ein veit endå lite om kva komponentar som må vere med for at programma skal ha ein god effekt.

Passar sjølvmedkjensle for alle?

Resultata frå dei einskilde, gjentekne og samansette programma syner at sjølvmedkjensle har lovande effekt for studentar si psykiske helse og subjektive velvære. Det er likevel eit spørsmål om sjølvmedkjensleintervensjonar passar like godt for alle. Pauley og McPherson (2010) fann at pasientar med angst eller depresjon syntest sjølvmedkjensle passa godt for deira utfordringar, samstundes som mange opplevde at angst- og depresjonsproblematikken gjorde det særleg utforandrande å utøve sjølvmedkjensle.

Gilbert og Procter (2006) fann vidare at sjølvkritiske individ syntest det var skremmande eller vanskeleg å vere sjølvmedfølande, sjølv om dette betra seg med trening. Dette kan tyde på at sjølvmedkjensle potensielt kan vekke ubehag og motstand blant dei som slit med angst, depresjon eller er sjølvkritiske. I vår gjennomgang fann Arimitsu (2016) at nokon hadde vanskar med sjølvmedkjensle. Ein kan tenkje at det vil kunne medføre at nokon droppar ut av intervensjonane. Samstundes vil det at deltakarane opplever sjølvmedkjensle som passande for dei kunne medverke til at dei fullfører, trass i eventuelt ubehag. Likevel vil ikkje alle dei ulike øvingane passe for alle. Til dømes hevdar Zeman, Dewar og Della Sala (2015) at nokon har store vanskar med å skape førestillingsbilete, kalla afantasi. Ein kan tenkje seg at desse vil ha problem med førestillingsøvingar. Det er difor ein styrke at ein har fleire ulike typar intervensjonar for å auke sjølvmedkjensle, som skriveøvingar, lytteøvingar, meditasjon og førestilling. Dette gjer det mogeleg for deltakarane i gruppebehandling å velje den tilnærminga som passar dei best og å tilpasse intervensjonar til den einskilde.

Sjølv om nokon verkar å ha vanskar med førestilling eller finn sjølvmedkjensle ubehageleg, er det lite forskning på kven desse personane er. Fråfall i studiar kan kanskje seie noko

om dette. Ein kan tenkje at dersom det verkar å vere einskilde grupper som i større grad fell frå studiane kan det seie noko om kven intervensjonane ikkje passar for. Elleve av studiane i denne systematiske gjennomgangen har rapportert fråfall. Fråfallet i desse studiane varierte frå 0 til 47,5 %, med eit vekta gjennomsnitt på 31,1 %. Studiane som undersøkte skilnadar mellom gruppene, fann ikkje systematiske skilnader mellom dei som droppa ut av studiane og dei som fullførte (sjå til dømes Johnson & O'Brien, 2013; Mosewich et al., 2013). Fråfallet i studiane var også tilnærma likt i sjølvmedkjensle- og kontrollvilkåra i dei studiane som målte dette. Dette kan tyde på at fråfallet er tilfeldig eller skuldast andre faktorar enn dei som vert målt i studiane. Ut frå desse funna er det difor ikkje grunnlag for å seie at sjølvmedkjensle vekker særskild motstand eller ubehag blant spesifikke grupper.

I fleire av studiane fekk deltakarane gåvekort eller studiepoeng for å fullføre. Det kan vere at deltakarar som vert honorert på denne måten i mindre grad har droppa ut. Ein slik ytre motivasjon kan ha ført til at deltakarar har gjennomført intervensjonen trass i at dei har opplevd motstand mot sjølvmedkjensle. Felles for dei fire studiane med fråfall høgare enn 20 % var at intervensjonane vart utført over internett (sjå til dømes Williamson, 2015; Wong & Mak, 2016). Det er usikkert kva som gjorde at det var større fråfall ved dei internettbaserte intervensjonane. Det kan vere at det er vanskelegare å engasjere deltakarane og skape ei kjensle av forpliking utan direkte kontakt med kursleiarane og dei andre deltakarane. Som nemnt hadde fleire av dei internettbaserte intervensjonane heller ikkje effekt på sjølvmedkjensle eller psykisk helse. Det er vanskeleg å vite om fråfallet skuldast den manglande nytten dei hadde, eller andre faktorar. Ved å gjennomføre delar av intervensjonen andlet til andlet kan ein då potensielt redusere fråfall og auke effekten av intervensjonane. Ein treng likevel meir forskning på internettbaserte intervensjonar.

Nokon av studiane synte at personar som hadde lågare sjølvmedkjensle før intervensjonen hadde betre effekt av sjølvmedkjensleintervensjonane (sjå til dømes Leary et al., 2007; Zelikman, 2015). Andre studiar viste også at personar med høgare grad av psykiske plager hadde betre effekt

(Lincoln et al., 2013: psykosesårbarheit; Odou & Brinker, 2015: grubling; Zelikman, 2015: psykologisk stress). Slike funn kan tyde på at sårbare individ og grupper kan ha meir nytte av sjølvmedkjensleintervensjonar. Ettersom det er vist at kvinner har lågare sjølvmedkjensle enn menn (Yarnell et al., 2015), og det er hevda at også ungdommar skårar lågare enn andre (Neff, 2003b), kan ein tenkje at dette er grupper som kan ha betre nytte av intervensjonane. Det er likevel ingen av studiane som har sett på dette. I framtidig forskning vert det viktig å undersøkje kva grupper som har best effekt av intervensjonane. Dette er viktig for å tilpasse programma og tilby dei til grupper og individ som har mest nytte av dei.

Styrkar og svakheiter ved denne systematiske gjennomgangen

Som forskinga elles har også denne systematiske gjennomgangen sine svakheiter og styrkar. For det første er evna til å generalisere og konklusjonane avgrensa av våre inklusjons- og eksklusjonskriterium. Mellom anna har me berre inkludert skandinavisk- og engelskspråkleg litteratur. I gjennomgangen av artiklar fann me til dømes studiar på kinesisk, som ikkje vart inkludert i denne studien (Yang, Liu, Shao, Ma, & Tian, 2015). Ein styrke er likevel at me har inkludert all litteratur som tilfredsstillar inklusjonskriteria, både publiserte artiklar og doktorgradsavhandlingar, som ikkje er publisert i fagfelleverderte tidsskrift. I tillegg til litteratursøk i fleire databasar har me også handsøkt i relevante artiklar og ei nettside som samanfattar forskinga gjort på sjølvmedkjensle (Neff, 2017). Begge forfattarane har også gått gjennom all litteratur med ein høg interrater reliabilitet. Alt dette gjer at me kan vere ganske sikre på å ha inkludert det meste av publiserte studiar relevante for vår problemstilling. Det er likevel viktig å påpeike at me ikkje har kontakta forskarar eller på anna måte prøvd å spora opp forskning som ikkje er publisert. Me kan difor ikkje sjå bort frå at det kan vere ei slagside i publiseringa (publication bias) av forskinga på dette området.

Resultata frå systematiske gjennomgangar er også ofte avgrensa av kvaliteten på studiane som er inkludert. Som nemnt inkluderte me her ikkje-publiserte doktorgradsavhandlingar for å

vere så omfangsrik som mogeleg. Me hadde heller ingen krav til design eller størrelse på utval i våre kriterium, som igjen kan ha gjort at me inkluderte studiar av lågare kvalitet. I oppgåva vart dette handtert ved å ta atterhald om konklusjonane frå studiar utan RCT-design og med lite utval. Dette vart gjort ved å sjekke om konklusjonane frå studiar med låg kvalitet vart støtta av studiar med betre design og større utval. Studiane var så ulike i design og utfallsmål at det ikkje ville vere føremålstenleg å gjere ein metaanalyse (Cochrane Library, 2017). Ein metaanalyse krev at ein kvantifiserer kvaliteten til studiane og finn felles estimat, som ein kan samanlikne på tvers av studiar. Dette var vanskeleg å gjennomføre med våre studiar. Ettersom det ikkje er gjort tidlegare samanfatingar av forskning på dette området valde me heller ein systematisk gjennomgang for å kunne samanlikne ei rekkje studiar. Når det vert fleire studiar på området vert det behov for metaanalysar som kan kvantifisere effekten av sjølvmedkjensleintervensjonar.

Avgrensingar og styrkar til forskinga og vegen vidare

I vår systematiske gjennomgang har me også identifisert ei rekkje svakheiter og avgrensingar i forskinga på sjølvmedkjensle som intervensjon. Som nemnt er forskinga i startgropa, og det er difor behov for fleire studiar. Dette gjeld spesielt for dei samansette programma, kor me identifiserte tre RCT-studiar og tre pre-post studiar. Innanfor desse intervensjonane var det også stor variasjon i kva komponentar dei nytta, kor lange intervensjonane var, og kva utfallsmål studiane undersøkte. Framtidig forskning må adressere desse svakheitene, til dømes ved å standardisere programma og sikre seg at fleire godt kontrollerte studiar måler liknande utfallsmål. Dette er naudsynt for å kunne undersøkje om dei positive effektane lèt seg replikere. Til dømes vil me trekkje fram mangelen på mål av sjølvkritikk i ein del studiar, samt at ingen av studiane har målt effekten av sjølvmedkjensleintervensjonar på heimlengt. Som nemnt tidlegare har sjølvmedkjensle i korrelasjonelle studiar vist seg som ein buffer mot heimlengt, og det ville difor vore interessant å sjå om sjølvmedkjensleintervensjonar kan påverke denne faktoren (Terry et al., 2013). Dei fleste studiane nytta sjølvrapporterte utfallsmål, og det er i framtida også

behov for andre typar mål, som til dømes biologiske mål på stress. Det er med andre ord behov for meir samkøying mellom studiar i framtida. Eit viktig middel i så måte er ein systematisk gjennomgang av litteraturen, noko denne oppgåva representerer.

Eit anna viktig område for vidare forskning er å studere kva mekanismar sjølvmedkjensleintervensjonane verkar gjennom. Forskingsspørsmål som må adresserast er då: Korleis verkar sjølvmedkjensleintervensjonar? Kva aspekt av sjølvmedkjensle er viktig for å skape endringar? Er nokre sjølvmedkjensleintervensjonar betre enn andre? Kor lange må intervensjonane vare for å ha effekt? Ved å svare på slike forskningsspørsmål kan ein då utforme betre framtidige intervensjonar og tiltak for studentar. I tillegg treng ein også fleire studiar med oppfølging, som går over lengre tid.

Ein av styrkane til litteraturen er at mange av studiane har nytta gode design. Seksten av 19 studiar har nytta eit design der deltakarar vert randomisert til ulike grupper. I fleire av studiane har ein også samanlikna sjølvmedkjensleintervensjonar med gode alternative intervensjonar for studentar, til dømes tidshandtering og emosjonelt ekspressiv skriving. Dei gode designa gjer at ein kan seie at sjølvmedkjensleintervensjonar truleg er eit godt tiltak for studentar. Ein treng å forske meir på kven som har best nytte av sjølvmedkjensleintervensjonar.

Konklusjon og implikasjonar

Målet med denne systematiske gjennomgangen var å undersøkje om sjølvmedkjensleintervensjonar kan medverke til å betre studentar si psykiske helse og subjektive velvære. Ut frå forskning og teori på området hadde me ein hypotese om at sjølvmedkjensleintervensjonar kunne vere nyttige for studentar, og då spesielt for utfallsmål som sjølvkritikk, depressive symptom, skam og subjektivt velvære. Undersøkingane i denne gjennomgangen gjev støtte til hypotesen om at intervensjonar med fokus på sjølvmedkjensle kan redusere psykiske plager og betre subjektivt velvære blant studentar. Dei fleste av studiane (14 av 19) synto ein hovudsakleg positiv effekt av intervensjonane. Ein fann også ein moderat til stor

effektstørrelse på utfallsmåla i dei seks studiane som målte dette. Det tyder på at endringane ikkje berre var statistisk signifikante, men også klinisk signifikante for deltakarane. Funna frå dei åtte studiane som hadde oppfølging tydde også på at resultatata vara.

Me ynskte også å sjå på kva områder av psykisk helse sjølvmedkjensleintervensjonane hadde effekt. Ettersom få studiar målte dei same utfallsmål var det vanskeleg å trekkje klare konklusjonar på denne problemstillinga. Me kan likevel seie at samansette sjølvmedkjensleprogram kan auke sjølvmedkjensle og har ein potensiell positiv effekt på skamkjensle. Resultata frå dei andre utfallsmåla, deriblant depressive symptom og sjølvkritikk, er ikkje replikert gjennom meir enn ein studie, og ein treng difor meir forskning for å kunne konkludere. Når det gjeld effekten på subjektivt velvære fann me at einskilde øvingar i sjølvmedfølande skriving er tilstrekkelege for å redusere negative kjensler hjå studentar her og no. Sjølvmedkjensleskriving har då potensial til å vere ein god måte å handtere stressande situasjonar på, som til dømes eksamenstida. Gjentekne skriveøvingar og samansette program fann derimot blanda effekt av intervensjonen på subjektivt velvære. Dette understrekar behovet for fleire studiar med dei same utfallsmåla.

Ut frå ein førebyggings- og samfunnsøkonomisk ståstad ynskte me også å sjå på om lengd på intervensjonen hadde noko å seie for effekten. Våre funn gjev ein indikasjon på at fleire øvingar gjev betre effekt. Studiane som har målt effekten undervegs syner ein auka effekt med tal på øvingar, noko som kan tyde på eit dose-respons forhold mellom lengd og utfall. Sjølv om dette er i tråd med hypotesen vår, treng ein meir forskning for å trekkje sikre konklusjonar. Det er ikkje mogeleg å seie noko nøyaktig om kor mange øvingar eller møte ein treng for å skape endring, men funna tyder på at ein kan skape positive effektar med relativt korte intervensjonar.

Forskinga på sjølvmedkjensleintervensjonar er eit ungt felt, noko kvaliteten på ein del av forskinga ber preg av. Spesielt var kvaliteten på fleire av studiane som har undersøkt samansette program for dårleg, då tre av seks studiar hadde lite utval og mangla randomisering og

kontrollgruppe. Våre resultat tyder på at sjølvmedkjensle er ei tilnærming som bør verte gjeve ytterlegare fokus og løyvingar i framtidig forskning. Resultata gjev lovnad om at sjølvmedkjensle kan vere eit gunstig satsingsområde for å møte den høge førekomsten av psykiske plager blant studentar. I tillegg til at det har lovande effektar på ei rekkje områder kan det også gjennomførast på ein samfunnsøkonomisk effektiv måte, med gruppeprogram og skriveøvingar, kor deler av intervensjonen kan gjennomførast heimanfrå.

Sjølv om sjølvmedkjensleintervensjonar syner lovande effekt, føreset utviklinga av desse intervensjonane at ein forskar meir på kva som skal til for at studentar skal ha nytte av dei. Det er framleis mange spørsmål som ikkje er svara på. Mellom anna er det naudsynt å forske på kva mekanismar som gjer at sjølvmedkjensle har effekt og for kven det fungerer best. Med ei rekkje teknologiske framsteg, som til dømes oppleving av sjølvmedkjensle gjennom VR, treng ein òg å forske på kva som skal til for at slike intervensjonar skal fungere. I tillegg til dette vert det viktig å undersøkje korleis ein best kan implementere intervensjonane i ein studiesituasjon. Med tanke på kor mange studentar som har psykiske plager, er det eit stort behov for effektive intervensjonar. Sjølvmedkjensleintervensjonar kan gjennomførast med relativt låge kostnader, og har eit potensial til å vere ein intervensjon som kan medverke til at studentane betre kan møte dei utfordringane dei står overfor. Studentpopulasjonen er likevel ei heterogen gruppe, og ein intervensjon vil ikkje løyse alle problema studentane opplever. Sjølvmedkjensle kan vere eit alternativ for å redusere den stadig aukande førekomsten av psykiske helseplager for denne utsette gruppa.

Referansar

- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50*, 67-72.
doi:10.1080/07448480109596009
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology, 95*, 509-521.
doi:10.1348/0007126042369802
- Arch, J. J., Brown, K. W., Dean, D. J., Landy, L. N., Brown, K. D., & Laudenslager, M. L. (2014). Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psychoneuroendocrinology, 42*, 49-58.
doi:10.1016/j.psyneuen.2013.12.018
- Arimitsu, K. (2016). The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Positive Psychology, 11*, 559-571.
doi:10.1080/17439760.2016.1152593
- Arimitsu, K., & Hofmann, S. G. (2017). Effects of compassionate thinking on negative emotions. *Cognition & Emotion, 31*, 160-167. doi:10.1080/02699931.2015.1078292
- Australian Bureau of Statistics. (2008). *National survey of mental health and wellbeing: Summary of results, 2007* (Rapport nummer 4326.0). Henta frå Australian Bureau of Statistics si nettside:
[http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/\\$File/43260_2007.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/$File/43260_2007.pdf)
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. I R. A. Baer (Red.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in*

- clients: Illuminating the theory and practice of change* (s. 135-153). Oakland, CA: New Harbringer Publications.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*, 289-303. doi:10.1037/a0025754
- Baum, E. S., & Rude, S. S. (2013). Acceptance-enhanced expressive writing prevents symptoms in participants with low initial depression. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 35-42. doi:10.1007/s10608-012-9435-x
- Binder, P. E. (2014). *Den som vil godt - om medfølelsens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*, 89-98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss (Vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Burt, C. D. (1993). Concentration and academic ability following transition to university: An investigation of the effects of homesickness. *Journal of Environmental Psychology, 13*, 333-342. doi:10.1016/S0272-4944(05)80255-5
- Cochrane Library. (2017). About Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Henta 24.04.2017, frå <http://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-systematic-reviews.html>
- Coughlan, S. (2016, 22. september). Student mental health 'lacks support'. *BBC*. Henta frå <http://www.bbc.com/news/education-37429394>

- DeVore, R. (2013). Analysis of gender differences in self-statements and mood disorders. *McNair Scholars Research Journal*, 9, 5-12. Henta frå http://scholarworks.boisestate.edu/mcnair_journal/vol9/iss1/7
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. B. (2009). Mental health and academic success in college. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 9, 1-37. Henta frå <https://degruyter.com/downloadpdf/j/bejeap.2009.9.1/bejeap.2009.9.1.2191/bejeap.2009.9.1.2191.pdf>
- Eitrem, A. (2016, 20. august). Alt ligger til rette for at jeg skal være lykkelig, så det er jo meg det er noe galt med hvis jeg ikke er det. *Bergens Tidende*, s. 12-18. Henta frå <http://www.bt.no/btmagasinet/-Alt-ligger-til-rette-for-at-jeg-skal-vare-lykkelig-Sa-det-er-jo-meg-det-er-noe-galt-med-hvis-jeg-ikke-er-det-320619b.html>
- Falconer, C. J., Slater, M., Rovira, A., King, J. A., Gilbert, P., Antley, A., & Brewin, C. R. (2014). Embodying compassion: A virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PloS one*, 9, 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0111933
- Fisher, S., & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78, 425-441. doi:10.1111/j.2044-8295.1987.tb02260.x
- Fløttum, P. (2013, 20. november). Hver fjerde student er ensom. *Universitas*. Henta frå <http://universitas.no/nyheter/58965/hver-fjerde-student-er-ensom>
- Fratraroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865. doi:10.1037/0033-2909.132.6.823

- Frisina, P. G., Borod, J. C., & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*, 629-634. doi:10.1097/01.nmd.0000138317.30764.63
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.-J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*, 1101-1114. doi:10.1037/a0037249
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 9 - 74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Introduction and outline. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 1 - 6). London: Routhledge.
- Gilbert, P. (2007). Developing Self-Compassion. I P. Gilbert (Red.), *Psychotherapy and Counselling for Depression* (s. 241-266). London: SAGE Publications Ltd.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20*, 183-200. doi:10.1891/jcop.20.2.183
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., . . . Miles, J. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, *31*, 1117-1127. doi:10.1017/S0033291701004093
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 263 - 325). London: Routhledge.

- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. doi:10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Goleman, D. (2003). *Destructive emotions and how we can overcome them: A dialogue with the Dalai Lama*. London: Bloomsbury.
- Gonen, M. L. (2015). *Does the induction of self-compassion buffer negative affect in those exposed to social evaluation?* (Doktorgradsavhandling, Hofstra University). Henta frå <https://search.proquest.com/docview/1719158335?accountid=8579>
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Isungset, M. A., & Lunde, E. S. (2016). Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Tilgjengeleg frå Statistisk sentralbyrå - Statistikkbanken. Henta 18.02.2017, frå <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Symptom6&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=helseforhold&StatVariant=&checked=true>

- Johnson, E. A., & O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*, 939-963. doi:10.1521/jscp.2013.32.9.939
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156. doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 301-313. doi:10.1007/s10608-008-9202-1
- Laidlaw, A., Hunter, J., Turvey, T., Stillman, M., Warren, R., & Ozakinci. (2014). The development and evaluation of a flexible training course "understanding and developing compassion.". *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 14*, 149-157. Henta frå <https://search.proquest.com/docview/1619889077?accountid=8579>
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887-904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine, 45*, 927-945. doi:10.1017/S0033291714002141
- Lincoln, T. M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 390-402. doi:10.1007/s10608-012-9470-7

- Lopez, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the self-compassion scale's total score: Self-compassion versus self-criticism. *Plos One*, *10*, 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0132940
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*, 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Mandler, G. (1990). Interruption (discrepancy) theory: Review and extensions. I S. Fisher & C. L. Cooper (Red.), *On the move: The psychology of change and transition* (s. 12-32). Chichester: Wiley.
- Mon, S. T. (2014, 3. september). Flere studenter sliter psykisk. *NRK*. Henta frå <https://www.nrk.no/norge/flere-studenter-sliter-psykisk-1.11912640>
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, *110*, 406-425. doi:10.1037/0033-2909.110.3.406
- Mosewich, A. D., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & DeLongis, A. (2013). Applying self-compassion in sport: An intervention with women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *35*, 514-524. doi:10.1123/jsep.35.5.514
- Nedregård, T., & Olsen, R. (2010). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) 2010*. Henta frå https://studentensbeste.no/wp-content/uploads/2014/05/shot_2010_rapport.pdf
- Nedregård, T., & Olsen, R. (2014). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) 2014*. Henta frå http://www.sib.no/no/raadgivning/lykkepromille/SHoT2014_Rapport.pdf
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, *33*, 88-97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8

- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi (2016). *Mindfulness*, 7, 791-797. doi:10.1007/s12671-016-0531-y
- Neff, K. D. (2017). Self-compassion. *Self-Compassion Publications*. Henta 13.02.17, frå www.self-compassion.org/the-research/
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287. doi:10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. (2007). Studenters psykiske helsebelastninger: Omfang, årsaker og konsekvenser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 184-193. Henta frå http://www.idunn.no/tph/2007/02/studenters_psykiske_helsebelastninger_omfang_arsaker_og_konsekvenser
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport 2011:2). Henta frå Folkehelseinstituttet si nettside:

<https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory.

Psychological Bulletin, 101, 259-282. doi:0033-2909/87/\$00.75

Novotney, A. (2014, september). Students under pressure. *American Psychological Association*.

Henta frå <http://www.apa.org/monitor/2014/09/cover-pressure.aspx>

Odou, N., & Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13, 449-459. doi:10.1080/15298868.2013.840332

Odou, N., & Brinker, J. (2015). Self-compassion, a better alternative to rumination than distraction as a response to negative mood. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 447-457.

doi:10.1080/17439760.2014.967800

Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-

compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy:*

Theory, Research and Practice, 83, 129-143. doi:10.1348/147608309X471000

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process.

Psychological science, 8, 162-166. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194, 1013-1020.

Henta frå <http://www.jstor.org/stable/1743200>

Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *Journal of American College Health*, 48,

103-109. doi:10.1080/07448489909595681

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 46, 1313-1321. doi:10.1037/0022-3514.46.6.1313

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, *12*, 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. D. (2015). Buddhist-derived loving-kindness and compassion meditation for the treatment of psychopathology: a systematic review. *Mindfulness*, *6*, 1161-1180.
- Sivertstøl, I., & Nilsen, L. V. (2016, 5. april). «Ingen» forskning på studenthelse. *Studvest*. Henta frå <http://www.studvest.no/ingen-forskning-pa-studenthelse/>
- Smeets, E., Neff, K. D., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, *70*, 794-807. doi:10.1002/jclp.22076
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 174-184. doi:10.1037/0022-006X.66.1.174
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, *45*, 249-257.
doi:10.1080/00050067.2010.482109
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, *12*, 278-290. doi:10.1080/15298868.2012.667913
- Turner, J. E., Husman, J., & Schallert, D. L. (2002). The importance of students' goals in their emotional experience of academic failure: Investigating the precursors and consequences of shame. *Educational Psychologist*, *37*, 79-89. doi:10.1207/S15326985EP3702_3

- Uman, L. S. (2011). Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 57-59. Henta frå <http://www.cacap-acpea.org/uploads/documents/Feb2011UmanSystematic.pdf>
- Van Tilburg, M. A., Vingerhoets, A., & Van Heck, G. (1996). Homesickness: A review of the literature. *Psychological Medicine*, 26, 899-912. Henta frå https://www.researchgate.net/profile/Miranda_Van_Tilburg2/publication/14329226_Home_sickness_A_review_of_the_literature/links/09e4150cf1e3dab2d2000000/Homesickness-A-review-of-the-literature.pdf
- Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., & Bragg, M. E. (1980). Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1238-1244. doi:10.1037/h0077709
- Weiss, R. (1982). Attachment in adult life. I C. M. Parkes & J. Stevensons-Hinde (Red.), *The placement of attachment and loss in human behavior*. London: Tavistock.
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological Assessment*, 26, 407-418. doi:10.1037/a0035566
- Williamson, J. (2014). *Addressing self-reported depression, anxiety, and stress in college students via web based self-compassionate journaling*. (Doktorgradsavhandling, East Tennessee State University). Henta frå <http://search.proquest.com/docview/1612506441>
- Wong, C. C. Y., & Mak, W. W. S. (2016). Writing can heal: Effects of self-compassion writing among Hong Kong Chinese college students. *Asian American Journal of Psychology*, 7, 74-82. doi:10.1037/aap0000041
- Yang, L., Liu, Y.-y., Shao, J., Ma, M.-n., & Tian, K. (2015). A pilot study on intervention effect of self-compassion group training on depressed graduates. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 23, 947-950. Henta frå

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc12&AN=2016-00198-045>

Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015).

Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, *14*, 499-520.

doi:10.1080/15298868.2015.1029966

Zelikman, J. L. (2015). *Self-compassion training for graduate students in the helping professions*.

(Doktorgradsavhandling, Saint Mary's University of Minnesota). Henta frå

<http://search.proquest.com/docview/1750577965>

Zeman, A., Dewar, M., & Della Sala, S. (2015). Lives without imagery – Congenital aphantasia.

Cortex, *73*, 378-380. doi:10.1016/j.cortex.2015.05.019