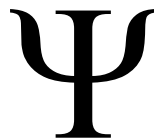




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Effekten av selvmedfølelse i behandling av spiseforstyrrelser:
En litteraturgjennomgang***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Victoria H. Tveit Sannes

Våren 2019

Veileder
Turi Reiten Finserås
Ingrid Dundas

Forord

Jeg har lenge vært interessert i mindfulness og ble for første gang interessert i det før jeg begynte på profesjonsstudiet i psykologi. Det var likevel underveis i studiet at mindfulness- og opplevelsesbaserte terapiformer virkelig fikk oppmerksomheten min. Jeg ble ytterligere interessert etter frivillig arbeid på konferansen Emotion Revolution i 2018, hvor flere foredragsholdere poengterte hvor strenge vi er mot oss selv og hva skam kan gjøre med oss. Samtidig har kroppsmisnøye og spiseforstyrrelser fanget oppmerksomheten min gjennom aktualiteten det har i samfunnet, men også ved egne og venninners observasjoner av hvor mange det faktisk er som har et anstrengt forhold til mat og kropp – enten det er litt eller mye. På bakgrunn av disse interessene falt valget på selvmedfølelse og spiseforstyrrelser som tema for hovedoppgaven. En stor takk må rettes til hovedveileder Turi Reiten Finserås og biveileder Ingrid Dundas for god veiledning og nyttige innspill!

Merknad: Jeg valgte å inkludere innholdsfortegnelse da det gir bedre oversikt over oppgaven, samt å inkludere tabeller og figurer i teksten for lesbarhetens skyld. Jeg er klar over at dette avviker fra APA sine standarder.

Abstract

This systematic literature review examined the effects of self-compassion interventions on eating disorders in clinical populations. The primary issue was “What are the effects of self-compassion interventions on eating disorders?” with secondary issues: “Do any of the self-compassion interventions have better efficacy than others, in clinical selections?” and “Can one say something about the duration of the effects of self-compassion interventions?”. Comprehensive and systematic literature searches were conducted in three databases, which led to six studies that met the inclusion criteria. The criteria included clinical populations, self-compassion interventions, and publications between 2016-2019. Three outcome categories were formed based on the type of self-compassion interventions used in the studies. The results supported the efficacy of all three categories, as all studies showed at least some significant post-intervention effects. There was not sufficient evidence to recommend one intervention in favor of the others, but the duration of the interventions seemed to be up to six months. Self-compassion interventions may be useful in treatment of clinical eating disorders. There is not sufficient evidence to suggest them to be used alone, or to indicate which eating disorders they are most suited for. Due to the field’s methodological limitations, more research is needed.

Keywords: self-compassion, compassion, eating disorders, eating pathology

Sammendrag

Målet med litteraturgjennomgangen var å undersøke selvmedfølelsesintervensjoners effekt på spiseforstyrrelser i kliniske utvalg. Hovedproblemstillingen var «Hvilken effekt har selvmedfølelsesintervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser?» med underproblemstillingene: «Har noen selvmedfølelsesintervensjoner bedre effekt enn andre, i kliniske utvalg?» og «Kan en si noe om varigheten av effektene til selvmedfølelsesintervensjoner?». Det ble foretatt omfattende systematiske søk tre databaser, som førte frem til seks studier som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene bestod av kliniske utvalg, selvmedfølelsesintervensjoner og publiseringsdato mellom 2016-2019. Tre utfallskategorier ble utformet på bakgrunn av typer selvmedfølelsesintervensjoner som var testet i studiene. Resultatene fant støtte for at alle typene intervensjoner hadde effekt da alle studiene kunne vise til noen signifikante post-intervensjonseffekter. På bakgrunn av resultatene fantes det ikke tilstrekkelig grunnlag for å hevde at en av intervensjonene var bedre enn de andre, men de indikerte at selvmedfølelsesintervensjoner kan ha vedvarende effekt opp til seks måneder etter behandlingsslutt. Litteraturgjennomgangen indikerer at selvmedfølelsesintervensjoner kan tenkes å ha en plass i behandling av spiseforstyrrelser, også for kliniske populasjoner. Foreløpig er det ikke forskningsmessig grunnlag for å foreslå selvmedfølelsesintervensjoner som eneste behandlingsform, og for tidlig å si hvilke pasientgrupper slike intervensjoner måtte egne seg best for. Feltet har flere metodiske begrensninger er det er dermed behov for mer forskning.

Nøkkelord: selvmedfølelse, medfølelse, spiseforstyrrelser, spisepatologi

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Spiseforstyrrelser.....	1
Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser	9
Selvmedfølelse	10
Behandlingsprogrammer med fokus på selvmedfølelse.....	13
Tidligere forskning på selvmedfølelse og spiseforstyrrelser.....	18
Formål og relevans ved litteraturgjennomgangen	20
Begrepsavklaring.....	20
Problemstillinger og hypotese	21
Metode	22
Søkestrategi og søkeord	22
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	23
Utfallskategorier.....	24
Resultater	25
Deskriptiv informasjon om studiene	28
Blandede selvmedfølelsesintervensjoner	29
Compassion Focused Therapy (CFT)	32
Ren selvmedfølelsesintervensjon	34
Diskusjon.....	36

Metodiske styrker og begrensninger ved studiene	37
Har noen selvmedfølelsesintervensjoner bedre effekt enn andre, i kliniske utvalg?	40
Kan en si noe om varigheten av effektene til selvmedfølelsesintervensjoner?	42
Funnenes generaliserbarhet	43
Styrker og begrensninger ved litteraturgjennomgangen	44
Nye bidrag til feltet	45
Kliniske implikasjoner	46
Videre forskning.....	50
Konklusjon.....	51
Referanser	53
Appendiks	61

Effekten av selvmedfølelse i behandling av spiseforstyrrelser: En

litteraturgjennomgang

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene i dagens samfunn. De er en av de mest kroniske psykiske lidelsene, og kan gi både fysiske og psykiske konsekvenser. I verste fall kan de føre til død (Helsedirektoratet, 2017; Murray, 2019).

Spiseforstyrrelser er kjennetegnet av patologi knyttet til matinntak og overfokusering på kroppens utseende. Patologien omfatter spise- og matrelaterte forstyrrelser som ekstreme kostholdsrestriksjoner, sulting, lav vekt, overevaluering av kroppsfasong, periodisk overspising og kompenserende eller rensende atferd (Murray, 2019). I tillegg til de alvorlige konsekvensene de har for individet, fører det også til sosioøkonomiske utfordringer i samfunnet. Spiseforstyrrelser er en av de dyreste psykiske lidelsene å behandle, men forskning tyder på at mange med spiseforstyrrelser ikke blir fullstendig friske gjennom behandling (Murray, 2019).

Innenfor psykiatri og klinisk psykologi blir diagnoser satt når individets problemer blir så store at de går utover dagligdags funksjon. Dette gjelder også ved spiseforstyrrelser. I Norge angis prevalensen ved anorexia nervosa å omfatte omtrent 0.5% blant hele befolkningen, mens bulimia nervosa angis til 1-2% og overspisingslidelse til 2-3% (Helsedirektoratet, 2017). Skårderud hevdet i 2000 at forekomsten av spiseforstyrrelser har økt de siste tre til fire tiårene, og Reas og Rø (2018) fant at det i Norge var en jevn økning av spiseforstyrrelser mellom 2010 og 2016. Dette tyder på at spiseforstyrrelser har vært et kjent og økende problem i mange år.

Symptomer og diagnoser. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) av Verdens helseorganisasjon (2016) beskriver i hovedsak anorexia nervosa og bulimia nervosa, men inkluderer også henholdsvis

overspising og oppkast forbundet med andre psykiske lidelser, atypisk anoreksia nervosa og atypisk bulimia nervosa, samt restdiagnosen uspesifisert spiseforstyrrelse. Uspesifisert spiseforstyrrelse favner tilfeller med et tydelig klinisk bilde av spiseforstyrrelse, men hvor kriteriene til de andre diagnosene ikke oppfylles. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) av American Psychiatric Association (2013) inkluderer i tillegg overspisingsslidelse. I den nyere utgaven av ICD, ICD-11 (Verdens helseorganisasjon, 2018) er det gjort endringer i kapitlet om spiseforstyrrelser, og det er dermed mer likt det vi ser i DSM-5. Endringene består blant annet av inkludering av overspisingsslidelsene, men også gradering av alvorlighetsgrad og ulike atferdsmønstre knyttet til anorexia nervosa (Verdens helseorganisasjon, 2018).

De ulike spiseforstyrrelsene har mye felles psykopatologi samtidig som den samme alvorlighetsgraden kan sees på tvers av diagnosene. Et av de største fellestrekkene er den forstyrrede persepsjonen av egen kroppsfasong. Kroppsbilderelatert kognitiv fusjon (body image cognitive fusion) kan være en av de kognitive prosessene som skyldes dette, hvor tanker og følelser fusjoneres og dermed blir oppfattet som virkeligheten. Ved spiseforstyrrelser ser man også ofte overlappende patologi eller komorbiditet med andre psykiske lidelser (Fairburn, 2008).

Anorexia nervosa er karakterisert av bevisst vekttap og at dette bevisst vedlikeholdes. Videre settes strenge kostholdsmessige regler og restriksjoner, og det benyttes gjerne metoder som overdreven trening, avføringsmidler og selvfremkalte brekninger for å holde på den lave vekten (Verdens helseorganisasjon, 2016). Personer med anorexia nervosa viser også ofte en vedvarende frykt for å legge på seg, dette til tross for at de er undervektige. Gjennom oppfølgingsstudier er det funnet at de personene som ikke blir friske kan fortsette å vise anorektiske trekk, men i en mer kronisk form. Når det gjelder årsaker bak lidelsen kan disse være vanskelige å fastsette (Verdens helseorganisasjon, 2016).

Bulimia nervosa kjennetegnes av overspising og kompenserende atferd etter overspisingsepisoder. Personen er ofte overopptatt av kroppsvekten og kontroll av denne, noe som fører til ekstreme kompenserende tiltak. Også her har personene en overdreven frykt for å legge på seg. De opplever ofte en uimotståelig trang til mat og kan benytte en rekke kompenserende strategier etter matinntaket. Dette kan blant annet gi seg til uttrykk gjennom bruk av appetitt-dempende-, vandrivende eller avføringsmidler, selv fremkalte brekninger og sulteperioder (Verdens helseorganisasjon 2016). Personer med bulimia nervosa har som oftest en sunn kroppsvekt (Fairburn 2008).

Overspisingsslidelse er ikke en egen diagnose i ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2016), men kan kodes under andre spesifiserte spiseforstyrrelser. Overspisingsslidelse er kjennetegnet av episoder med overspising, men uten de kompenserende tiltakene man ser hos personer med bulimia nervosa. Overspisingsepisodene er karakterisert av et stort matinntak i løpet av et kort tidsrom, hvor mengden mat er større enn det de fleste personer ville konsumert over tilsvarende tidsrom og situasjon. Disse episodene er ofte assosiert med et kontrolltap over spisingen. Som regel er personer med overspisingsslidelse normalvektige eller overvektige, men overspisingsslidelse er ikke det samme som fedme. Dette da personer med alvorlig fedme gjerne ikke har overspisingsepisoder som ved overspisingsslidelse (American Psychiatric Association, 2013).

Migrasjon mellom diagnoser. En av de mest øyenfallende karakteristikkene ved spiseforstyrrelser er migrasjonen mellom de ulike diagnosene. Ofte starter spiseforstyrrelsen med anorexia nervosa i tenårene, men etterhvert kan den utvikle seg til bulimia nervosa eller en blandet form for spiseforstyrrelse (Fairburn, 2008). Personer med anorexia nervosa kan i denne perioden se ut til å oppleve bedring for eksempel gjennom vektøkningen, mens det egentlig et bulimisk mønster som er i ferd med å etableres. Bulimia nervosa kan også forekomme før anorexia nervosa, selv om det ikke er like hyppig forekommende (Verdens

helseorganisasjon, 2016). Ved omtrent 25% av tilfellene av bulimia nervosa foreligger det en historie med anorexia nervosa (Fairburn, 2008). Overspisingslidelse skiller seg mer markant fra de andre spiseforstyrrelsene gjennom at den har en senere debut og at det sjeldnere er en historie med anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Når det gjelder uspesifisert spiseforstyrrelse eksisterer det ifølge Fairburn (2008) lite kunnskap om utviklingen, men mange tilfeller begynner tidlig i 20-årene og mellom omtrent 25% og 30% har tidligere hatt anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Migrasjonen mellom diagnosene er noe som forekommer hos majoriteten av personer med spiseforstyrrelser, og det er kun et fåtall som viser et konsistent klinisk bilde (Fairburn, 2008). Dette kan gjenspeile at uspesifisert spiseforstyrrelse er den hyppigst forekommende spiseforstyrrelsesdiagnosen. Denne diagnosen representerer personer med en form for spiseforstyrrelse som ikke helt passer inn under de andre diagnosene. For eksempel kan symptombildet i stor grad minne om anorexia nervosa eller bulimia nervosa, men ikke oppfylle alle diagnostiske kriterier, ofte grunnet detaljer knyttet til vektgrense eller hyppighet av ulike symptomer. Ved andre tilfeller kan kliniske egenskaper ved anorexia nervosa og bulimia nervosa forekomme samtidig, eller så kan personer benytte samme typer kompensierende strategier som ved bulimia nervosa, men uten at de i forkant av dette har overspist (Fairburn, 2008).

Prevalens. Hos populasjonen med spiseforstyrrelser regnes uspesifisert spiseforstyrrelse å være den hyppigst forekommende diagnosen. Ved voksne polikliniske pasienter med spiseforstyrrelser ble uspesifisert spiseforstyrrelse antatt å stå for omtrent 50-60% av alle tilfellene ved spiseforstyrrelser. Videre ble det regnet med at bulimia nervosa stod for omtrent 30% av tilfellene, mens anorexia nervosa ble regnet å stå for de siste 10-15% (Fairburn, 2008).

I den kvinnelige Europeiske populasjonen ble anorexia nervosa rapportert mellom 1-4%, bulimia nervosa mellom 1-2% og overspisingslidelse mellom 1-4%, mens subkliniske spiseforstyrrelser ble rapportert mellom 2-3%. Blant europeiske menn rapporterte 0,3-0,7% spiseforstyrrelser (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Reas og Rø (2018) så på tidstrender i forekomst av spiseforstyrrelser hos den Norske befolkningen. Fra 2010-2016 fant de for kvinner en signifikant økning av tilfeller registrert i det norske pasientregisteret, mens de ikke fant noen signifikant endring i tallene for menn. Ifølge Verdens helseorganisasjoner (2016) er anorexia nervosa hyppigst forekommende hos jenter i tenårene og unge kvinner, men de poengterer at gutter i tenårene og unge menn også kan rammes. Kjønnfordelingen ved bulimia nervosa er noe lik som ved anorexia nervosa, men med en senere debut (Verdens helseorganisasjon, 2016). Ifølge American Psychiatric Association (2013) er forekomsten av overspisingslidelse hos den voksne befolkningen i USA 1,6% for kvinner og 0,8% for menn, noe som betyr at kjønnsforskjellene er noe mindre for overspisingslidelse enn ved anorexia nervosa og bulimia nervosa.

Årsaker. Det kan være mange ulike årsaker til at noen utvikler spiseforstyrrelser, og ofte er det en kombinasjon av risiko- og sårbarhetsfaktorer og utløsende faktorer. Ulike interaksjoner mellom biopsykososiale faktorer samt personlig sårbarhet kan forklare noe av etiologien ved spiseforstyrrelser (Culbert, Racine & Klump, 2015; Verdens helseorganisasjon, 2016). Biologiske sårbarheter kan ha en innvirkning på påvirkningskraften til miljøfaktorer eller omvendt, og miljømessige og biologiske faktorer kan modifisere genetiske uttrykk (epigenetikk). Psykologiske faktorer og miljøfaktorer interagerer med, og påvirker, uttrykket av genetisk predisposisjon for å utvikle spisepatologi.

Risikofaktorer er tidligere funnet å være den sosiokulturelle idealiseringen av å være tynn, som kan vises gjennom media, gjennom forventninger til og press til å ha en tynn kropp, og gjennom internalisering av tynnhetsidealet, samt personlighetstrekk som perfektjonisme

og negativ emosjonell stil (Culbert et al., 2015). Videre er det tenkt at det kan foreligge en generell risiko- eller sårbarhetsfaktor for utvikling av psykopatologi, og man har sett at mange psykiske lidelser har en økt forekomst hos personer med spiseforstyrrelser. Noen eksempler er stemnings- og angstlidelser, rusmiddelmisbruk, tvangslidelse, personlighetsforstyrrelser, traumeproblematikk, autsimespekterforstyrrelser og ADHD (Culbert et al., 2015; Helsedirektoratet, 2017). I kombinasjon med risiko- og sårbarhetsfaktorene interagerer de utløsende faktorene. Dette kan være utallige faktorer, men man har sett at overgangsfaser i livet eller belastende hendelser ikke er uvanlig (Helsedirektoratet, 2017).

Komorbiditet. Symptombildet ved spiseforstyrrelser kan overlape med andre psykiske lidelser, men personer med spiseforstyrrelser kan også ha andre samtidige psykiske lidelser. De vanligste komorbide lidelsene er angst og depresjon (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016), hvor de fleste personer med spiseforstyrrelser i løpet av sykdomsperioden vil oppfylle kriteriene for en eller flere stemnings- eller angstlidelser (Fairburn, 2008). Depressive symptomer kan ofte forekomme hos personer med bulimia nervosa eller overspisingslidelse. I noen tilfeller kan symptomene oppfylle kriteriene til en depresjonsdiagnose. Det er ikke uvanlig med et ufullstendig symptombilde på bulimia nervosa kombinert med depressive symptomer (Verdens helseorganisasjon, 2016). Ved depressive episoder hos personer med overspisingslidelse kan matlysten endres og matinntaket kan i noen tilfeller bli større. Dersom den depressive episoden er en del av bipolar lidelse kan det også sees symptomer på patologisk eller forstyrret spising (American Psychiatric Association, 2013). Angstlidelser er vanligst hos personer med anorexia nervosa og personer med stor grad av kostholdsrestriksjoner. Hos undervektige personer kan tvangssymptomer være fremtredende og er delvis en konsekvens av å være undervektig (Fairburn, 2008).

Andre vanlige komorbide tilstander er selvskading og problemer med rusmisbruk. Dette er mest vanlig hos personer som overspiser, men kan også sees hos personer med andre spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008). Det er heller ikke uvanlig med et større og mer generelt personlighetsavvik hos personer med spiseforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013; Verdens helseorganisasjon, 2016), og slike diagnoser blir ofte satt (Fairburn, 2008). Fairburn (2008) mener det hos denne pasientgruppen er problematisk å utrede for og diagnostisere personlighetsforstyrrelser, da de gjerne har hatt spiseforstyrrelser siden ungdommen. Dette gjør at det ikke finnes noen sykdomsfrie perioder å bedømme personligheten ut fra. Personene som selvskader eller misbruker rus kan ofte få diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Fairburn, 2008). Denne diagnosen er også assosiert med impulsivitet, som kan føre til overspisingsepisoder (American Psychiatric Association, 2013).

Traumeproblematikk er heller ikke uvanlig hos personer med spiseforstyrrelser, og posttraumatisk stresslidelse kan være en komorbid lidelse. Det kan enten være så alvorlig at det også foreligger en diagnose på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), eller forekomst av lignende symptomer men ikke i stor nok grad til at diagnosen stilles. Det kan ofte være problematikk som forekommer forut for spiseforstyrrelsen og det kan spille en rolle i spiseforstyrrelsens etiologi (Helsedirektoratet, 2017). I følge Brewerton (2007) er traumeproblematikk vanligere ved spiseforstyrrelser av bulemisk art, og samtidig traumeproblematikk gir større sannsynlighet for annen komorbiditet ved spiseforstyrrelser. Han mener også at traumeproblematikk ikke nødvendigvis betyr økt alvorlighetsgrad ved spiseforstyrrelsen. Ved behandling av spiseforstyrrelser med komorbid traumeproblematikk er det viktig å håndtere traumehistorikken samt å identifisere spiseforstyrrelsens funksjon (Helsedirektoratet, 2017).

Konsekvenser. Spiseforstyrrelser kan ha en rekke konsekvenser, spesielt somatiske, men også psykososiale. Medisinske konsekvenser kan blant annet være kardiovaskulære, gastrointestinale, hematologiske, eller gå ut over immunforsvaret eller nervesystemet, og føre til biokjemiske avvik (Zipfel, Löwe og Herzog, 2003). Noen konsekvenser kan bli kroniske som fertilitetsproblemer eller osteoporose (beinskjørhet). Ved anorexia nervosa er de medisinske komplikasjonene skyldt hovedsakelig av undervekt, mens ved bulimia nervosa er det gjerne de gjentatte brekningene eller voldsomme vekttap (Verdens helseorganisasjon, 2016). Personer med overspisingslidelse opplever gjerne medisinske konsekvenser knyttet til overvekt og fedme. Blant annet har de en større risiko for å utvikle diabetes (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Medisinske konsekvenser av spiseforstyrrelser kan i verste fall være dødelige, men med spiseforstyrrelser følger også en høyere risiko for å begå selvmord (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Dette kan spesielt gjelde anorexia nervosa og bulimia nervosa, men det er også observert en nedgang i selvmord blant personer med spiseforstyrrelser (Preti, Rocchi, Cambino & Miotto, 2011). En nyere longitudinell studie (Fichter & Quadflieg, 2016) har funnet at suicidalitet kun predikerte tidlig død hos personer med bulimia nervosa og at personer med anorexia nervosa i hovedsak døde av naturlige årsaker knyttet til spiseforstyrrelsen. De fant også at dødeligheten var betydelig høyere for personer med anorexia nervosa enn for de bulimia nervosa, overspisingslidelse og uspesifisert spiseforstyrrelse (Fichter & Quadflieg, 2016). I tillegg til medisinske konsekvenser og økt dødelighet, har forskning vist at personer med spiseforstyrrelser har lavere helse relatert livskvalitet enn normalbefolkningen (Ágh et al, 2016; Hay et al., 2017). Hay og kolleger (2017) fant at den helsemessige livskvaliteten var spesielt lav hos personer med overspisingslidelse.

Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser

Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser anbefaler ved flere tilfeller kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017; NICE, 2017). Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser retter seg mot spiseforstyrrelsers psykopatologi. Dette gjennom utforming av en kasusformulering om hvilke prosesser som vedlikeholder psykopatologien. Med utgangspunkt i kasusformuleringen identifiserer man faktorer som terapien bør rettes mot (Fairburn, Cooper & Shafran, 2008).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) anbefaler kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser, «Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults» (MANTRA) og «Specialist supportive clinical management» (SSCM) for voksne med anorexia nervosa. For voksne med bulimia nervosa eller overspisingslidelse anbefaler de i første omgang selvhjelpsprogrammer rettet mot de spesifikke lidelsene. I andre omgang anbefaler de for voksne med bulimia nervosa kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser gitt som individualterapi, mens ved overspisingslidelse anbefales det administrert som gruppeterapi.

I retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017) blir individuell psykoterapi anbefalt for anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse. Både for anorexia nervosa og overspisingslidelse kan de ikke anbefale noen spesifikk psykoterapi fremfor andre, mens for bulimia nervosa anbefales kognitiv atferdsterapi. Helsedirektoratet (2017) kommer med noen mer generelle anbefalinger som bør følges uavhengig av terapeutisk tilnærming til behandling av spiseforstyrrelser. Anbefalingene går ut på at man skal jobbe direkte med spiseforstyrrelsessymptomene og sørge for at pasienten får forsvarlig somatisk oppfølging. Andre tilnærminger enn de med god dokumentasjon ved spiseforstyrrelser kan også være nyttige, men de har evidens for effekt ved andre psykiske lidelser enn spiseforstyrrelser. Imidlertid betyr ikke dette at de nødvendigvis ikke har effekt på spiseforstyrrelser, da

personer med spiseforstyrrelser kan ha underliggende problematikk som overlapper med annen psykisk problematikk (Helsedirektoratet, 2017). Studier har vist at medfølelse var assosiert med depresjon, angst og stress, og at selvmedfølelse var assosiert med psykologisk helse og hadde en negativ korrelasjon med depresjon og angst (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a; MacBeth & Gumley, 2012). Videre er det funnet at selvmedfølelse kunne fungere som en buffer for angst, og at økt selvmedfølelse var assosiert med økt psykologisk velvære (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007)

Ifølge Helsedirektoratet (2017) viser oppsummert forskning at en stor andel personer med spiseforstyrrelser ikke har effekt av de anbefalte behandlingsformene, og at det derfor bør kunne tilbys andre behandlingstilnærminger. Forskning har vist at selvmedfølelsesintervensjoner har en positiv effekt på kroppsmisnøye, kroppsskam og forstyrret spiseatferd (Albertson, Neff & Dill-Shackleford, 2014; Breies, Toole, Tu & Chen, 2014; Pisitsungkagarn, Taephant & Attasaranya, 2014), som alle kan være forløpere til spiseforstyrrelser.

Selvmedfølelse

Selvmedfølelse er et viktig konsept i buddhistisk filosofi og har lenge eksistert i østlig filosofi, men er et nyere konsept i vestlig psykologi (Neff, 2003b). I følge Neff (2003b) bygger selvmedfølelse på det mer generelle begrepet medfølelse. Medfølelse involverer å bli berørt av andres lidelse, som åpner opp ens bevissthet for andres smerte i stedet for å unngå den. Dette fører til følelser av godhet for andre og et ønske om å dempe lidelsen deres, der en ikke-dømmende forståelse for andres feilbarhet og inkluderes, hvor man ser lidelse ut fra et fellesmenneskelig perspektiv.

En annen tilnærming til medfølelse stammer fra Gilbert (2007). Hans tilnærming bygger på sosial mentalitetsteori (social mentality theory). Medfølelsesmodellen hans foreslår at medfølelse stammer fra omsorg i kontekst av en mors omsorg til sine barn, hvor det

å gi omsorg krever evne til å være sensitiv for andres ubehag og være motivert til å øke deres velvære. Etter Gilbert (2007) sin tilnærming vil man ved medfølelse benytte ulike motivasjonelle, emosjonelle og kognitive egenskaper som er omsorgsfokuserte. Gilbert (2015) har definert selvmedfølelse som sensitivitet for lidelse hos en selv og andre, hvor en engasjerer seg i å hindre og lindre lidelsen.

Selvmedfølelse omfatter åpenhet for egen lidelse uten å unngå den, med et ønske om å dempe egen smerte og lindre den med godhet (Neff 2003b). Å ha selvmedfølelse involverer også en ikke-dømmende holdning mot seg selv og ens feilbarhet og smerte, slik at en ser opplevelsen i lys av en større fellesmenneskelig opplevelse (Neff, 2003b. Neff (2003a; 2003b) har definert selvmedfølelse med utgangspunkt i tre hovedkomponenter: godhet mot seg selv, fellesmenneskelighet og mindfulness.

De tre komponentene har også motpoler, som da vil være det motsatte av selvmedfølelse. Motpolene er som følger: godhet mot seg selv versus selvkritikk eller selvfordømmelse, fellesmenneskelighet versus isolasjon, og mindfulness versus overidentifikasjon (Neff, 2003a; 2003b). Selv om motpolene er konseptuelt ulike og oppleves ulikt, kan de også fremme hverandre. Et eksempel er at oppmerksomt nærvær demper selvfordømmelse gjennom en ikke-dømmende holdning mot seg selv, mens man heller er god mot seg selv. Dette vil gjøre det enklere å holde et balansert og oppmerksomt nærvær overfor ens egne tanker og følelser (Neff, 2003a). Det er også slik at de tre hovedkomponentene er nært knyttet sammen, da hver av dem kan fremme de to andre. Det vil si at godhet mot seg selv kan fremme fellesmenneskelighet og mindfulness, fellesmenneskelighet kan fremme mindfulness og godhet mot seg selv, og mindfulness kan fremme fellesmenneskelighet og godhet mot seg selv (Barnard & Curry, 2011).

Selvmedfølelse og andre psykologiske konsepter. Selvmedfølelse og selvtillit blir ofte assosiert med hverandre. Selvtillit er en evaluering av hva vi er verdt som individer, om

vi er gode og verdifulle mennesker, og baserer seg ofte på våre sammenlikninger av oss selv mot andre. Det ser ut til at selvtillit er et resultat av å være god på noe, heller enn årsaken til at man får til ting. En del av problemet er hva folk er villige til å gjøre for å øke egen selvtillit, samt at mennesker ofte anser seg selv som bedre eller flinkere enn andre. Selvmedfølelse er relatert til velvære da det hjelper folk med å kjenne seg trygge, mens selvtillit er relatert til velvære grunnet dens delaktighet i å få mennesker til å kjenne seg overlegen og selvsikker (Neff, 2011). Gilbert og Irons (2005) fremsatte teorien om at selvmedfølelse og selvtillit stammer fra ulike fysiologiske systemer og interagerer ulikt med systemene våre for emosjonsregulering, og at dette er årsaken til ulikhetene mellom de to konseptene. Neff (2011) har kommet frem til at selvmedfølelse kan være en alternativ måte å trives med seg selv på, uten like mange negative sider som selvtillit kan ha. Felles for selvmedfølelse og selvtillit er at de er kilde til et positivt syn på seg selv, men ved selvmedfølelse er det ikke nødvendig å anse seg selv som bedre enn andre.

En vanlig misforståelse er at selvmedfølelse og selvmedlidenhet er det samme, men ved selvmedlidenhet overdriver gjerne personen egne problemer og glemmer at andre opplever lignende problematikk. Derimot er et av komponentene i selvmedfølelse fellesmenneskelighet, hvor man anerkjenner det menneskelige fellesskapet og opplever lidelse i lys av dette. Med andre ord erkjenner man at livet til tider er vanskelig og vondt for alle, og at noen kanskje har det verre enn en selv. Dette betyr at selvmedfølelse personer ikke overdriver graden av egen lidelse og smerte, men ser det i et større perspektiv (Neff, 2011).

Det er også vanlig å blande selvmedfølelse med selvnyttelse (self-indulgence), men selvnyttelse går ut på å ukritisk unne seg selv alt man vil, uten å tenke på hva som egentlig er til det beste for en selv. Selvmedfølelse innebærer å ønske det beste for egen helse og velvære fordi man virkelig bryr seg. Det betyr at selvmedfølelse motiverer til å mestre vanskelige

utfordringer, å lære fra egne feil og å jobbe hardt, for å kunne være lykkelig og unngå lidelse (Neff, 2011).

Frykt for selvmedfølelse. Gilbert, McEwan, Matos og Ravis (2011) utviklet selvrappoteringsmål på frykt for medfølelse, da de ønsket en bedre forståelse for dette fenomenet både i forskning og klinisk praksis. Det ble utformet mål på frykt for medfølelse ved tre områder: frykt for medfølelse for seg selv, frykt for medfølelse fra andre og frykt for medfølelse for andre. Gilbert og kolleger (2011) fant at frykt for medfølelse for seg selv var sterkt koblet til frykt for medfølelse fra andre, og at frykt for medfølelse for seg selv og fra andre var knyttet til kulde mot seg selv, selvkritikk og depresjon. De fant også en sammenheng mellom utrygge tilknytningsstiler og frykt for selvmedfølelse kombinert med lav grad av selvmedfølelse (Gilbert et al., 2011). I senere forskning har frykt for selvmedfølelse blitt assosiert med spiseforstyrrelser, og stor grad av frykt for selvmedfølelse er funnet å sterkt kunne predikere spiseforstyrrelser hos klinisk utvalg (Kelly, Vimalakanthan & Carter, 2014). I normalpopulasjoner kunne lavt nivå av selvmedfølelse predikere spiseforstyrrelser. Dette tydet på at frykt for selvmedfølelse var viktig å rette fokus mot i behandling, mens selvmedfølelse kunne være en viktig del av å forebygge spiseforstyrrelser (Kelly et al., 2014).

Behandlingsprogrammer med fokus på selvmedfølelse

Det finnes flere typer intervensjoner og behandlingsprogrammer med fokus på selvmedfølelse, mens tre stykker fremstår å være blant de meste etablerte formene for slike intervensjoner og behandlingsprogrammer. Medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelser er en forlengelse av Compassion Focused Therapy integrert med kognitive atferdsterapeutiske intervensjoner. Mindful-Self Compassion er et kurs med fokus på å øke selvmedfølelse, mens Mindfulness-Based Stress Reduction fokuserer mest på mindfulnessbaserte intervensjoner.

Medfølelsesfokusert terapi (CFT). Compassion Focused Therapy (CFT) er utviklet av Paul Gilbert, og er en integrert tilnærming som bygger på nevrovitenskap, utviklings- og evolusjonsteori, og sosial- og buddhistisk psykologi (Gilbert, 2009a). CFT ble utviklet på bakgrunn av en rekke observasjoner. Svært selvkritiske og skamfulle personer hadde vansker med å være selvmefølende, og personer som hadde opplevd traumer eller andre negative hendelser i barndommen ble sensitive for tegn på avvisning og kritikk fra omverdenen. Dette kunne føre til selvangrep i form av selvkritikk og skam, og de kunne oppleve at omverdenen og deres indre verden raskt ble fiendtlig (Gilbert, 2009a). For terapeutisk arbeid med skam og selvkritikk kan det trekkes paralleller til intervensjoner for traumer, da gjerne med tanke på fokus på tidlige minner (Gilbert & Irons, 2005). Personer utsatt for mye skam og selvkritikk kan ha utfordringer med å kjenne følelser av tilfredshet, trygghet og varme i relasjoner med andre og seg selv. De kan streve med å få utbytte av terapeutiske intervensjoner som kognitiv restrukturering ved at de forstår den alternative måten å tenke på uten at de opplever en emosjonell endring (Gilbert, 2009a).

Tre systemer for emosjonsregulering. Fundamentet i CFT er at vi menneskers emosjonsregulering avhenger av tre spesifikke reguleringssystemer, og at disse er i balanse. Hver av systemene er assosiert med forskjellige hjerneområder og kjemiske prosesser, samt ulike følelser og reguleringsoppgaver.

Trygghetssystemet håndterer negativt stress, fremmer tilknytning og er relatert til følelsen av tilfredshet, trygghet, tillit, å være beskyttet og å kjenne tilknytning til andre. Trygghetssystemet er assosiert med prefrontal korteks og utskillelse av oksytocin og opiater (Gilbert 2005; 2009a; 2009b). *Utforskningssystemet* fokuserer på motivasjon og drivkraft, og er assosiert med nuclus accumbens i hjernen og aktiverer dopaminutskillelse. Opplevelsen av å ville noe, oppnå noe, kjenne progresjon, fokus og å ville utrette noe er assosiert med utforskningssystemet (Gilbert 2005; 2009a; 2009b). *Trusselsystemets* oppgave er å gjenkjenne

trusler og å beskytte oss. For å sikre vår trygghet aktiveres dette systemet heller gang for mye enn for lite. Følelser knyttet til trusselsystemet er angst, sinne, avsky, frykt og skyld.

Amygdala og aktivering av adrenalin- og kortisolutskillelse er også assosiert med trusselsystemet (Gilbert 2005; 2009a; 2009b).

I CFT tenker man at negativt stress og emosjonell uro bunner i ubalanse mellom de tre systemene, hvor ubalansen gjerne skyldes en underutvikling av trygghetssystemet. Ifølge Gilbert (2009b) oppstår pasientenes vansker ofte grunnet at trygghetssystemet ikke er lett tilgjengelig eller tilstrekkelig utviklet, og at underutviklingen for eksempel kan skyldes at det ikke har blitt stimulert gjennom oppveksten. I CFT er derfor fokuset å utvikle trygghetssystemet, men også å balansere de tre systemene slik at man er rustet for å regulere emosjoner (Gilbert, 2009b).

Compassionate Mind Training. Compassionate Mind Training (CMT) består av spesifikke aktiviteter rettet mot å utvikle medfølende egenskaper og evner, spesielt de som påvirker emosjonsregulering (Gilbert, 2009a; 2009b). Det er en av hovedkomponentene i CFT og har blitt forsket på som en gruppeintervensjon for personer med ekstrem grad av selvkritikk og skam (Gilbert & Procter, 2006). Formålet er å lære disse personene å tenke selvberoligende og selvbetryggende tanker. Blant annet bygger Compassionate Mind Training på ideen om at mennesker kan få utbytte av å utvikle medfølelse for seg selv gjennom spesifikke oppgaver og øvelser, og er en del av flere terapiformer. Medfølelse kan derfor bli sett på som en evne man kan trene opp og øve på (Gilbert & Irons, 2005).

Et av hovedproblemene til selvkritiske personer, er at trygghetssystemet deres, som gir dem tilgang til en selvmedfølende og selvivaretagende mentalitet, er understimulert og underutviklet. Banene i hjernen som trigger følelse av betryggelse, å føle seg beroliget og trygg, er ikke nok utviklet og nok tilgjengelig for stimulans. Dette gir dermed lite tilgang til trygghetssystemet. Et av aspektene ved Compassionate Mind Training er derfor å stimulere til

nye baner i hjernen, som styrker utviklingen av nye måter å forholde seg til seg selv på. Målet er å erstatte maladaptiv sikkerhetsatferd, å redusere skam, samt å dempe uhensiktsmessige selvrelasjoner eller måter å relatere til seg selv på (self-to-selv relating) og heller stimulere selvbetryggende og selvberoligende selvrelasjoner (Gilbert & Irons, 2005).

Medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelser (CFT-E). CFT var originalt utviklet som en behandlingsform rettet seg mot skam, selvkritikk og fiendtlighet rettet mot seg selv. I tillegg har Compassion Focused Therapy for Eating Disorders (CFT-E) også som formål å øke medfølelse for andre med spiseforstyrrelser og for seg selv (Goss & Allan, 2014). CFT-E ble utviklet etter at intervensjoner fra CFT ble benyttet i tillegg til kognitiv atferdsterapi i gruppeformat. Over tid utviklet det seg til å bli en tilnærming som var mer rettet mot en spesifikk protokoll og teoretisk modell, som anså dyrking av medfølelse som kjernen i behandlingsprogrammet (Goss & Allan, 2014).

I CFT-E tenker man at effekten av andre behandlingsmetoder blir begrenset av pasientens manglende evne til å benytte sitt beroligende trygghetssystem. Man har i CFT-E beholdt mange av intervensjonene fra kognitiv atferdsterapi, blant annet sokratiske dialog, dagbok, gradvis eksponering, atferdseksperimenter og hjemmeoppgaver (Goss & Allan, 2014). Det brukes også intervensjoner fra protokoller for kognitiv atferdsterapi spesifikt utviklet for behandling av spiseforstyrrelser, som strukturert spising og måltidsplanlegging, eksponering for spesifikke typer mat og måltidsituasjoner, og et fokus på arbeid med problemer knyttet til vekt og kroppsfasong (Goss & Allan, 2014).

CFT-E vektlegger som CFT en evolusjonær modell for emosjonsregulering (tre-systems-modellen), og setter denne modellen i sammenheng med emosjons- og vektregulering ved spiseforstyrrelser. De biopsykososiale faktorene som er funnet å kunne spille en rolle i etiologien og vedlikeholdelsen av spiseforstyrrelsen bringes også på bane. Dette inkluderer blant annet biologiske konsekvenser av sulting og kaotisk spising,

funksjonen spiseforstyrret atferd har ved regulering av trussel- og utforskningsystemene, og utfordringene knyttet til å leve i en kultur som er overfokuset på dietter (Goss & Allan, 2014).

Et hovedaspekt i CFT-E er å bygge kapasitet til å håndtere eget trusselsystem, samt arbeid med andre emosjonsreguleringsstrategier. Videre vektlegges i CFT-E bruken av sensoriske- og visualiseringsøvelser for å stimulere tilknytningssystemet. Sentralt her er utviklingen av det medfølende selvet, som er fokuspunktet for arbeid med problematiske emosjoner og atferd på vegne av en selv og andre gruppe-medlemmer (Goss & Allan, 2014). Ved utviklingen av CFT-E har man måttet forstå hvordan skam og selvkritikk operer på ulike måter ved de forskjellige spiseforstyrrelsene. Her har man funnet en dypere forståelse av funksjonen disse prosessene kan ha, og rettet intervensjoner mot spesifikke biologiske, psykologiske og sosiale utfordringer knyttet til bedring fra spiseforstyrrelser (Goss & Allan, 2014).

Mindful Self-Compassion. Mindful Self-Compassion (MSC) er et korttids-intervensjonsprogram utviklet av Neff og Germer (2013). De baserte strukturen til MSC på Mindfulness-Based Stress Reduction. MSC er en intervensjon som både kan benyttes på kliniske og ikke-kliniske populasjoner. Hovedfokuset i MSC er å hjelpe kursdeltakerne til å utvikle selvmedfølelse, hvor mindfulness får en sekundær vektlegging, og dermed kan MSC være et supplement til Mindfulness-Based Stress Reduction eller mindfulnessbasert kognitiv terapi (Neff & Germer, 2013). Målet i MSC er å gi deltakerne verktøy til å øke selvmedfølelse, slik at de kan integrere dem i eget liv og benytte dem i dagliglivet.

Kursdeltakerne lærer både formelle og uformelle selvmedfølelsesøvelser. De uformelle øvelsene skal kunne brukes i dagliglivet, og de formelle er for eksempel sittende meditasjon. Videre lærer man «loving-kindness» meditasjon, som er vennlig velvilje som man kan gi seg selv i situasjoner i dagliglivet, samt kunnskap om hvordan man kan motivere seg

selv slik man ville motivert en god venn; gjennom oppmuntring og støtte i stedet for straff og fordømmelse (Neff & Germer, 2013). Programmet har alltid to ledere, hvorav en av lederne er en trent kliniker, da programmet fokuserer mye på emosjonell lidelse. På denne måten kan deltakere som skulle få behov for det bli fulgt opp av en kliniker. Likevel ansees programmet som et kurs heller enn gruppeterapi (Neff & Germer, 2013). Andre fokus i MSC-kurset er en introduksjon til hva selvmedfølelse er, å tydeliggjøre skillet mellom selvmedfølelse og selvfølelse, samt en introduksjon til mindfulness (Neff & Germer, 2013).

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Mindfulness-Based Stress Reduction er et behandlingsprogram som ble utviklet av Kabat-Zinn (1991, referert til i Neff, 2011). I Mindfulness-Based Stress Reduction lærer man gjennom mindfulnessbaserte intervensjoner å være oppmerksom på emosjoner og tanker som oppstår i bevisstheten. Når man legger merke til tankene og emosjonene som oppstår i øyeblikket, skal man møte og oppleve disse med godhet, aksept og en ikke-dømmende holdning. På denne måten kan dette være en effektiv måte å øke selvmedfølelse på (Neff, 2011) og forskning har indikert at praktisering av mindfulness kan øke selvmedfølelse (se Barnard & Curry, 2011, for en litteraturgjennomgang) .

Tidligere forskning på selvmedfølelse og spiseforstyrrelser

Tidligere har det blitt publisert litteraturgjennomganger som undersøker relasjonen mellom selvmedfølelse eller medfølelse, og/eller kliniske og subkliniske tilstander med spiseforstyrrelsessymptomer (Bardone-Cone, Thompson & Miller, 2018; Beccia, Dunlap, Hanes & Courneene, 2018; Braun, Park & Gorin, 2016; Linardon, Fairburn, Fitzimmons-Craft & Wilfley, 2017; Rahimi-Ardabili, Reynolds, Vartanian, McLeod & Zwar, 2018; Steindl, Buchanan, Goss & Allan, 2017). Noen av disse inkluderte kun studier som benyttet klinisk utvalg, men disse var enten systematiske, eller inkluderte også andre intervensjoner enn kun selvmedfølelsesbaserte intervensjoner (Bardone-Cone et al., 2018; Linardon et al.,

2017; Steindl et al., 2017). To inkluderte kun ikke-klinisk utvalg (Beccia et al., 2018; Rahimi-Ardabili et al., 2018), mens én litteraturgjennomgang inkluderte både klinisk og ikke-klinisk utvalg (Braun et al., 2016). Det er tidligere funnet at selvmedfølelse kunne fungere som en beskyttende faktor mot dårlig kroppsbilde og spisepatologi, at selvmedfølelsesbaserte intervensjoner kunne ha effekt på flere symptomer ved subkliniske tilstander av spiseforstyrrelser eller kroppsmisnøye. Blant annet kunne selvmedfølelse redusere bekymringer knyttet til kroppsbilde og negativ affekt, og øke grad av kroppstilfredshet (Albertson et al., 2014; Beccia et al., 2016; Breies et al., 2014; Pisitsungkagarn et al., 2014; Rahimi-Ardabili et al., 2018). Disse funnene tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner kan være nyttige for personer med symptomer som ofte forekommer før kliniske spiseforstyrrelser er utviklet, og at de slik sett kan ha en forebyggende effekt. Det kan videre tenkes at dersom disse intervensjonene har effekt ved subkliniske tilstander, er det mulig at de også kan ha effekt på kliniske spiseforstyrrelser.

Selvmedfølelsesintervensjoner i behandling av spiseforstyrrelser har fått støtte i flere av litteraturgjennomgangene. Spesielt CFT har blitt testet og effekt har blitt sett gjennom reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer (Linardon et al., 2017; Steindl et al., 2017). Linardon og kolleger (2017) konkluderte imidlertid med at kognitiv atferdsterapi rettet mot spiseforstyrrelser burde være den tilnærmingen som tilbys, da det ikke forelå nok dokumentasjon på andre tilnærminger (tredjegerasjons atferdsterapi) til at de kunne kalles evidensbaserte.

Tidligere forskning viste at selvkritikk og skam var viktige aspekter i utviklingen av, og vedlikeholdelsen av kliniske og subkliniske spiseforstyrrelser, samt at disse var assosiert med negative behandlingsutfall. Dette er aspekter ved spiseforstyrrelser som ikke nødvendigvis alle kognitive atferdsterapeutiske tilnærminger retter seg mot (Steindl et al., 2017). Blant personer med spiseforstyrrelser er det funnet at de med større grad av selvkritikk

grunnet skam hadde mer alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer. Hos disse personene vil intervensjoner som retter seg mot skam kunne hjelpe dem å oppnå bedring (Kelly & Carter, 2013). Videre ble skam ble funnet å være assosiert med symptomer på spiseforstyrrelser, hvor perioder med større opplevelse av skam også førte til mer alvorlig spisepatologi. Samtidig ble perioder med høyere nivå av selvmefølelse eller nedgang i alvorlighetsgraden til spisepatologien assosiert med lavere grad av skam (Kelly & Tasca, 2016). Dette kan tyde på at selvmefølelsesintervensjoner kan ha en positiv effekt på spiseforstyrrelser blant annet gjennom å rette seg spesifikt mot selvkritikk og skam.

Formål og relevans ved litteraturgjennomgangen

Som nevnt tidligere, har oppsummert forskning vist at en stor andel av spiseforstyrrelsespasienter ikke får effekt av de dokumenterte og anbefalte behandlingstiltakene, og forskning har tidligere adressert behovet for mer dokumentasjon for andre tilnæringer enn kognitiv atferdsterapi (Helsedirektoratet, 2017; Linardon et al, 2017). Skam og selvkritikk har spesielt blitt nevnt i forskningen som aspekter ved spiseforstyrrelser kognitive atferdsterapeutiske tilnæringer nødvendigvis ikke rettes mot i stor nok grad, og at selvmefølelsesintervensjoner retter seg spesifikt mot dette (Steindl et al., 2017). Dette kan tyde på at de anbefalte behandlingstilnærmingene ikke alltid er gode nok for personer med spiseforstyrrelser. Det er dermed et behov for mer kunnskap om andre tilnæringer, som selvmefølelsesintervensjoner, og deres effekter.

Begrepsavklaring

Gjennom litteraturgjennomgangen vil det bli brukt mange begreper som er oversatt fra engelsk. En del av begrepene har et allerede eksisterende norsk begrep, men for noen var det nødvendig å lage en norsk oversettelse. Dette gjelder spesielt begreper fra de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen, og er ofte relatert til målene benyttet i studiene. De mest sentrale begrepene vil kort bli redegjort for i denne delen av oppgaven, men det henvises til

appendikset for en oversikt over alle begrepene. Samtidig vil også det engelske begrepet stå i parentes første gang det norske begrepet benyttes senere i litteraturgjennomgangen.

I bakgrunns litteraturen er det benyttet ulike begreper for selvmedfølelse. Gilbert skriver gjerne «compassion» og «the compassionate self» eller «compassion towards oneself». Neff benytter begrepet self-compassion i sine publikasjoner. Dette gjenspeiles også i studiene inkludert i litteraturgjennomgangen, da de ulike begrepene benyttes i forskjellige studier. I hovedsak ansees de som å beskrive det samme fenomenet (selvmedfølelse), men for ordens skyld vil ulike norske begreper også benyttes. Dermed vil ordet *selvmedfølelse* som hovedregel benyttes i oppgaven, men der litteraturen eller de inkluderte studiene har skrevet andre begreper vil tilsvarende norske begreper brukes. For eksempel vil begrepene «compassion towards oneself» og «the compassionate self» henholdsvis bli *medfølelse for seg selv* og *det medfølende selvet* på norsk.

I litteraturgjennomgangen vil begrepet *klinisk utvalg* benyttes. Det som menes med dette begrepet er personer som oppfyller diagnostiske kriterier til hvilken som helst spiseforstyrrelse, eller som er diagnostisert med spiseforstyrrelser. Her skilles det ikke mellom ulike spiseforstyrrelser, kun om en person oppfyller diagnostiske kriterier eller ikke. *Ikke-klinisk utvalg* betyr altså at personene ikke oppfyller diagnosekravene for spiseforstyrrelser eller allerede har en slik diagnose.

Med *spiseforstyrrelse* menes det patologiske tilstandsbildet som knyttes til denne kategorien av diagnoser i manualene. Subkliniske tilstander eller annen spiseproblematikk inkluderes altså ikke i dette begrepet.

Problemstillinger og hypotese

Ønsket med litteraturgjennomgangen er å undersøke selvmedfølelsesintervensjoners effekt på spiseforstyrrelser. Hovedproblemstillingen er derfor «Hvilken effekt har selvmedfølelsesintervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser?». Hypotesen er at

selvmedfølelsesintervensjoner har en effekt på spiseforstyrrelser og vil være nyttig å anvende i behandling av slike lidelser. Med effekt menes det en nedgang i atferd og symptomer forbundet med spiseforstyrrelser etter at intervensjoner er gjennomført. Med tanke på implementering av selvmedfølelsesintervensjoner i praksis vil det også være interessant å undersøke forskjeller i effekt og varighet av effekter mellom intervensjonene. Dermed følger to underproblemstillinger: 1) «Har noen selvmedfølelsesintervensjoner bedre effekt enn andre, i kliniske utvalg?» og 2) «Kan en si noe om varigheten av effektene til selvmedfølelsesintervensjoner?».

Metode

Systematiske søk ble utført i indeksbasene PsycINFO (Ovid), Medline (Ovid) og Web of Science da disse anses som dekkende for problemstillingen. Videre vil det redegjøres for søkestrategi og søkeord, inklusjons-og eksklusjonskriterier, samt valg av utfallskategorier.

Søkestrategi og søkeord

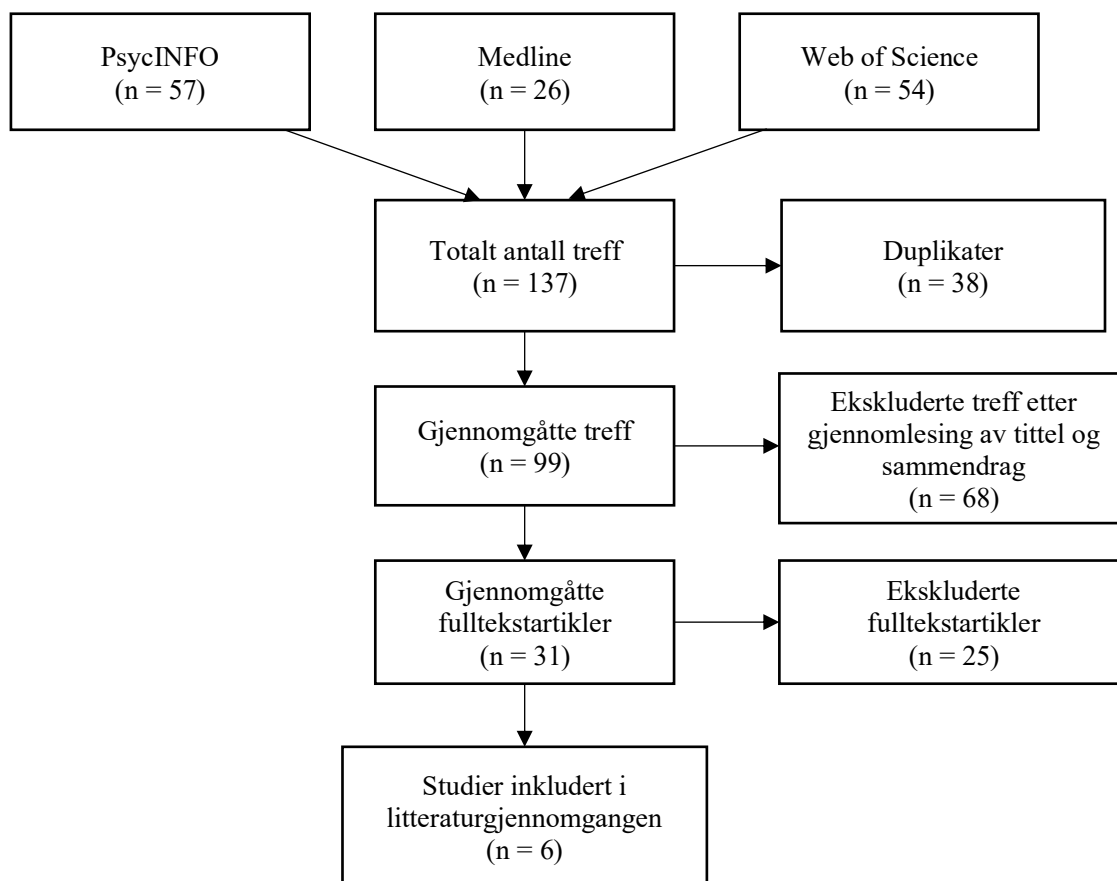
Søkeordene og søkestrategien er et resultat av et usystematisk pilotsøk i PsycINFO for utprøving av ulike søkeordskombinasjoner. I tabell 1 sees en oversikt over de endelige søkeordene for de to søkeordsgruppene selvmedfølelse og spiseforstyrrelse. Resultatet av søket er fremstilt i figur 1.

Tabell 1. *Søkeord*

Selvmedfølelse	Spiseforstyrrelse
«self compas*»	anorex*
«self compassion»	bulemi*
«compassion focused»	bing*
	EDNOS
	«eating disorder not otherwise specified»
	«eating disorder*»
	«eating pathology»

I søkestrategien er boolsk kombinasjonslogikk, frasesøk og trunkeringer inkludert. Det er mulig å inkludere kontrollerte emneord i søk ved PsychINFO og Medline, og dette ble gjort gjennom å beholde standard søkefeltsdefinisjon. Det ble utformet en gruppe søkeord for selvmedfølelsesintervensjoner og for klinisk utvalg. Innen hver av gruppene ble de enkelte søkeordene kombinert med OR, mens de to hovedgruppene ble kombinert med AND. Deretter ble søket avgrenset til å kun vise litteratur publisert i 2016-2019. Den samme strategien er benyttet i alle tre indeksbaser. Dato for søk var 14.01.2019 for PsycINFO og 17.01.2019 for Medline og Web of Science.

Figur 1. Flytdiagram over seleksjonsprosessen



Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ble satt tre inklusjonskriterier som studiene måtte oppfylle for å kunne inkluderes i litteraturgjennomgangen. 1) Studiene måtte undersøke effektene av en

selvmedfølelsesintervensjon, denne intervensjonen kunne enten være implementert alene eller som en sentral del av behandlingen. 2) Populasjonene måtte være kliniske, det vil si at deltakerne i studiene enten måtte være diagnostisert med en spiseforstyrrelse eller oppfylle kriteriene for hvilken som helst spiseforstyrrelsesdiagnose. 3) Studiene måtte være publisert i tidsperioden 2016-2019. I tillegg måtte studiene være på skandinaviske språk eller engelsk. Det ble ikke satt noen krav til at studiene måtte være kvantitative.

Det er tidligere publisert systematiske og kvalitative litteraturgjennomganger som tar for seg studier på selvmedfølelsesintervensjoner (Beccia et al., 2017; Braun et al., 2016; Linardon et al., 2018; Rahimi-Ardabili et al., 2018; Steindl et al., 2017). Braun og kolleger (2016) er ut fra min kjennskap den nyeste systematiske litteraturgjennomgangen som ser på ulike selvmedfølelsesintervensjoner effekt på kliniske utvalg. De inkluderte forskning som var publisert til og med 2015, og derfor er artikler publisert før 2016 ekskludert fra denne litteraturgjennomgangen.

Underveis i seleksjonsprosessen ble én artikkel ekskludert grunnet språk, men den hadde trolig uansett blitt ekskludert ved gjennomlesing av tittel og sammendrag. Ingen artikler ble ekskludert grunnet manglende tilgang.

Utfallskategorier

De inkluderte studiene ble kategorisert etter type selvmedfølelsesintervensjon. På denne måten kan ulike typer selvmedfølelsesintervensjoner sammenliknes. I tillegg muliggjør det undersøkelse av hvilken effekt andre selvmedfølelsesintervensjoner har, enn de intervensjonene det tilsynelatende er forsket mest på. En annen mulighet kunne vært å kategorisere ut ifra type spiseforstyrrelse. Dette ble ansett som lite hensiktsmessig da denne litteraturgjennomgangen ikke skiller mellom type spiseforstyrrelse i inklusjonskriteriene, blant annet er det inkludert studier der kun de diagnostiske kriteriene til en hvilken som helst spiseforstyrrelse skal være oppfylt. Følgende utfallskategorier ble utformet: 1) Blandede

selvmedfølelsesintervensjoner, 2) Compassion Focused Therapy (CFT) og 3) Ren selvmedfølelsesintervensjon.

Resultater

Seks studier ble vurdert som relevante for litteraturgjennomgangen da de oppfylte inklusjonskriteriene. Studiene er publisert i tidsperioden mellom november 2016 og august 2018. Før resultatene gjennomgås vil studienes karakteristikk presenteres. I tabell 2 er det en oversikt over nøkkelegenskaper og hovedfunn ved de inkluderte studiene.

Tabell 2. Nøkkelegenskaper ved de inkluderte studiene

Studie	Design	Mål*	Utvalg	Sentrale funn**
Duarte et al. (2017)	RCT som sammenlikner CARE intervensjonen med venteliste kontrollgruppe	EDE BES BISS DASS21 CFQ-FC BIAAQ FFMQ CAAS SCS FSCRS	Kvinner fra den generelle populasjonen som møtte DSM-IV kriteriene for overspisingsslidelse (N = 20)	Effekt på samtlige områder som symptomer på overspising, negativt kroppsfokus og kognisjon relatert til spiseforstyrrelser. Selvmedfølelse viste en marginal effekt. Ved oppfølging etter en måned vedvarte alle effekter bortsett fra selvkritikk-utilstrekkelighet.
Kelly & Waring (2018)	RCT som sammenlikner en 2 ukers intervensjon med daglig selvmedfølende brevskrivning med venteliste kontrollgruppe	SCS FCS OAS ESS ACMTQ Readiness Ruler EDE-Q CEQ	Kvinner fra den generelle populasjonen som møtte DSM-5 kriteriene for anorexia nervosa eller atypisk anorexia nervosa (N = 40)	Effekt på aspekter av skam, behandlingsmotivasjon og beredthet til å motta hjelp, samt selvmedfølelse. Ingen effekt på BMI. EDE-Q skårer viste symptomøkning på tvers av intervensjons- og kontrollgruppen.
Kelly et al. (2017)	RCT som sammenlikner 12 uker TAU med 12 uker TAU og CFT gruppetimer	EDE-Q SCS FCS ESS	Kvinnelige polikliniske pasienter diagnostisert med en spiseforstyrrelse (N = 22)	Effekt på aspekter ved selvmedfølelse, skam, redsel for selvmedfølelse og spisepatologi.
	Longitudinell studie som tester effekten av BEfree	AAQ-II CFQBI	Kvinner fra den generelle populasjonen som møtte kriteriene	Effekt på samtlige områder knyttet til overspisingsslidelse, og effekten vedvarte ved

Pinto-Gouveia et al. (2016)	intervensjonen og utforsker hvilke psykologiske prosesser som medierer terapeutiske endringer i overspising	ELS OAS FSCRS SCS FFMQ	for overspisingslidelse (<i>N</i> = 31)	tre- og seks måneders oppfølging. Det ble også identifisert en rekke underliggende prosesser som medierte intervensjonens terapeutiske effekt.
Pinto-Gouveia et al. (2017)	Kontrollert longitudinell studie som sammenlikner BEfree intervensjonen med venteliste kontrollgruppe	EDE BES BDI OAS ORWELL 97 BIAAQ CFQ-BI ELS SCS FFMQ-15	Kvinner fra den generelle populasjonen som møtte kriteriene for overspisingslidelse (<i>N</i> = 59)	Effekt på flere områder relatert til overspisingslidelse, bortsett fra mindfulness, endringer i selvmedfølelse og BMI. Samtlige variabler viste en vedvarende effekt ved tre- og seks måneders oppfølging, mens det fra tre til seks måneder var en nedgang i obersevasjonsfasetten i FFMQ.
Williams et al. (2017)	Retrospektiv studie som evaluerer data fra spørreskjema	EDE-Q	Kvinner fra den generelle populasjonen som møtte DSM-5 kriteriene for en spiseforstyrrelsesdiagnose (<i>N</i> = 9)	Overordnet effekt på tanker og atferd relatert til spiseforstyrrelser. Syv av ni deltakere rapporterte post-intervensjon en klinisk reliabel bedring i EDE-Q skårer.

**Notat.* Autonomous and Controlled Motivation for Treatment Questionnaire (ACMTQ), Beck Depression Inventory (BDI), Binge Eating Scale (BES), Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ), Body Image Shame Scale (BISS), Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image (CFQBI), Cognitive Fusion Questionnaire – Food Craving (CFQFC), Compassionate Engagement and Action Scales (CAAS), Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ), Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS), Eating Disorder Examination (EDE), Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q, Experience of Shame Scale (ESS), Fear of Self-Compassion (FSC), Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Forms of Self-Criticism and Self-Reassurance (FSCRS), Obesity-Related Well-Being Questionnaire (ORWELL-97), Other as Shamer Scale (OAS), Self-Compassion Scale (SCS), The Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II), The Engaged Living Scale (ELS)

***Notat.* Viser kun signifikante funn.

Deskriptiv informasjon om studiene

Av de seks studiene benyttet samtlige bekvemmelighetsutvalg ved rekruttering gjennom reklameannonser, mens én studie benyttet data fra enkeltindivider ved en klinikk spesialisert på spiseforstyrrelser. Ingen av de inkluderte studiene benyttet samme utvalg og det foreligger dermed en total på 181 deltakere. Alle deltakerne var kvinner. To av studiene er publisert av samme forskergruppe (Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017), mens de resterende er publisert av ulike grupper. Imidlertid er det flere forfattere som går igjen ved de ulike studiene (Duarte et al., 2017; Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017).

Tre av studiene er randomiserte kontrollerte undersøkelser (RCT) (Duarte et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Kelly et al., 2017), to er longitudinelle studier hvor den ene er en kontrollert longitudinell studie (Pinto-Gouveia 2016; 2017), og én studie er en retrospektiv analyse av data (Williams et al., 2017). To av studiene benyttet ikke kontrollgruppe (Pinto-Gouveia et al., 2016; Williams et al., 2017) og den kontrollerte longitudinelle studien var ikke randomisert (Pinto-Gouveia et al., 2017).

Metode for datainnsamling var selvrapporterte spørreskjema i alle studiene, men fem studier benyttet intervju i vurderingsfasen (Duarte et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Kelly et al., 2017; Pinto-Gouveia 2016; 2017) og tre studier benyttet også intervju underveis (Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). En studie oppga ikke informasjon om intervju ble benyttet i vurderingsfasen (Williams et al., 2017). Alle studiene utførte baseline-mål (mål før intervensjonen) og post-intervensjon, og tre studier inkluderte oppfølgingsmål (Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). To studier hadde også målinger underveis, mens tre studier benyttet ikke oppfølgingsmålinger (Kelly & Waring, 2018; Kelly et al., 2017; Williams et al., 2017).

Blandede selvmedfølelsesintervensjoner

Flere inkluderte studier undersøkte effekten av intervensjoner hvor selvmedfølelse var en av hovedkomponentene, men ikke den eneste komponenten. Det er slike selvmedfølelsesintervensjoner som menes med *blandede selvmedfølelsesintervensjoner*. Tre studier, som favner to ulike selvmedfølelsesintervensjoner, vil nå presenteres.

BEfree-intervensjonen. I 2016 undersøkte Pinto-Gouveia og kolleger en intervensjon basert på selvmedfølelse. Intervensjonsprogrammet var rettet mot personer med overspisingslidelse, og de kalte det *BEfree*. Formålet med studien var å undersøke effekten av BEfree-intervensjonen samt å utforske de underliggende psykologiske prosessene som medierte den terapeutiske endringen i spiseforstyrrelsen ved post-intervensjon. De testet intervensjonen på en gruppe kvinner med overspisingslidelse, og hadde kun en betingelse i studien (intervensjonsgruppen).

Intervensjonen ble gjennomført i gruppeformat og integrerte psykoedukasjon, mindfulness, medfølelse og verdibasert atferd. Programmet gikk over 12 uker med ukentlige gruppemøter som varte i 2 timer og 30 minutter. Gruppene hadde mellom 10 og 15 deltakere hver. Alle møtene fulgte en fast struktur hvor alle deltakerne først fikk muligheten til å dele erfaringer siden forrige møte, deretter ble en femminutters mindfulnessøvelse gjennomført før de rettet fokus mot møtets tema. Videre gjorde de en øvelse i mindful spising før møtets tema ble oppsummert og hjemmeoppgaver ble gitt.

Ved post-intervensjon viste dataene at deltakerne hadde en nedgang i utfallsmålene overspising og spisepatologi med middels til store effekter. Samtidig så Pinto-Gouveia og kolleger (2016) også en signifikant reduksjon i kroppsbilderelatert kognitiv fusjon, ekstern skam og selvkritikk, og en økning i grad av psykologisk fleksibilitet, verdidrevet livsførsel, selvmedfølelse, selvbetryggelse og ulike mindfulnessfasetter. For prosessmålene psykologisk fleksibilitet, kroppsbilderelatert kognitiv fusjon, ekstern skam, selvkritikk, selvbetryggelse og

selvmedfølelse var effektstørrelsene middels til store. Oppfølgingsmålinger etter tre og seks måneder viste at effektene av intervensjonen vedvarte.

Pinto-Gouveia og kolleger (2016) identifiserte også en rekke underliggende prosesser som medierte den terapeutiske effekten av BEfree-intervensjonen. Ved overspising spilte følgende prosesser en rolle: lav psykologisk fleksibilitet, kroppsbilderelatert kognitiv fusjon og grad av verdidrevet livsførsel, mens disse prosessene medierte endringen fra pre- til post-intervensjon: ekstern skam, selvkritikk i form av å se seg selv som utilstrekkelig, selvkritikk i form av hat rettet mot en selv, selvbetryggelse, selvbedømmelse og selvmedfølelse. Videre identifiserte de to prosesser knyttet til spisepatologi: generell lav psykologisk fleksibilitet og den ikke-reagerende mindfulnessfasetten (the non-reacting facet of mindfulness).

Den samme forskergruppen undersøkte på nytt BEfree-intervensjonen i 2017 (Pinto-Gouveia et al.), men denne gangen inkluderte de også en kontrollgruppe. Formålet med studien var å teste effekten av intervensjonen hos kvinner med overspisingsslidelse. Dataene viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppens karakteristikk. Videre så de på gruppenivå en signifikant effekt med middels til stor effektstørrelse på spisepatologi, overspising, ekstern skam, depresjon og livskvalitet. De så videre en nedgang i kroppsbilderelatert kognitiv fusjon, selvkritikk og lav grad av psykologisk fleksibilitet. Imidlertid viste ikke mindfulness noen signifikant effekt, og endringer i selvmedfølelse nådde heller ikke statistisk signifikans. Dette var også gjeldende for kroppsmasseindeksen. Innad i gruppene så Pinto-Gouveia og kolleger (2017) en signifikant reduksjon i spisepatologi, overspising, depresjon, kroppsbilderelatert kognitiv fusjon, ekstern skam og selvkritikk, samt økning i livskvalitet i intervensjonsgruppen. Disse endringene hadde middels til store effekter. I kontrollgruppen var det ingen signifikante endringer annet enn ekstern skam som viste en økning fra pre- til postintervensjon.

Ved oppfølgingsmålinger etter tre og seks måneder viste dataene en vedvarende effekt for samtlige variabler: spisepatologi, overspising, depresjon, livskvalitet, lav psykologisk fleksibilitet knyttet til kroppsbilde, kroppsbilderelatert kognitiv fusjon, ekstern skam og selvkritikk. De så en endring i skårene på selvmefølelse, som hadde en signifikant økning fra post-intervensjon til oppfølgingsmålingene. I observasjonsfasetten til Five Facet Mindfulness Questionnaire så de en signifikant nedgang i skårene mellom tre og seks måneders oppfølgingsmål.

CARE-intervensjonen. Duarte og kolleger undersøkte i 2017 en fire-ukers lavintensitetsintervensjon som de kalte *the CARE intervention*. Formålet med studien var å undersøke intervensjonens effekt på kvinner med overspisingsslidelse. Intervensjonen bygger på komponenter fra medfølelse, mindfulness og aksept. Ved oppstart ble deltakerne invitert til et gruppemøte på 2 timer og 30 minutter, hvor de fikk psykoedukasjon om de underliggende faktorene ved reguleringsvansker for spising, om emosjonsregulerende systemer og overspisingssyklusen. Et annet fokus på møtet var mindfulness- og medfølelseskonsepter som nyttige verktøy, samt øvelser som mindful meditasjon og andre medfølende visualiseringsøvelser. Gjennom intervensjonsukene gjorde deltakerne en rekke øvelser og oppgaver. I første uke deltok de på instruerte mindfulnessøvelser, som mindful pust, kroppsskanning og mindful spising. I uke to til fire fikk kvinnene delta på medfølende visualiseringsoppgaver som inkluderte å bygge det medfølende selvet, fremme medfølelse for andre, fremme medfølelse for noen med spiseproblematikk og fremme medfølelse for seg selv. Gjennom alle intervensjonsukene ble også deltakerne oppfordret til å gjøre øvelser på egenhånd.

Målene viste ingen signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen i baselinemålingene. Fra pre-intervensjon til post-intervensjon fant de en signifikant reduksjon i symptomer på overspisingsslidelse, indikatorer på spisepatologi, overevaluering av vekt og

kroppsfasong, kognitiv fusjon ved matsug, selvkritikk i form av å se seg selv som utilstrekkelig, og symptomer på stress og depresjon. De så også en signifikant økning i grad av kroppsbilderelatert psykologisk fleksibilitet og den ikke-dømmende mindfulnessfasetten. Når det gjelder selvmedfølelse så Duarte og kolleger (2017) kun en marginal signifikant effekt på økt evne til å ta del i medfølende handlinger. Effektstørrelsene var små til middels. Videre viste intervensjonsgruppen, sammenliknet med kontrollgruppen, en signifikant reduksjon i skam knyttet til kroppsbilde, selvkritikk i form av hat rettet mot seg selv og økning i handlinger i tråd med bevissthet og selvbetryggelse. Oppfølgingsmålingen én måned etter intervensjonen viste at alle effektene vedvarte utenom subskalaen for selvkritikk i form av utilstrekkelighet.

Compassion Focused Therapy (CFT)

CFT-E er et behandlingsprogram for spiseforstyrrelser som bygger videre på Compassion Focused Therapy (CFT) utformet av Gilbert. CFT-E er i utgangspunktet administrert som gruppeterapi, men her er det også blitt administrert som individualterapi. Det er studier som tester CFT og CFT-E som presenteres i denne utfallskategorien, men navnet på kategorien forblir CFT og vil omtales slik videre i oppgaven.

Gruppeformat. Kelly og kolleger (2017) utførte en randomisert og kontrollert studie på CFT som gruppeformat gitt sammen med «treatment as usual» for spiseforstyrrelser. Gruppemøtene hadde selvkritikk og skam som hovedfokus. Hvert møte startet med en gjennomgang av forrige ukes hjemmeoppgave og utfordringer deltakerne eventuelt møtte på, før de gikk videre til introduksjon av møtets tema og gjennomførte temarelevante øvelser. Til slutt ble en ny hjemmeoppgave utdelt. Gjennom de tolv ukene gruppetilbudet varte, var de gjennom følgende temaer: Introduksjon og spiseforstyrrelsens selvkritiske stemme, skam, emosjonsregulering og medfølelse, medfølelse som en vei ut av skam og selvkritikk, barrierer til selvmedfølelse og det medfølende selvet, selvmedfølende utsagn og atferd, selvmedfølende

tankeskjema (self-compassionate thought records), selvmedfølende brevskrivning, be om og motta medfølelse fra andre, samt konklusjoner og oppsummeringer.

Det forelå ingen signifikante forskjeller i baselinemål mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Overordnet viste intervensjonsgruppen signifikant økning i selvmedfølelse med middels til stor effektstørrelse, signifikant nedgang i skam og frykt for selvmedfølelse med middels effektstørrelse, og nedgang i spisepatologi med stor effektstørrelse.

Kontrollgruppen viste ingen signifikante endringer på noen av disse målene.

Resultatene viste en stor effektstørrelse på økning av selvmedfølelse hos intervensjonsgruppen. For subskalaene positiv og negativ selvmedfølelse fant Kelly og kolleger (2017) en økning i skårer på positiv selvmedfølelse med middels til stor effektstørrelse, og en nedgang i skårer på negativ selvmedfølelse med stor effektstørrelse. Videre viste resultatene at både frykt for selvmedfølelse, frykt for å motta selvmedfølelse og skam hadde en middels effektstørrelse, ved signifikant nedgang i disse skårene hos intervensjonsgruppen. Globalskårene ved Eating Disorder Examination-Questionnaire viste endringer i intervensjonsgruppen med stor effektstørrelse, og standardavviket var under grenseverdien for klinisk reliabel bedring. Forskerne så også en signifikant nedgang i spisepatologi.

Individualterapi. Williams og kolleger (2017) undersøkte CFT-E gitt som individualterapi. Dette er en retrospektiv studie som analyserte data fra en håndfull polikliniske pasienter med bulimi og/eller anoreksi. Behandlingsforløpet fulgte en totrinnsmodell hvor det første trinnet bestod av psykoedukasjon og motivasjonsarbeid, mens trinn to adresserte unyttig selvkritikk gjennom utvikling av selvmedfølelse. Deltakerne mottok det antall timer de hadde behov for i begge trinnene, henholdsvis mellom 5 og 7 timer i trinn en, og mellom 10 og 27 timer i trinn to. Timene ble holdt annenhver uke og varte i 50 minutter. I tillegg fikk deltakerne også tilbud om timer hos ernæringsfysiolog, hvor de fikk

ernæringsvurdering samt informasjon om vanlige og sunne spisevaner kombinert med individuell kostplan.

Williams og kolleger (2017) utførte både analyser på gruppe- og individnivå. På gruppenivå så de på endringer i skårer på Eating Disorder Examination-Questionnaire. Her så den en signifikant nedgang i tanker og atferd relatert til spiseforstyrrelsen ved siste time, med en stor effektstørrelse. På individnivå hadde alle deltakerne skårer på Eating Disorder Examination-Questionnaire som lå over ett standardavvik fra klinisk grenseverdi før behandlingsstart. Disse skårene indikerte psykopatologisk atferd relatert til spiseforstyrrelser. Ved siste time rapporterte fem deltakere at de ikke lenger hadde slik atferd. For de resterende fire deltakerne var det én som hadde sluttet å overspise og kaste opp men som fortsatt benyttet trening som metode for å kontrollere vekten. Én gikk fra en baseline på 28 overspisingsepisoder og en gang med oppkast til en overspisingsepisode og ett tilfelle av oppkast. En annen deltaker gikk fra å rapportere om overspising 10 ganger og 28 tilfeller av oppkast til overspising to ganger og oppkast en gang. Den siste deltakeren gikk fra seks episoder med overspising og ett tilfelle av oppkast, til åtte overspisingsepisoder og ingen oppkast. Ved behandlingsslutt ble fem av deltakerne (56%) regnet å ha oppnådd klinisk remisjon da de hadde skårer på Eating Disorder Examination-Questionnaire som var innenfor ett standardavvik over gjennomsnittsskåre for normalpopulasjonen. Videre viste syv av deltakerne (78%) klinisk reliabel bedring (RCI) i deres skårer ved avslutning av behandlingsforløpet.

Ren selvmedfølelsesintervensjon

I de to andre utfallskategoriene har vi sett selvmedfølelsesintervensjoner som hovedfokus i andre intervensjoner og behandlingsprogrammer. I denne utfallskategorien vil det kun presenteres forskning som benytter intervensjoner som kun består av selvmedfølelse.

Det er dette som menes med *ren selvmedfølelsesintervensjon*. Det var kun en studie som representerte denne kategorien, derav navnet i entallsform.

Én randomisert og kontrollert studie har testet effekten av en intervensjon basert på en selvmedfølelsesøvelse (Kelly og Waring, 2018). Det undersøkte utvalget var kvinner med anoreksi som ikke har oppsøkt behandling. Hensikten med studien var å undersøke om intervensjonen var gjennomførbar, hvilken effekt intervensjonen hadde på barrierer for å oppsøke behandling, samt intervensjonens effekt på symptomer på anoreksi, intervensjonens effekt på selvmedfølelse og frykt for selvmedfølelse. Intervensjonen var nettbasert ved at deltakerne fikk tilsendt en lenke til oppgaven hver dag, samt at de ved oppstart fikk tilsendt en introduksjonstekst og en tilhørende lydfil med instruksjoner. Intervensjonen bestod av selvmedfølelse brevskriving og gikk over to uker med daglig tidsbruk på 15-20 minutter. Selve intervensjonen var basert på og tilpasset fra Compassion Focused Therapy. Ved hver øvelse ble deltakerne instruert til å skrive et medfølelse brev til noen andre, før de skulle skrive et til seg selv. Hensikten med dette var å sette deltakerne inn i et medfølelse tankesett.

Resultatene viste ingen forskjeller i baselinemål mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen ved demografiske og psykiatriske variabler, bortsett fra etnisitet. Kelly og Waring (2018) gjorde deretter dataanalyser på nytt med høyde for dette, men resultatene endret seg ikke. Under barrierer for å oppsøke behandling ble det sett på skam, motivasjon og beredthet til å motta hjelp. Ekstern skam, kroppsskam og behandlingsmotivasjon hadde signifikante endringer i intervensjonsgruppen, med middels effektstørrelse. Både ekstern skam og kroppsskam viste en nedgang, mens det var en økning av beredthet til å få hjelp med spising. Kontrollgruppen hadde imidlertid en signifikant nedgang i behandlingsmotivasjon og beredthet til å få hjelp med spising, mens intervensjonsgruppen viste en økning i behandlingsmotivasjon som ikke nådde statistisk signifikans.

Videre så Kelly og Waring (2018) på selvmedfølelse og spiseforstyrrelser. Her viste intervensjonsgruppen en signifikant økning i selvmedfølelse med middels effektstørrelse, og signifikant nedgang i frykt for selvmedfølelse med liten til middels effektstørrelse. Skårer på grad av spiseforstyrrelsessymptomer ved Eating Disorder Examination-Questionnaire hadde en signifikant økning over tid, men dette var ikke knyttet til betingelse (kontrollgruppe og intervensjonsgruppe). Videre var det ingen signifikante effekter på kroppsmasseindeks, annet enn på trendnivå. Kroppsmasseindeks så ut til å gå ned i kontrollgruppen, men endret seg ikke i intervensjonsgruppen.

Diskusjon

I 2016 ble det gjennomført en litteraturgjennomgang som undersøkte effekter av selvmedfølelsesbaserte intervensjoner for spiseforstyrrelser i kliniske og ikke-kliniske utvalg, der en fant noe støtte for at slike intervensjoner kunne ha effekt i begge typer utvalg (Braun et al., 2016). Ut ifra min kjennskap er dette den første systematiske litteraturgjennomgangen siden 2016 som ser på selvmedfølelsesintervensjoner sin effekt på spiseforstyrrelser, og den første som reiser denne problemstillingen for kun en klinisk populasjon. Jeg ønsket å undersøke om selvmedfølelsesintervensjoner har en effekt på spiseforstyrrelser i kliniske utvalg, og om de vil være nyttige i behandling av spiseforstyrrelser. Hypotesen min var at selvmedfølelsesintervensjoner har en effekt i behandling av spiseforstyrrelser, også i kliniske utvalg, og at dette ville være synlig gjennom nedgang i symptomer og atferd relatert til spiseforstyrrelser etter at intervensjonene var gjennomført. Videre ønsket jeg å undersøke om noen av selvmedfølelsesintervensjonene hadde bedre effekt enn de andre, og om studiene kunne si noe om varigheten av effektene.

Seks studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Disse var alle gjennomført med kliniske utvalg. I hovedsak indikerte resultatene at ulike selvmedfølelsesintervensjoner har en effekt på spiseforstyrrelser også i denne typen utvalg. Videre i oppgaven vil metodiske styrker og

begrensninger ved de inkluderte studiene belyses, før funnene diskuteres med utgangspunkt i underproblemstillingene. Deretter drøftes begrensninger og styrker ved denne litteraturgjennomgangen, før fokuset rettes mot kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning.

Metodiske styrker og begrensninger ved studiene

Flere av de inkluderte studiene har metodiske begrensninger det er viktig å belyse. Samtlige av de inkluderte studiene benyttet små utvalg, som kan være en ulempe da det kan gå ut over utvalgets representativitet og videre gjøre det vanskelig å trekke konklusjoner. Typen kliniske utvalg varierer noe hvor flest studier hadde overspisingslidelse som utvalg, mens to studier inkluderte alle typer spiseforstyrrelser, og én studie inkluderte utvalg med anorexia nervosa og/eller atypisk anorexia nervosa.

Flere av studiene var også utført av samme forskergruppe, i tillegg til at noen av de samme forfatterne går igjen (Duarte et al., 2017; Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). Dette gjelder fem av de inkluderte studiene, som gjør at det kun er studien av Williams og kolleger (2017) som ikke har noen av de samme forfatterne som de andre studiene. Dette kan føre til en gjengivelses- eller lojalitetsskjevhet (allegiance bias) hos forskerne, som går ut på at man søker etter funn eller konklusjoner som stemmer overens med egne syn og preferanser innen feltet. Dersom slike skjevheter er tilfellet kan det ramme objektiviteten ved forskningen som er gjort.

To av studiene benyttet heller ikke kontrollgruppe. Den ene var en retrospektiv undersøkelse med pretest-posttest design (Williams et al., 2017), mens den andre hadde et longitudinelt design med oppfølgingsmålinger etter tre og seks måneder (Pinto-Gouveia et al., 2016). Tre av de resterende fire studiene benyttet randomisering (Duarte et al., 2017; Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018). Den siste studien var en kontrollert longitudinell

undersøkelse med to oppfølgingsmålinger etter tre og seks måneder (Pinto-Gouveia et al., 2017).

Pretest-posttest design uten kontrollgruppe har svakere intern validitet, da det er vanskeligere å vite om eventuelle endringer skyldes andre faktorer enn intervensjonen, når en ikke har en kontrollgruppe å sammenlikne med (Bordens & Abbott, 2018). Selv om tre av studiene benyttet kontrollgruppe, var betingelsene enten venteliste eller «treatment as usual» (Duarte et al., 2017; Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Pinto-Gouveia et al., 2017). Dette betyr at ingen av studiene inkluderte en aktiv kontrollbetingelse, og det kan dermed ikke med sikkerhet utelukkes at resultatene skyldes spontan bedring. Longitudinelle studier kan si noe om endringer over tid og er på denne måten verdifulle, da en ikke kan si noe om varigheten av effekten i de andre studiene (Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Williams et al., 2017). Imidlertid foreligger det en utfordring i forbindelse med de repeterte målingene i longitudinelle design, da deltakerne kan bli vant til de ulike spørreskjemaene/måleinstrumentene. Dette kan true den interne validiteten (Bordens & Abbott, 2018). RCT-studier kan sies å være gullstandarden for forskning som skal evaluere effekten av et tiltak. Ved denne typen design vil man i større grad kunne sikre for seleksjonsskjevheter gjennom randomisert fordeling til kontrollgruppe og intervensjonsgruppe. Fordelingen av ukjente og kjente faktorer, som for eksempel kan være knyttet til prognose og bedring, vil ved randomisering bli mer lik mellom gruppene.

I alle de inkluderte studiene er selvrapportering benyttet som datainnsamlingsmetode. Til sammen er en rekke ulike spørreskjema brukt (se tabell 2 for en oversikt), mens noen går igjen – spesielt Self-Compassion Scale (SCS) og Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Self-Compassion Scale er brukt som måleinstrument i majoriteten av forskningen på selvmedfølelse, og har vist akseptabel reliabilitet og validitet (Karakasidu, Pezirkianidis, Galanakis & Stalikas, 2017; Neff, 2003a). Barnard og Curry (2011) viser til en upublisert

undersøkelse av Leary som tydet på at en del respondenter for eksempel ikke forsto uttrykket «I try to be loving towards myself» som er første del av et av leddene i Self-Compassion Scale. Det er utenfor rammene for denne hovedoppgaven å drøfte om dette er et reelt problem ved Self-Compassion Scale.

Eating Disorder Examination-Questionnaire har blitt funnet å ha tilfredsstillende intern konsistens, på alle subskalaene og det globale målet (Rose, Vaewsorn, Rosselini-Navarra, Wilson & Weissman, 2013). Videre har reliabilitesskårer og validitetsskårer for både Eating Disorder-Examination- Questionnaire og Eating Disorder Examination gitt støtte for bruk av disse måleinstrumentene for å teste et bredt spekter av spiseforstyrrelsessymptomer (Berg, Peterson, Frazier & Crow, 2012). Dette tyder på at det er kvalitetssikrede måleinstrumenter som er brukt for å måle symptomer på spiseforstyrrelser og grad av selvmedfølelse. Et mer omstridt selvrapporteringsskjema er Five-Facet Mindfulness Questionnaire. I flere av de inkluderte studiene er det blitt diskutert om dette skjemaet har for lav reliabilitet (se f.eks. Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). Selv om man benytter kvalitetssikrede selvrapporteringsskjema, kan en aldri sikre seg helt mot feilrapporteringer fra deltakere. Det er kjent at selvrapportering bringer med seg potensielle forstyrrende variabler som «response bias» og sosial ønskelighet. Disse går ut på at informantene svarer slik de tror forskeren ønsker de skal svare, eller at de setter seg i et bedre lys etter det de anser som sosialt ønskelig.

Det fremstår som uklart i hvilken grad noen av studiene har håndtert frafall, da det ikke beskrives i tilstrekkelig grad. Tre av studiene inkluderte et flytdiagram over deltakere gjennom de ulike fasene i undersøkelsen, som viste at 47% til 32% prosent av deltakerne som påbegynte intervensjonen, gjennomførte den og oppfølgingsmålinger. To studier ser ut til å ha håndtert frafall og tatt høyde for dette i dataanalysene slik at det ikke påvirker resultatenes indre validitet. Det varierte også hvordan annen samtidig behandling ble håndtert i studiene.

To av studiene hadde som kriterie at deltakerne ikke kunne få annen samtidig behandling for spiseforstyrrelsessymptomer (Duarte et al., 2017; Kelly & Waring, 2016), mens to studier ikke nevnte dette (Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). Ved disse studiene var det imidlertid et kriterie at deltakerne ikke kunne ha andre alvorlige psykiatriske problemer, eller ha en somatisk lidelse og/eller gå på medisiner som kan påvirke vekten. Ved de siste studiene var annen samtidig behandling gitt, hvor Williams og kolleger (2017) koblet på andre instanser dersom deltakerne trengte tettere oppfølging enn de kunne få innen rammene av behandlingen som ble testet. Kelly og kolleger (2017) testet «treatment as usual» og CFT mot kun «treatment as usual», imidlertid ekskluderte de deltakere hvis de fikk et høyere nivå av behandling som for eksempel ved dagavdeling. De nevner også at hver deltaker gjennomsnittlig hadde gått to år i «treatment as usual» i forkant av studien. Den varierende graden av hvordan annen samtidig behandling har blitt håndtert i studiene gjør at effektene vanskeligere kan sammenliknes og sies noe om, da det er tydelig at andre faktorer kan spille inn i bedringsprosessen, enn kun selvmedfølelsesintervensjoner.

Har noen selvmedfølelsesintervensjoner bedre effekt enn andre, i kliniske utvalg?

Intervensjonene som ble nyttet i de seks undersøkelsene, kunne deles inn i tre kategorier: blandede selvmedfølelsesintervensjoner, CFT og ren selvmedfølelsesintervensjon. Alle intervensjonene så ut til å ha effekt i på spiseforstyrrelser, selv om støtten varierer noe for de ulike intervensjonene. CFT kan se ut til å være den intervensjonen som fikk sterkest støtte da begge studiene (Kelly et al., 2017; Williams et al., 2017) viste til resultater som kunne tyde på bedring etter CFT intervensjoner med middels til store og store effektstørrelser. At den ene studien er en RCT-studie styrker disse resultatene. Samtidig kan de svekkes av det lave antallet deltakere som totalt er 31 for begge studiene, og ved at selvmedfølelse ikke er et utfallsmål.

De blandede selvmedfølelsesintervensjonene fikk delvis støtte av studiene. CARE-intervensjonen hadde små til middels effektstørrelser (Duarte et al., 2017), mens Pinto-Gouveia og kolleger (2016; 2017) i sin ukontrollerte pilotstudie fant støtte for BEfree-intervensjonen med middels til store effektstørrelser. Deres kontrollerte studie fikk ikke like gode resultater med tanke på selvmedfølelse. Likevel så de bedring på områder knyttet til spiseforstyrrelser med middels til stor effektstørrelse. Dette indikerte en effekt av intervensjonen, men det kan ikke fastslås at det er selvmedfølelseskomponentene som kan tilskrives denne effekten. Samlet er dette den kategorien intervensjoner med flest deltakere totalt (n=110), men også den kategorien hvor resultatene er minst konsistente til tross for at det er flest studier som omfatter blandede selvmedfølelsesintervensjoner. Til gjengjeld så de fleste effektene ut til å vedvare over tid.

En enkelt ren selvmedfølelsesintervensjon ble undersøkt, og kun én studie så på dette i en «feasibility»-studie (Kelly & Waring, 2018). Intervensjonen viste stor effektstørrelse i økning av selvmedfølelse, men generelt mellom gruppene økte symptomene på spiseforstyrrelser. Det var derfor noe blandede resultater for denne intervensjonen, også grunnet det lave antallet deltakere (n=40).

Selv om det kan se ut til at CFT er den type selvmedfølelsesintervensjon for spiseforstyrrelser som har fått sterkest støtte, finnes det likevel ikke tilstrekkelig grunnlag for å si at én intervensjon er bedre enn andre. Dette på grunnlag av de nevnte svakhetene ved studiene på CFT, i tillegg til at alle intervensjonene i utfallskategoriene viste minst én signifikant effekt på enten selvmedfølelse eller grad av spiseforstyrrelsessymptomer samt det lave antallet studier og deltakere ved hver utfallskategori. Videre vet en ikke nok om faktorer som medierer terapeutisk endring i studiene, noe som hadde kunnet si noe om det er selvmedfølelseskomponentene, andre komponenter eller «litt av alt» som medierer endringen.

Kan en si noe om varigheten av effektene til selvmedfølelsesintervensjoner?

Tre av de inkluderte studiene benyttet oppfølgingsmålinger (Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2016; 2017). Alle fant vedvarende effekter ved oppfølgingsmålinger en måned, tre måneder eller seks måneder etter behandlingsslutt. Dette sier noe om varigheten til disse intervensjonenes effekt, og det kan tyde på varighet opp til seks måneder etter behandlingsslutt. To av studiene fant enkelte endringer ved oppfølgingsmålinger, hvor det var en nedgang i selvkritikk i form av utilstrekkelighet og nedgang i observasjonsfasetten i Five Facet Mindfulness Questionnaire (Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2017). Imidlertid fant Pinto-Gouveia og kolleger (2017) også en økning i selvmedfølelse ved oppfølgingsmål, som ved behandlingsslutt ikke nådde statistisk signifikans. Dette kan tyde på at utvikling av selvmedfølelse kan ta lenger tid, spesielt gjennom praktisering av selvmedfølelsesoppgaver (Pinto-Gouveia et al., 2017). En kan dermed spørre seg om det trengs mer langvarige selvmedfølelsesintervensjoner, eller om det bør tilbys vedlikeholdene kurs i etterkant av selvmedfølelsesbasert behandling.

Et annet viktig poeng er at alle studiene som inkluderte oppfølgingsmålinger testet blandede selvmedfølelsesintervensjoner som bestod av flere andre komponenter enn kun selvmedfølelse. Hvis studiene med oppfølgingsmålinger hadde testet effekten av helt rene selvmedfølelsesintervensjoner, kunne man kanskje i større grad trukket slutninger om varigheten av effekten til selvmedfølelse. Siden disse studiene testet blandede og ikke helt rene selvmedfølelsesintervensjoner, er det mange flere faktorer i intervensjonene som spiller en rolle. En vet derfor ikke nøyaktig *hva* det er i intervensjonene som fører til en bedring, som er en ytterligere svakhet ved studienes bidrag til å finne svar på problemstillingen. Her var det kun Pinto-Gouveia og kolleger (2016) som inkluderte analyser av underliggende medierende faktorer. Selvmedfølelse ble kun funnet som prosessfaktor ved mediering av nedgang i overspising fra pre- til postintervensjon. Imidlertid gjelder de nevnte svakhetene ved studiene

her også, til tross for at blandede selvmedfølelsesintervensjoner var den utfallskategorien med flest studier og deltakere. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig grunnlag til at man med sikkerhet kan fastslå at alle typer selvmedfølelsesintervensjoner har en vedvarende effekt, selv om resultatene kan indikere at dette er tilfellet.

Funnenes generaliserbarhet

I de inkluderte studiene var det kun kvinnelige deltakere, mange med overspisingslidelse, men også noen med andre spiseforstyrrelser. Flest studier hadde utvalg som bestod av personer med overspisingslidelse, mens de resterende studiene enten inkluderte utvalg med alle typer spiseforstyrrelser eller anorexia nervosa. Sammen med de små utvalgene og det lave antallet studier gjør dette at en bør trå varsomt ved fullstendig generalisering av resultatene til alle typer spiseforstyrrelser. Det faktum at resultatene for anorektiske utvalg ikke er replisert, gir grunn til å være forsiktig med å anta at selvmedfølelsesintervensjoner også virker her. Dette er i tråd med Braun og kolleger (2016) sine funn, som indikerte at sammenhengen mellom selvmedfølelse og anorexia nervosa var mindre robust enn ved de andre spiseforstyrrelsene.

Studiene ble utført i vestlige land og hadde noe ulike aldersgjennomsnitt hos deltakerne. Disse varierte mellom 21,6 som laveste snittalder, til 41,2 som høyeste snittalder. Videre ser det ut til at alle deltakerne studiene enten var polikliniske pasienter, eller hadde symptomer med samme alvorlighetsgrad som polikliniske pasienter uten at de hadde oppsøkt behandling. Heller ingen av intervensjonene ble gitt ved døgnpost. De aller fleste studiene som Braun og kolleger (2016) tok for seg omfattet også vestlige, kvinnelige utvalg, hvor majoriteten ikke var kliniske utvalg. Dette gjør at man kan stille spørsmål ved om de aller sykeste er utelatt i de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen og Braun og kolleger (2016) sin litteraturgjennomgang, og om det heller er sett på de personene som uansett ville blitt friske. Resultatene må derfor generaliseres med forsiktighet. Spesielt siden

det ikke kan utelukkes andre effekter av selvmedfølelsesintervensjoner hos de med mer alvorlig symptombilde enn det som fremkommer i litteraturgjennomgangen.

Siden de inkluderte studiene i hovedsak er gjennomført i Canada og Portugal, kan det diskuteres hvorvidt resultatene kan generaliseres til norske forhold. Selv om studiene er utført i vestlige land, kan det imidlertid foreligge kulturelle og samfunnsmessige forskjeller som kan problematisere generaliseringen til norske forhold.

Oppsummert er det mest støtte for at funnene kan generaliseres til kvinner med spiseforstyrrelser som er bosatt i vestlige land, og som går til poliklinisk behandling. Spesielt er resultatene gjeldene for personer med overspisingslidelse da denne typen spiseforstyrrelse var høyest representert blant de inkluderte studiene.

Styrker og begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Det ble i litteraturgjennomgangen benyttet strukturert og omfattende litteratursøk med brede søkeord, som ble utformet etter pilotsøk. Gjennom Universitetsbiblioteket i Bergen hadde jeg tilgang til store mengder litteratur, og det er en styrke ved litteraturgjennomgangen at ingen studier ble ekskludert grunnet manglende tilgang. Litteratursøket ble gjort i tre anerkjente databaser (PsycINFO, Medline og Web of Science) som styrker denne litteraturgjennomgangen. Gjennom bruk av flere databaser fra ulike leverandører (både PsycINFO og Medline er levert av Ovid) er det likevel mulig at flere relevante studier kunne blitt fanget opp. Videre ble resultater på skandinaviske språk og engelsk inkludert, mens én studie på tyrkisk ble ekskludert fra litteraturgjennomgangen. At studien ble ekskludert er en mulig begrensning da den ikke ble vurdert som aktuell, og derfor kan man ikke vite om den kunne bidratt med relevant kunnskap.

De inkluderte studiene hadde en del likheter, men også noen forskjeller som kompliserte sammenlikningen av dem. Blant annet hadde flere av de ulikt design og ulike tidspunkter for målinger, i tillegg til at kun to studier rapporterte om skårene på Eating

Disorder Examination ved behandlingsslutt nådde forbi grenseverdien for klinisk reliabel bedring eller ikke. Dette var faktorer som gjorde det mer utfordrende å sammenlikne både effektene og varigheten av dem. Alle studiene benyttet selvrapporing som metode for innsamling av data, og dermed gikk flere av de samme spørreskjemaene igjen ved samtlige studier. Dette er en styrke da det gjorde sammenlikningen av resultatene enklere, men samtidig var det mange spørreskjemaer som kun ble administrert i noen av studiene. Blant annet ble ulike skjemaer benyttet for å måle symptomer knyttet til kroppsbilde, samtidig som ulike faktorer ble målt i tillegg til selvmedfølelse og spiseforstyrrelsessymptomer. De ovennevnte aspektene er en potensiell begrensning ved litteraturgjennomgangen.

Kvaliteten ved de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen er ikke blitt kvantifisert ved hjelp av standardiserte skalaer (f.eks. Öst, 2008) og det er ikke gjort beregninger av effektstørrelser slik en gjør i metaanalyser. I stedet har jeg vurdert kvalitetene av studiene under avsnittet «Metodiske styrker og begrensninger ved de inkluderte studiene». En kan argumentere for at dette feltet er i en begynnende fase og det i det aktuelle tidsrommet ikke var gjort nok homogene undersøkelser til at det var grunnlag for å gjennomføre en metaanalyse.

Nye bidrag til feltet

Som nevnt i innledningen, har Braun og kolleger (2016) tidligere utført en litteraturgjennomgang som så på selvmedfølelse som en beskyttende faktor for dårlig kroppsbilde og spisepatologi. Studiene omfattet både rene og blandede selvmedfølelsesintervensjoner, inkludert CFT, og kliniske og ikke kliniske utvalg. Imidlertid omfattet kun fem av de 28 inkluderte studiene kliniske utvalg. Braun og kolleger (2016) fant støtte for selvmedfølelse som beskyttende faktor både ved subkliniske tilstander og kliniske utvalg. Ut ifra dette har denne litteraturgjennomgangen funnet støtte for Braun og kolleger

(2016) sine funn, men også tatt kunnskapen et steg videre ved å se på effekten av selvmedfølelse hos kun kliniske populasjoner etter 2016.

Braun og kolleger (2016) fant i hovedsak at selvmedfølelse fungerte som en beskyttende faktor for spiseforstyrrelser gjennom å direkte påvirke utfall ved spiseforstyrrelser, å forebygge forekomsten av risikofaktorer, ved å moderere assosiasjoner mellom risikofaktorer og behandlingsresultater, samt som moderator for sammenhengen mellom risikofaktorer og lavt nivå av selvmedfølelse. Denne litteraturgjennomgangen har funnet tydeligere støtte for at selvmedfølelsesintervensjoner har en direkte effekt på spiseforstyrrelser. Det fremkommer ikke tydelig hvilke intervensjoner som omfattes av studiene i Braun og kolleger (2016) sin litteraturgjennomgang, annet enn at CFT, selvmedfølelsesgruppe med ukentlige podkaster og «community-based CFT treatment program» nevnes. Dette kompliserer sammenlikningen mellom deres funn og mine, men samtidig kan det tyde på at mine funn tilfører mer kunnskap om hvilke selvmedfølelsesintervensjoner som har effekt. Dette ved at resultatene er kategorisert etter type selvmedfølelsesintervensjon, og ved at jeg undersøkte om noen av intervensjonene er bedre enn de andre.

Kliniske implikasjoner

Studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen fant støtte for tre kategorier av selvmedfølelsesintervensjoner, hvorav noen var gjennomført individuelt og andre i grupper. Siden det var få studier på hver av intervensjonene, er det vanskelig å si at en type selvmedfølelsesintervensjon er godt støttet. Gjennomgangen gir dermed ikke indikasjon på at en bør velge en bestemt selvmedfølelsesintervensjon fremfor andre. Videre omfattet de inkluderte studiene et lavt antall intervensjoner, hvor det er få studier per intervensjon. Resultatene kan derfor kun indikere større til selvmedfølelsesintervensjoners effekt ved kliniske utvalg med spiseforstyrrelser, siden det ikke er publisert et stort nok antall studier de

siste årene. Det lave antallet studier i denne litteraturgjennomgangen kan imidlertid skyldes at utvalget er begrenset til en spesifikk tidsperiode på tre år (2016-2019). Dette kan tyde på at det foregår mye ny forskning på feltet, som er lovende med tanke på videre kunnskap om selvmedfølelsesintervensjoners effekt på spiseforstyrrelser.

De fleste studiene var utført på utvalg med overspisingslidelse. Teorier om selvmedfølelse tyder på at selvmedfølelsesbaserte intervensjoner kan være mer aktuelt hos de individene som opplever ekstra mye negativ selvkritikk og skam (Gilbert 2009a; 2009b; Neff 2003a; 2003b). Det kan tenkes at dette i større grad er tilstede hos individer med overspisingslidelse og bulimia nervosa enn ved anorexia nervosa, da skam, selvkritikk og avsky ofte er nært knyttet opp mot overspisingsepisodene og kontrolltapet ved disse. Imidlertid kan man tenke seg at individer med anorexia nervosa i stor grad kan være selvkritiske da de ofte har perfeksjonistiske trekk. Det trengs mer forskning for å undersøke om denne typen intervensjoner er mer egnet for noen utvalg enn andre. Per i dag vet en ikke om intervensjonen er egnet for alvorlig anorexia nervosa, og heller ikke om den er egnet for inneliggende pasienter, siden alle utvalgene bestod av polikliniske pasienter eller personer med spiseforstyrrelser i tilsvarende alvorlighetsgrad.

Noen av studiene inkluderte mål på frykt for selvmedfølelse og disse fant en nedgang i skårene på skjemaet Fear of Self-Compassion. Forskning har indikert at lavt nivå av selvmedfølelse sammen med høyt nivå av frykt for selvmedfølelse er en uheldig kombinasjon. Dette har blant annet blitt knyttet til større grad av skam og mer symptomer på spiseforstyrrelser, i tillegg til dårligere effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten (Kelly, Carter, Zuroff & Borairi, 2013). Frykt for medfølelse for andre har også blitt assosiert med utrygge tilknytningsstiler og traumer (Braun et al., 2016; Gilbert et al., 2011). Dette kan også ha andre implikasjoner for terapeutisk arbeid da personer med utrygg tilknytningsstil har større sannsynlighet for å ha opplevd negative hendelser i barndommen og/eller ha en

traumelidelse (Muller, Sicoli & Lemieux, 2000). At frykt for selvmedfølelse har blitt assosiert med utrygg tilknytningsstil og traumer, sammen med komorbiditeten mellom spiseforstyrrelser og traumer, kan indikere at selvmedfølelsesintervensjoner kan være ekstra utfordrende for personer med komorbid traumeproblematikk og spiseforstyrrelse. Denne tanken er i tråd med Braun og kolleger (2016) sine funn, og kan støttes av det integrerte teorigrunnlaget for CFT og teorien om de tre emosjonsreguleringsystemene (Gilbert 2005; 2009a; 2009b; Gilbert & Irons, 2005). Spesielt ved at trygghetssystemet er tenkt å være underutviklet eller utilgjengelig ved at det gjennom oppveksten har vært for lite stimuli av systemet fra omsorgsgiver, og at det videre fører til vansker for individet. Dette har imidlertid ikke blitt undersøkt i noen av de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen. Likevel fremkommer det tydelig i tidligere forskning at frykt for selvmedfølelse også er et viktig aspekt å fokusere på i terapi. Det kan skape utfordringer i terapien da personer aktivt kan forsøke å unngå medfølelse for seg selv og andre, og fra andre, da slike følelser vekker stor frykt i dem. Denne frykten vil det være viktig å konfrontere for å senere kunne jobbe med aspekter av medfølelse (Gilbert et al., 2011).

Som vi så innledningsvis er kvinner ofte høyest representert ved spiseforstyrrelser, men spiseforstyrrelser forekommer også blant menn. Når det gjelder symptomatiske forskjeller mellom kvinner og menn med spiseforstyrrelser, er det tidligere funnet støtte for at kjønnene er mer like enn ulike ved spiseforstyrrelser (Dakanalis et al., 2015). Forskjellene går ofte ut på at menn ikke har den samme driven som kvinner etter å være tynn, men at de heller har som mål å være slanke og ha synlige muskler (Dakanalis et al., 2015; Murray et al., 2017). Dette kan tyde på at selvmedfølelsesintervensjoner også kan benyttes i behandling av spiseforstyrrelser hos menn. Imidlertid er det tidligere funnet at menn med bulimia nervosa i mindre grad rapporterer negativt stress etter overspisingsepisoder, selv om menn og kvinner med bulimia nervosa har like stor sannsynlighet til å overspise, og at ved overspisingsepisoder

opplever menn mindre grad av kontrolltap (Murray et al., 2017). Dette kan være en mulig indikator på at menn ikke kjenner på skam i samme grad eller på samme måte som kvinner etter en overspisingsepisode. En studie (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017) har funnet kjønnsforskjeller for selvkritikk som mediator av forholdet mellom minner om skam knyttet til kroppsbilde og senere kroppsbildeskam og overspisingssymptomer. Hos kvinner ble både selvkritikk i form av å se seg selv om utilstrekkelig og selvhøytid funnet som mediatorer, men blant menn var mediatoren kun selvkritikk i form av å se seg som utilstrekkelig. Dette kan si noe om at selvmedfølelsesintervensjoner i bruk av behandling ved spiseforstyrrelser hos menn potensielt kan ha en effekt, men at det er mulig de bør justeres for å oppnå best mulig effekt. For eksempel kan det tenkes at selvmedfølelsesintervensjoner for menn med overspisingsepisoder burde rettes mer spesifikt mot selvkritikk i form av utilstrekkelighet. Ingen av studiene i denne litteraturgjennomgangen undersøkte mulige kjønnsforskjeller i effektene av intervensjonene, så det blir dermed kun spekulative forslag knyttet til dette.

MSC ble utformet som et tillegg til annen behandling og andre intervensjoner (Neff & Germer, 2013). Det er altså en form for selvmedfølelsesintervensjon ment til å supplere andre intervensjoner. At CFT-E bygger mye på kognitiv atferdsterapi og har beholdt mange av disse intervensjonene, er et eksempel på at selvmedfølelsesintervensjoner kan kombineres med andre intervensjoner for spiseforstyrrelser. Litteraturgjennomgangen avdekket kun én studie som så på rene selvmedfølelsesintervensjoner på kliniske populasjoner. Det vil neppe være forsvarlig å kun tilby kun selvmedfølelsesintervensjoner i behandlingsforløp for spiseforstyrrelser. Som regel vil det være behov for andre former for intervensjoner og tiltak, som for eksempel kostveiledning og tiltak for vektøkning ved alvorlig anorexia nervosa. Selv om det ser ut til at ulike selvmedfølelsesintervensjoner kan ha signifikante effekter må det ikke glemmes at spiseforstyrrelser er en gruppe svært alvorlige psykiske lidelser som kan ha

dødelige konsekvenser, og at man som kliniker alltid må ta skjønnsmessige vurderinger og ta hensyn til somatikken.

Videre forskning

Som det fremkommer flere steder i diskusjonen er feltet i en tidlig fase, og det er behov for mer forskning. I tillegg til begrensninger ved de enkelte studiene, ser det også ut til at feltet per i dag har en del svakheter ved seg. Det virker som at det er en mangel på aktive kontrollgrupper blant studier som inkluderer klinisk utvalg, og det er få «dismantling» studier som ser på hvilke aspekter ved intervensjonene som virker. Kun én av de inkluderte studiene undersøke de underliggende prosessfaktorene knyttet til bedring ved den aktuelle intervensjonen (Pinto-Gouveia et al., 2016). Til tross for dette vet vi fortsatt lite om medierende og modererende faktorer ved selvmedfølelsesintervensjoners effekt på spiseforstyrrelser. En kan ikke vite om endringene skyldes fellesfaktorer som terapeutisk allianse eller gruppesamhold når en ikke benytter kontrollgruppe som mottar behandling som inkluderer de samme fellesfaktorene.

Litteratursøket tydet på at det var få studier som hadde sett på selvmedfølelsesintervensjoners effekt på kliniske populasjoner i denne perioden. Spesielt ville det vært nyttig med flere studier som inkluderer oppfølgingsmålinger, slik at en også kan si noe mer om varigheten av effekten ved ulike selvmedfølelsesintervensjoner. Videre vil det være interessant å undersøke om effektene av selvmedfølelsesintervensjoner vil variere avhengig av type spiseforstyrrelsene. Ingen av studiene i denne litteraturgjennomgangen undersøkte dette. Ved mer kunnskap om effekten av selvmedfølelse i behandling av forskjellige spiseforstyrrelser vil man også kunne undersøke om det er ulike prosessfaktorer knyttet til bedring ved hver av spiseforstyrrelsene. Selv om spiseforstyrrelser har mye felles patologi og de fleste personer med spiseforstyrrelser migrerer mellom diagnosene, er det likevel ting som skiller dem. Denne kunnskapen kan bygge videre på de faktorene som er

felles, og brukes til å spisse behandlingen mer mot hva man vet spiller en viktig rolle i bedringsprosessen ved den enkelte spiseforstyrrelsen.

Selv om resultatene tydet på at det ikke nødvendigvis er bedre å velge en type selvmedfølelsesintervensjon fremfor de andre, hadde det vært nyttig om fremtidig forskning undersøkte effekten av de enkelte selvmedfølelsesintervensjonene ved spiseforstyrrelser. Studiene omfattet kun et fåtall intervensjoner, og blant annet var ikke Mindful Self-Compassion eller Mindfulness-Based Stress Reduction representert i noen av dem. Dette understreker behovet for å forske mer på de ulike selvmedfølelsesintervensjonene og deres effekter. Det ville vært interessant å se på både rene selvmedfølelsesintervensjoner for å få mer kunnskap om effekten av selvmedfølelse i seg selv. Samtidig vil også forskning på selvmedfølelsesintervensjoner gitt sammen med eller integrert med andre intervensjoner også kan gi nyttig kunnskap. Dersom det forskes mer på dette vil man få mer kunnskap om selvmedfølelsesintervensjoner som et supplement til andre behandlingsprogrammer og intervensjoner. Denne kunnskapen vil kunne gjøre det enklere å implementere selvmedfølelsesintervensjoner i behandling der det vil være nyttig.

En tydelig begrensning ved litteraturgjennomgangen og de inkluderte studiene var mangelen på mannlige kliniske utvalg, noe som understøtter et tydelig behov for mer forskning på mannlige kliniske populasjoner og effekten av selvmedfølelsesintervensjoner. Selv om studiene omfattet kliniske populasjoner bosatt i vestlige land, kan som nevnt andre forhold som kulturelle og samfunnsmessige forskjeller gjøre noe med generaliserbarheten. Derfor bør det gjøres studier på populasjoner fra andre land, blant annet Norge, men også populasjoner i andre deler av verden.

Konklusjon

Litteraturgjennomgangen undersøkte hvilken effekt selvmedfølelsesintervensjoner har på spiseforstyrrelser i kliniske utvalg, om noen av selvmedfølelsesintervensjonene hadde

bedre effekt enn andre, og om resultatene sa noe om varigheten av selvmedfølelsesintervensjoner. Alle studiene kunne vise til noen signifikante effekter etter intervensjonene var utført, selv om enkelte effekter av selvmedfølelse var marginalt signifikante og med lav effektstørrelse. To studier rapporterte også klinisk reliabel bedring etter at intervensjonen var avsluttet. På bakgrunn av resultatene forelå det ikke grunnlag for å hevde at en av intervensjonene var bedre enn de andre, men dette kunne ikke sies helt med sikkerhet grunnet få studier per intervensjon og andre metodiske svakheter. Resultatene indikerte også at selvmedfølelsesintervensjoner kan ha vedvarende effekt opp til seks måneder etter behandlingsslutt, men også her forelå det for få studier samt metodiske svakheter til at det kunne trekkes noen absolutte slutninger. Forskningsfeltet er i en tidlig fase, og det har noen metodiske begrensninger. Litteraturgjennomgangen indikerer at selvmedfølelsesintervensjoner kan tenkes å ha en plass i behandling av spiseforstyrrelser, også for kliniske populasjoner hvor symptombildets alvorlighetsgrad er tilsvarende det man ser hos polikliniske pasienter. Det er imidlertid ennå ikke forskningsmessig grunnlag for å foreslå selvmedfølelsesintervensjoner som eneste behandlingsform, og for tidlig å si hvilke grupper av pasienter slike intervensjoner måtte egne seg best for.

Referanser

- Ágh, T., Kovacs, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Voko, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, *21*(3), 353-364. doi:10.1007/s40519-016-0264-x
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, *6*(3), 444-454. doi:10.1007/s12671-014-0277-3
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bardone-Cone, A. M., Thompson, K. A., & Miller, A. J. (2018). The self and eating disorders. *Journal of Personality*, *01*, 01. doi:https://dx.doi.org/10.1111/jopy.12448
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, *15*(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, *9*, 1-12. doi:10.1016/j.mhp.2017.11.001
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(3), 428-438. doi:10.1002/eat.20931
- Bordens, K., & Abbott, B. (2018). *Design and Methods: A Process Approach* (10th ed. ed.). New York: NY: McGraw-Hill Education.

- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image, 17*, 117-131.
doi:10.1016/j.bodyim.2016.03.003
- Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2013). Self-compassion, Body Image, and Self-reported Disordered Eating. *Self and Identity, 13*(4), 432-448.
doi:10.1080/15298868.2013.838992
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord, 15*(4), 285-304. doi:10.1080/10640260701454311
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry, 56*(11), 1141-1164. doi:10.1111/jcpp.12441
- Dakanalis, A., Zanetti, A. M., Riva, G., Colmegna, F., Volpato, C., Madeddu, F., & Clerici, M. (2015). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: moderating variables among men. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 80-90.
doi:10.1177/1359105313499198
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clin Psychol Psychother, 24*(6), O1437-O1447. doi:10.1002/cpp.2094
- Fairburn, C. G. (2008). Eating Disorder: The Transdiagnostic View and the Cognitive Behavioral Theory. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, NY: The Guildford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders («CBT-E»): An Overview. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 23-34). New York, NT: Guildford.

- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. doi:10.1002/eat.22501
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Councelling for Depression* (3 ed.). London: Sage Publications.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2009b). The nature and basis for compassion focused therapy. 6(3), 273-291.
- Gilbert, P. (2015). Affiliative and prosocial motives and emotions in mental health. *Dialouges in Clinical Neuroscience*, 17(4), 381-389.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (1 ed., pp. 263-325). East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*, 84(3), 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(6), 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *Br J Clin Psychol*, 53(1), 62-77. doi:10.1111/bjc.12039
- Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., Gonzalez-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including

- Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord*, 5, 21. doi:10.1186/s40337-017-0149-z
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Galanakis, M., & Stalikas, A. (2017). Validity, Reliability and Factorial Structure of the Self Compassion Scale in the Greek Population. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 07(04). doi:10.4172/2161-0487.1000313
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 148-161. doi:10.1111/bjc.12006
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C., & Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: a preliminary investigation. *Psychother Res*, 23(3), 252-264. doi:10.1080/10503307.2012.717310
- Kelly, A. C., & Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 716-722. doi:10.1002/eat.22527
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: an examination of female students and eating disorder patients. *Eat Behav*, 15(3), 388-391. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.008
- Kelly, A. C., & Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and

- atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 1005-1009. doi:10.1002/eat.22930
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother*, 24(2), 475-487. doi:10.1002/cpp.2018
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. [Review]. *Clinical Psychology Review*, 58, 125-140. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship Between Attachment Style and Posttraumatic Stress Symptomatology Among Adults Who Report the Experience of Childhood Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 3(2), 321-332.
- Murray, S. B. (2019). Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eat Disord*, 1-12. doi:10.1080/10640266.2019.1567155
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., . . . Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1-11. doi:10.1016/j.cpr.2017.08.001

National Institute for Health Care and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk>

Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035

Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.

doi:10.1080/15298860390129863

Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*, 69(1), 28-44.

doi:10.1002/jclp.21923

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.

doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004

Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., . . .

Costa, J. (2016). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology*, 1359105316676628.

doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1359105316676628>

Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., . . .

Costa, J. (2017). BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clin Psychol Psychother*, 24(5),

1090-1098. doi:10.1002/cpp.2072

- Pisitsungkagarn, K., Taephant, N., Attasarayanya, P. . (2014). Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: the moderating role of self-compassion. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 333-338. doi:10.1515/ijamh-2013-0307
- Preti, A., Rocchi, M. B., Sisti, D., Camboni, M. V., & Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 124(1), 6-17. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x
- Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D., & Zwar, N. (2018). A Systematic Review of the Efficacy of Interventions that Aim to Increase Self-Compassion on Nutrition Habits, Eating Behaviours, Body Weight and Body Image. [Review]. *Mindfulness*, 9(2), 388-400. doi:10.1007/s12671-017-0804-0
- Reas, D. L., & Ro, O. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010-2016). *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1144-1152. doi:10.1002/eat.22949
- Rose, J., Vaewsorn, A., Rosselli-Navarra, F., Wilson, T. G., & Weissman, R. S. (2013). Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *International Journal of Eating Disorders*, 1(42). doi:10.1186/2050-2974-1-42
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/Svak*. Oslo: Aschehoug.
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73. doi:10.1111/cp.12126
- Verdens helseorganisasjon. (2016). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/-1>

Verdens helseorganisasjon. (2018). *ICD-11: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Williams, M. O., Tsivos, Z., Brown, S., Whitelock, N. S., & Sampson, M. (2017). Compassion-Focused Therapy for Bulimia Nervosa and Bulimic Presentations: A Preliminary Case Series. *Behaviour Change*, 34(03), 199-207.
doi:10.1017/beh.2017.13

Zipfel, S., Löwe, B., & Herzog, W. (2003). Medical Complications. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd Ed. ed., Vol. West Sussex, England, pp. 169-190): Wiley.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 46(3), 296-321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005

Appendiks

Tabell 3. *Oversikt over ulike begreper som brukes i denne oppgaven*

Opprinnelig begrep	Norsk oversettelse i denne oppgaven
Body image cognitive fusion	Kroppsbilderelatert kognitiv fusjon
Cognitive fusion	Kognitiv fusjon
Compassion Focused Therapy (CFT)	Medfølelsesfokusert terapi (CFT)
Compassion Focused Therapy for Eating Disorders (CFT-E)	Medfølelsesfokusert terapi for spiseforstyrrelser (CFT-E)
Compassionate imagery tasks	Medfølende visualiseringsoppgaver
Eating pathology	Spisepatologi
Hated self (subscale for self-criticism)	Selvkritikk i form av hat rettet mot seg selv, selvkritikk form av selvhat
Inadequate self (subscale for self-criticism)	Selvkritikk i form av å se seg selv som utilstrekkelig, selvkritikk i form av utilstrekkelighet
Psychological inflexibility	Lav psykologisk fleksibilitet
Psychological inflexibility – body image	Lav psykologisk fleksibilitet knyttet til kroppsbilde
Readiness to get help for one's eating/weight	Beredthet til å få hjelp med spising/vekt
Self-compassionate/compassionate letter writing	Selvmedfølende/medfølende brevskrivning
Self-compassionate thought records	Selvmedfølende tankeskjema
Self-indulgence	Selvnytelse
Self-reassurance/Reassured self	Selvbetryggelse
Self-to-self relating	Selvrelasjoner/måter å relatere til seg selv på
Social Mentality Theory	Sosial mentalitetsteori
The non-reacting facet of mindfulness	Den ikke-reagerende mindfulnessfasetten

Valued actions	Verdibasert atferd/verdibaserte handlinger
Valued living	Verdidrevet livsførsel
