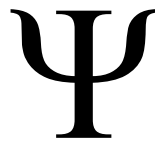




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Selvmedfølelse i behandling av traumer  
– en litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Connie A. K. Spilling og Silje Sveum**

Høst 2018

Veileder

Ingrid Dundas

Institutt for klinisk psykologi

### Forord

Vi ble kjent med begrepet selvmefølelse gjennom studiet og opplevde det som noe som kan være betydningsfullt i behandling av flere typer lidelser. I intern- og eksternpraksis ble vi særlig interessert i traumebehandling og effektene av mestring og stabiliseringsmetoder i møte med alvorlige og komplekse traumetilstander. Vi ønsket derfor å undersøke om også andre intervensjoner som inkluderte selvmefølelse kan ha effekt for pasienter som har opplevd negative effekter i etterkant av traumatiske hendelser. Tusen takk til veileder Ingrid Dundas for gode og grundige tilbakemeldinger. Vi ønsker også å takke psykologspesialist Jorunn Helle for litteraturtips og gjennomlesing, og takk til Daniel Nygård for korrekturlesing og tilbakemeldinger.

*Merknad:* Vi valgte å inkludere innholdsfortegnelse for å gi en bedre oversikt over innholdet i oppgaven, samt å inkludere enkelte av tabellene i teksten for lesbarhets skyld. Vi er oppmerksomme på at dette ikke er i tråd med gjeldende APA-standard.

### Abstract

The aim of this literature review was to study whether self-compassion interventions can decrease negative effects after traumatic events. We investigated which interventions that have been studied, if any interventions were better than others, and in which areas positive effects had been found. If self-compassion interventions have better effects as stand-alone treatment or integrated with other interventions were also studied. We looked at whether self-compassion interventions are more effective than standard treatment, and at potential harmful effects of the self-compassion interventions. To answer our research questions, we conducted a systematic literature search in the databases PsycINFO, Web of Science and Medline. Seven quantitative studies, two case studies and one qualitative study were included in the literature review. All studies reported improvement on some outcome measures, as increased self-compassion, decreased trauma symptoms, depression, anxiety, self-criticism, shame and guilt. No self-compassion intervention seems better than others. Self-compassion interventions showed positive effect alone and when integrated with other interventions and seems equal to standard treatment in reducing symptoms after trauma. Three studies reported some negative effects of the intervention, and one should be aware of such negative effects. The results of this literature review indicate that self-compassion interventions can decrease negative effects after traumatic events. However, most studies showed methodical limitations and more research is needed.

*Keywords:* self-compassion, compassion, trauma, posttraumatic stress disorder, posttraumatic stress symptoms

### Sammendrag

Målet med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke om selvmedfølelsesintervensjoner kan hjelpe individer med å takle negative effekter av traumer. Vi så på hvilke selvmedfølelsesintervensjoner som har blitt studert, om noen synes å ha bedre effekt enn andre og på hvilke områder selvmedfølelsesintervensjoner kan ha en effekt. Videre undersøkte vi om selvmedfølelsesintervensjoner fungerer best alene eller integrert med andre intervensjoner, om de er bedre enn standard behandling, samt mulige negative effekter. Det ble foretatt et systematisk litteratursøk i databasene PsycINFO, Web of Science og Medline. Syv kvantitative, to kausstudier og en kvalitativ studie ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Alle studiene fant en bedring på iallfall noen utfallsmål. Det ble funnet økt selvmedfølelse, reduksjon i traumesymptomer, depresjon, angst, selvkritikk, skam- og skyldfølelse etter intervensjon. Vi fant ingen klare indikasjoner for at noen selvmedfølelsesintervensjoner hadde bedre effekt enn andre. Selvmedfølelsesintervensjoner kan ha gode effekter både alene og i kombinasjon med andre intervensjoner, samt synes å redusere symptomer på lik linje med standard behandling. Da tre studier fant noen negative effekter av intervensjonen bør en være observant på mulige negative effekter. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen gir indikasjoner for at selvmedfølelsesintervensjoner kan hjelpe individer med å takle negative effekter av traumer. Flere studier hadde imidlertid flere metodiske begrensninger og det er behov for videre forskning.

*Nøkkelord:* selvmedfølelse, medfølelse, traumer, posttraumatisk stresslidelse, posttraumatiske stress-symptomer

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
Traumerelaterte lidelser .....	1
Retningslinjer for traumebehandling .....	3
Hva er selvmedfølelse .....	4
Sammenheng mellom traumer og selvmedfølelse .....	5
Selvmedfølelse som buffer og mediator .....	7
Behandlingsprogrammer for utvikling av selvmedfølelse .....	8
Negative reaksjoner på selvmedfølelse .....	11
Oppgavens problemstillinger .....	12
<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
Pilotsøk for utvikling av søkestrategi .....	13
Litteratursøk .....	13
Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier .....	14
Gjennomgang av de inkluderte studiene og vurdering av metodisk kvalitet .....	15
<b>Resultat .....</b>	<b>15</b>
Deskriptiv informasjon om studiene .....	20
Vurdering av metodisk kvalitet .....	21
Underproblemstilling 1: Hvilke intervensjoner har en studert, og synes noen intervensjoner å være bedre enn andre? .....	23
Underproblemstilling 2: På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt? .....	31
Underproblemstilling 3: Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner? .....	33
Underproblemstilling 4: Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling .....	34
Underproblemstilling 5: Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner? .....	35
<b>Diskusjon .....</b>	<b>37</b>
Hvilke intervensjoner har en studert, og synes noen intervensjoner å være bedre enn andre? .....	38
På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt? .....	40
Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner? .....	43
Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling? .....	45
Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner? .....	46
Metodiske styrker og begrensninger .....	50
Styrker og begrensninger i litteraturgjennomgangen .....	52
Videre forskning .....	53
<b>Konklusjon .....</b>	<b>53</b>

### Selvmedfølelse i behandling av traumer - en litteraturgjennomgang

Alle mennesker vil møte på lidelse i løpet av livet. Når vi blir utsatt for vonde hendelser er det vanlig å bli selvkritisk, skamfull og få tanker om at det var vår feil, fremfor å reagere med støtte og sympati, slik vi ville gjort overfor en nær venn (Germer & Neff, 2015, s. 43). Et traume kan ses som et psykologisk sår som kan påvirke menneskets virkelighetsoppfatning og kan utfordre en tanke om usårbarhet (Thompson & Walsh, 2010). Mennesker er meningsskapende vesener. Å bli utsatt for et eller flere psykologiske traumer kan endre eller ødelegge vår egen opplevelse av selvet, samt påvirke hvordan vi opplever å passe inn i verden (Thompson & Walsh, 2010).

#### **Traumerelaterte lidelser**

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) “oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste” (Statens helsetilsyn, 1999, s. 146). Denne definisjonen er hentet fra Statens helsetilsyns oversettelse og utarbeiding av kapittelet om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i ICD-10. ICD-10 er Verdens helseorganisasjon sitt diagnostiske system for sykdomsklassifisering, og det systemet som hovedsakelig brukes for å diagnostisere psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i Norge (Statens helsetilsyn, 1999).

I denne oppgaven har vi derimot tatt utgangspunkt i kriteriene fra The diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), da de inkluderte studiene i vår litteraturgjennomgangen benytter denne klassifiseringen. Symptomene på PTSD i DSM-5 (APA, 2013) blir inndelt i ulike kriterier. Kriterium A omhandler å ha blitt utsatt for eller å ha observert en traumatisk hendelse. Kriterium B omhandler påtrengende minner knyttet til hendelsen som dissosiative reaksjoner eller flashbacks. Kriterium C omhandler unngåelse av stimuli knyttet til hendelsen, som unngåelse av tanker, følelser og steder. Kriterium D viser til negative endringer i kognisjon og

følelser, eksempelvis kan noen rapportere å ikke huske deler eller hele den traumatiske hendelsen, få mer negative holdninger til seg selv og klandre seg selv for hendelsen, samt uvirkelighetsfølelse. Kriterium E omhandler hyperaktivering der individet eksempelvis kan bli mer irritabel, mer på vakt og ha overdrevne reaksjoner på stimuli. Symptomene i kriteriene B, C, D og E bør ha vedvart mer enn en måned og symptomene må negativt påvirke viktige områder i individets liv.

Langt flere blir utsatt for potensielt traumatiske hendelser enn dem som utvikler PTSD. Lassemo, Sandanger, Nygård, og Sørgaard (2017) gjennomførte en populasjonsstudie i Norge som viste at 26,2 % av menn og 21,7 % av kvinnene hadde vært utsatt for en potensielt traumatisk hendelse. Av disse fylte 20,4 % av kvinnene og 4,9 % av mennene kriteriene for PTSD. Dette samsvarer med beskrivelser i DSM-V om at kvinner oftere blir diagnostisert med PTSD enn menn, og rapporterer flere, sterkere og mer langvarige symptomer (APA, 2013). I DSM-V blir det også oppgitt at mennesker i risikoutsatte yrkesgrupper som brannvesenet, militæret og politiet har større sannsynlighet for å rapportere PTSD-symptomer (APA, 2013). Hendelser som i Norge gav høyest risiko for å utvikle PTSD var seksuelt misbruk, interpersonlig vold og voldtekt for kvinner, mens for menn var det vold og trusler fra ikke-nære relasjoner og voldtekt (Lassemo et al., 2017). Ved eksponering for to eller flere potensielt traumatiske hendelser økte sannsynligheten for PTSD hos både kvinner og menn (Lassemo et al., 2017).

Anstorp og Benum (2014, s. 27) stiller spørsmål om det kan være nyttig å skille mellom traumereaksjoner etter sammensatte hendelser som gjentatte overgrep eller neglekt fra barndomsalder fra reaksjoner etter enkelthendelser som bilulykke. De fremhever at det har vært behov for en mer integrert og utvidet forståelse av traumbegrepet, noe som delvis gjenspeiles i den nyeste revisjonen av PTSD i DSM-V (APA, 2013). En slik forståelse innebærer å se på traumer som et kontinuum i symptombilde- og belastning fra enkeltraumer til komplekse traumelidelser til alvorlige dissosiative lidelser (Anstorp & Benum, 2014, s.



27). Kompleks PTSD kan oppstå etter gjentatte og vedvarende potensielt traumatiske hendelser utført av tillitspersoner (Anstorp & Benum, 2014, s. 27). Da opplever individet symptomer som store vansker med emosjonsregulering, interpersonlige vansker og negativt selvbilde i tillegg til andre traumesymptomer (Herman, 1992). Dissosiative lidelser (varierer i kontinuum) kan oppstå når personen ikke evner å integrere hendelser, kroppslige minner og følelser som følge av en hendelse som ikke har vært til å tåle (Anstorp & Benum, 2014, s. 28).

Traumereaksjoner kan forstås som et individs forsøk på å overleve en ekstrem hendelse (Modum Bad, 2014, s. 10). For å håndtere fare og stress aktiveres fysiologiske og psykologiske endringer i individets nervesystem. Slike overlevelsesresponsen kan deles inn i overaktivering (kamp-, flukt- eller frysrespons) eller underaktivering (underkastelse). Vanlige negative reaksjoner og symptomer etter traumatiske hendelser og aktivering av kroppens overlevelsesrespons er: skyld- og skamfølelse; vansker med affektregulering; vansker med oppmerksomhet og bevissthet; bekymring, håpløshet og depresjon; anspenthet, smertetilstander og svekket immunforsvar; samt mistillit og vansker i interpersonlige relasjoner (Modum Bad, 2014, s. 10). Tall fra DSM-V (APA, 2013) viser at komorbiditet med andre psykiske lidelser som angst, depresjon og rusmisbruk er 80 % mer sannsynlig for mennesker som møter kriteriene for PTSD enn for andre mennesker. Suicidale tanker og forsøk forekommer også hyppigere hos individer som har opplevd mishandling eller overgrep i barndommen (APA, 2013).

### **Retningslinjer for traumebehandling**

Traumesymptomer kan forekomme som reaksjon etter en latensperiode som kan variere fra uker til måneder til år. Flere mennesker som blir utsatt for potensielt traumatiske hendelser trenger ingen eller begrenset behandling (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2005). Bedring ses i flestparten av tilfellene, men hos noen personer kan tilstanden bli kronisk og krever derfor behandling. I de kliniske retningslinjene for PTSD (NICE, 2005) anbefales psykologisk intervensjoner som traumefokusert kognitiv atferdsterapi

(TF-CBT) eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). I denne oppgaven vil vi referere til disse terapiformene som standard behandling. Dersom individet opplever vedvarende traumesymptomer over flere måneder eller år, og opplever det for overveldende å gå inn i hendelsen, anbefales det å starte behandlingen med emosjonell stabilisering. Ved emosjonell stabilisering er formålet å opparbeide en evne til å møte traumereaksjoner og det som utløser disse reaksjonene på en robust måte (Modum Bad, 2014, s. 14).

Tradisjonelt har PTSD blitt klassifisert som en angstdiagnose der frykt er hovedkomponenten og eksponering står derfor sentralt i behandlingen (Lee, Scragg, & Turner, 2001). Lee et al. (2001) foreslår at vi ikke må glemme frykt og unngåelse av andre underliggende følelser som skam og skyldfølelse i behandlingen da disse kan opprettholde og drive symptomene, samt ha store konsekvenser for individets sosiale atferd og hindre hjelpesøkende atferd. Det kan tenkes at skyld- og skamfølelse ikke blir redusert ved eksponeringsteknikker på samme måte som frykt. Dette støttes av at noen individer fremdeles opplever PTSD-symptomer og rapporterer interpersonlige vansker, skyld- og skamfølelse etter gjennomført evidensbasert behandling for PTSD (Lee et al., 2001). Dermed anbefales det videre forskning på ikke-tradisjonelle og gjerne gruppebaserte intervensjoner som også kan være kostnadseffektive (Kearney et al., 2013; Lang et al., 2012). Vårt utgangspunkt er å undersøke om selvmødfølelesorienterte intervensjoner kan være effektive i denne sammenhengen.

### **Hva er selvmødfølelse**

Germer og Neff (2013) forklarer selvmødfølelse som medfølelse rettet innover mot en selv. På samme måte som vi ofte møter andres lidelse med vennlighet, kan vi også møte oss selv på denne måten. Ifølge Neff (2003a) består selvmødfølelse av tre hovedkomponenter:

1. Selv-vennlighet (self-kindness): Å være snill og forståelsesfull mot en selv i møte med lidelse istedenfor å møte seg selv med kritikk og fordømmelse. Denne komponenten har sin motsats i selvførdømmelse (self-judgment).

2. Fellesmenneskelighet (common humanity): Å oppfatte ens opplevelse som del av en større fellesmenneskelig opplevelse istedenfor å se på dette som noe som separerer eller isolerer en fra andre. Denne komponenten har sin motsats i isolering (isolation).
3. Oppmerksomt nærvær (mindfulness): Å være bevisst smertefulle tanker og følelser på en balansert måte istedenfor å overidentifisere seg med den. Denne komponenten har sin motsats i overidentifisering (over-identification).

Neff (2003b) har utviklet en skala for å måle selvmedfølelse; Self Compassion Scale (SCS). Skalaen ble designet for å måle de tre nevnte hovedkomponentene på separate subskalaer (selv-vennlighet vs. selvførdømmelse, fellesmenneskelighet vs. isolasjon og oppmerksomt nærvær vs. overidentifisering). Neff (2003b) fant gjennom empiriske analyser av SCS at disse positive og negative aspektene av de tre komponentene formet seks separate, men korrelerte faktorer. Neff (2003b) konkluderer med at SCS har gode psykometriske kvaliteter og er et teoretisk valid mål på selvmedfølelse. Det er støtte for bruk av SCS for å undersøke de seks subskalaene (som representerer de seks komponentene) og den totale skåren (som representerer selvmedfølelse) (Neff et al., 2018).

### **Sammenheng mellom traumer og selvmedfølelse**

Selvmedfølelse har blitt knyttet til mange målinger på mental helse, blant annet emosjonell resiliens i møte med negative hendelser (Germer & Neff, 2015, s. 44). Høyere nivå av selvmedfølelse er vist å ha sammenheng høyere nivå av glede (Hollis-Walker & Colosimo, 2011), og økt selvmedfølelse har vært knyttet til ulike positive utfall, som økt psykologisk velvære (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Det er også forskning som tyder på at selvmedfølelse kan bidra til å dempe personers reaksjoner på negative hendelser (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007).

Germer og Neff (2015, s. 45) foreslår at selvmedfølelse kan fungere som en sunn og alternativ respons på traume. De begrunner dette med å vise til hvordan vi vanligvis

responderer på indre og ytre trusler. Når vi møter en ytre trussel vil vår evne til å overleve være avhengig av vår kapasitet til kamp, flukt eller frys, og at når vi møter indre trusler i form av sterke emosjoner som eksempelvis skam vil disse komponentene av stressresponsen ifølge Germer og Neff (2015, s. 43) bli til henholdsvis selvkritikk, selv-isolasjon eller selv-absorpsjon. Germer og Neff (2015, s. 45) knytter disse reaksjonene til tre symptomklustre ved PTSD (hyperaktivering, unngåelse og påtrengende minner). Forfatterne hevder at stressresponsen kamp og selvkritikk vil samsvare med hyperaktivering, flukt og selv-isolasjon med unngåelse, og frys og selv-absorpsjon med påtrengende minner. De presenterer videre hvordan selvmedfølelse kan fungere som en alternativ respons til disse stressresponsene på følgende måte: Selv-vennlighet kan bidra til å roe ned en autonom hyperaktivering, mens fellesmenneskelighet vil være en motsats til det å gjemme seg i skam. I tillegg kan ikke-dømmende oppmerksomhet (mindful awareness) bidra til at vi kan løsrive oss fra påtrengende minner og følelser.

Mange av øvelsene som brukes i selvmedfølelsesintervensjoner bygger på evne til å rette oppmerksomhet mot det som er tilstede her og nå (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 12). Ved traumatisering kan vår evne til å holde oss oppmerksomt tilstede og til å behandle oss selv med vennlighet bli forstyrret (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 11). Relasjon til andre mennesker kan kjennes fjern og truende, og individet kan kjenne seg annerledes og ha vansker med å håndtere de emosjonelle reaksjonene som oppstår. Salvesen og Wästlund (2017, s. 80) foreslår at ved å bli mer medfølende med seg selv og andre vil individet kunne utvide toleranse for vanskelige følelser i møte med egen lidelse.

Thompson og Waltz (2008) fant en negativ korrelasjon mellom unngåelsessymptomer og selvmedfølelse i en gruppe mennesker som var utsatt for traumer. En har også funnet en negativ korrelasjon mellom selvmedfølelse og PTSD-symptomer/sannsynlig PTSD (Hiraoka et al., 2015; Maheux & Price, 2016; Scoglio et al., 2018). Tanaka, Wekerle, Schmuck, og Paglia-Boak (2011) viste at ungdommer som hadde blitt utsatt for fysisk eller emosjonell

mishandling og/eller neglekt gjerne hadde lavere nivåer av selvmedfølelse. Lave nivåer av selvmedfølelse korrelerte med høyere sannsynlighet for å ha psykiske vansker, suicidalforsøk og alkoholproblemer (Tanaka et al., 2011), og forhøyede PTSD-symptomer kan tenkes å ha sammenheng med redusert selvmedfølelse (Maheux & Price, 2015). Yarnell et al. (2015) fant at kvinner gjerne hadde lavere nivåer av selvmedfølelse enn menn, og som nevnt rapporterte kvinner om oftere og sterke PTSD-symptomer enn menn (APA, 2013). Dette reiser spørsmål om kjønn kan ha noe å si for behandlingsutbytte.

### **Selvmedfølelse som buffer og mediator**

Det er foreslått at selvmedfølelse kan beskytte mot negative effekter etter traume (Maheux & Price, 2015; Seligowski, Miron, & Orcutt, 2015). Vettese, Dyer, Li, og Werkele (2011) undersøkte ved selvrapporing om individuelle forskjeller i selvmedfølelse hos ungdommer som var behandlingssøkende for alkoholmisbruk, kunne ha betydning for emosjonsreguleringsvansker. Resultatene viste en negativ sammenheng mellom selvmedfølelse og opplevd neglekt i barndommen samt vansker med emosjonsregulering. Forfatterne fant at sammenhengen var tilstede etter å ta høyde for type traumer, alvorlighetsgrad, nåværende symptomnivå og alkoholmisbruk. Miron, Orcutt, Hannan, og Thompson (2014) viste at kvinner som retrospektivt (ved hjelp av spørreskjema) rapporterte om emosjonelt misbruk i barndommen oppga lavere nivåer av nåværende selvmedfølelse og større emosjonsreguleringsvansker. Alkoholmisbruk ble indirekte predikert gjennom lavere nivåer av selvmedfølelse hos individer som ble utsatt for emosjonell mishandling i barndommen. Analysene tydet på at emosjonsreguleringsvanskene kunne være en mediator mellom barndomserfaringene og nåværende nivå av selvmedfølelse.

Zeller, Yuval, Nitzan-Assayag, og Bernstein (2015) undersøkte i en longitudinell studie av ungdommer utsatt for en potensielt traumatisk hendelse om selvmedfølelse kunne virke beskyttende etter traume. De fant at selvmedfølelse så ut til å mediere sammenhengen mellom traume og depresjon, panikksymptomer, og symptomer på suicidalitet. Å være utsatt

for et traume så ut til å redusere selvmedfølelse, som igjen så ut til å øke farene for depresjon, panikksymptomer, og symptomer på suicidalitet.

En kryssseksjonell studie (Kaurin, Schonfelder, & Wessa, 2018) undersøkte om selvmedfølelse kunne beskytte mot depresjonssymptomer i møte med potensielt traumatiske hendelser. Resultatene indikerte at høye nivåer av selvmedfølelse beskyttet mot selvkritikk og depresjonssymptomer hos brannkonstabler som var utsatt for gjentatte potensielt traumatiske hendelser. Høyere nivå av selvmedfølelse er dermed foreslått å kunne være en viktig resiliensfaktor som kan ruste individet til å håndtere vanskelige hendelser.

### **Behandlingsprogrammer for utvikling av selvmedfølelse**

Germer og Neff (2015, s. 55) skriver at de to vanligste behandlingsprogrammene som fokuserer på å utvikle større selvmedfølelse er oppmerksomt nærværsbasert selvmedfølelsetrening (Mindful self-compassion training, MSC) og medfølelsesbevissthetstrening (Compassionate mind training, CMT). Sistnevnte er en sentral del av tilnærmingen medfølelsesfokusert terapi (Compassion focused therapy, CFT).

**Oppmerksomt nærværsbasert selvmedfølelsetrening (MSC).** Neff og Germer (2012) har utviklet MSC med bakgrunn i kunnskap om oppmerksomt nærvær. MSC er et treningsprogram som inneholder ulike typer meditasjoner som eksempelvis kjærlighetsøvelser (loving-kindness) og vennlig pust, samt uformelle øvelser som kan brukes i hverdagen som eksempelvis beroligende berøring og selvmedfølende brevskrivning (Neff & Germer, 2012).

**Medfølelsesfokusert terapi (CFT).** Gilbert har utviklet CFT (Gilbert, 2009) og CMT (Gilbert & Procter, 2006). CFT er en integrert multimodal tilnærming som bygger på sosial-, evolusjons-, utviklings- og buddhistisk psykologi, samt nevrovitenskap (Gilbert, 2009). Gilbert (2010, s. 5) poengterer at CFT bygger på flere terapeutiske intervensjoner og inkluderer spesielt teknikker fra kognitiv atferdsterapi (CBT). I tillegg til tradisjonell CBT-tilnærming tilfører CFT fokus på medfølelse og bruk av forestillingsbasert medfølelse

(compassion imagery) (Gilbert, 2010, s. 6). I CFT blir medfølelse forstått som spesifikke holdninger en person kan ha til andre eller seg selv, og de evner som ligger under disse. Medfølelse innebærer omsorg for at en selv og andre skal trives, sensitivitet til egne og andres behov, sympati for en selv og andre, toleranse for ubehag, empati, og en ikke-dømmende holdning. Underliggende evner kan være medfølelse, resonnering, atferd, følelser, oppmerksomhet og forestillingsevner (Gilbert, 2009).

Et hovedfokus i CFT-tilnærmingen er å bruke medfølelses-bevissthetstrening (CMT) for å hjelpe individer å utvikle og oppleve indre varme, trygghet, beroligelse og trøst via medfølelse og selvmølelse (Gilbert, 2009). CMT referer til spesifikke aktiviteter eller teknikker som kan hjelpe oss å utvikle ulike aspekter av medfølelse for oss selv og andre (Gilbert & Procter, 2006). CMT er spesielt utviklet for individer som har høye nivåer av skam og selvkritikk, og som opplever varme og aksept mot seg selv som vanskelig og/eller skremmende (Gilbert & Procter, 2006).

**Tre emosjonsreguleringssystemer.** Gilbert (2009) viser til nevrofysiologisk forskning på emosjoner og beskriver tre emosjonsreguleringssystemer som former grunnlag for CFT:

**Trussel- og beskyttelsessystemet:** Denne samling av funksjoner har som mål å oppdage trusler. Aktivert av dette systemet kan gi følelser som angst, sinne og avsky. Dette er følelser som ifølge Gilbert (2009) motiverer til å beskytte oss mot trusler. Aktivert av slike følelser vil kunne gi seg utslag i atferd som kamp, flukt eller overgivelse (Gilbert, 2001). Systemet innebærer også kognitive skjevheter (bias), som eksempelvis en føre-var-tankegang. Med dette mener Gilbert (2009) at vi er programmerte til å være mer oppmerksomme på trusler og behov for beskyttelse enn ikke-truende forhold ved omgivelsene.

**Drifts-, ressursøking- og begeistringssystemet:** Funksjonen til dette systemet er å motivere og styre oss mot viktige ressurser og mål – både materielle og de som er knyttet til selvtillit. Gjennom å skape positive følelser gir systemet oss et driv til å oppsøke ting som

eksempelvis mat og vennskap. Systemet er kilde til forventning og nytelse, og preget av lyst og begjær.

Tilfredshet-, beroligelse- og trygghetssystemet: Når man ikke møter trusler eller søker ressurser kan en oppleve en tilstand av tilfredshet. De positive følelsene relatert til dette systemet er annerledes enn de som relatert til det forannevnte driftssystemet. Tilfredshet innebærer en tilstand av ro og velvære, og er ikke kun fravær av trussel og lav aktivitet i trussel- og beskyttelsessystemet. Systemet omfatter tilknytningsatferd, der signaler på omsorg kan ha en beroligende og trøstende effekt med tilhørende positive følelser. Gilbert referer til denne typen responser som et sosialt trygghetssystem. Sosial trygghetssystemet fungerer som en regulator av trussel- og driftssystemet. Gilbert fokuserer særlig på at en må aktivere beroligelsessystemet i terapi med traumatiserte pasienter.

Det er observert (Gilbert, 2009) at individer som har høye nivåer av selvkritikk og skam kan ha store vanskeligheter med å generere trygghet og varme i relasjon til både seg selv og andre, og derav også vanskeligheter med å være snille og medfølende med seg selv. Gilbert og Procter (2006) argumenterer for at disse individene ofte har opplevd tidlige traumer, som neglekt eller mishandling i barndommen, og sjeldent har opplevd trygghet eller å ha blitt beroliget. Ifølge Gilbert (2009) har slike opplevelser gjort individets trussel- og beskyttelsessystem mer sensitivt og hyperaktivert. Dette systemet dominerer derfor individets orientering til den indre og ytre verden. Individet blir da sensitiv til trussel om avvisning eller kritikk fra den eksterne verden og kan lett angripe seg selv (Gilbert, 2009). På grunn av denne hyperaktiveringen av trusselsystemet vil individet kunne oppleve vanskeligheter med å få tilgang på tilfredshet, beroligelse og trygghetssystemet. CFT og CMT har fokus på å fasilitere utvikling av dette systemet via å øke personens evne til å trygge og berolige seg selv.

Ifølge Gilbert og Procter (2006) er det ikke nok at en terapiform hjelper individet til å utvikle innsikt i hans eller hennes selvkritikk. En må i tillegg utvikle evnen til å vise seg selv varme og medfølelse. Lee (2005, s. 330-331) fant at personer som opplevde mye selvkritikk



og som ofte hadde en traumatisk bakgrunn, gjerne kunne forstå logikken bak CBT og evnet å generere alternative tanker til selvkritikk, men sjelden følte seg beroliget eller bedre av dette. Å skulle føle varme eller varsom forsikring og beroligelse ble ofte opplevd som skremmende for dem. Det ble derfor antatt at disse individene ikke klarte å få tilgang på sitt beroligelsessystem og dermed ikke opplevde lettelse og ro.

I følge Gilbert og Procter (2006) kan selvmedfølelse bidra til å redusere følelsen av trussel og bidra til å skape følelse av trygghet. Selvmedfølelse kan dermed være nyttig for individer som kommer fra en traumatisk bakgrunn og mangler evne til å berolige seg selv og gi seg selv indre varme.

### **Negative reaksjoner på selvmedfølelse**

Det er foreslått at noen individer som har blitt utsatt for traumer ikke vil respondere godt på selvmedfølelse i begynnelsen. *Backdraft* er en metafor som brukes når vanskelige minner oppstår når en pasient møter medfølelse og føler seg sett, elsket og hørt i terapien (Germer & Neff, 2015, s. 52). Ut ifra klinisk erfaring skriver Germer og Neff (2015, s. 52) at intens smerte kan utløses når døren åpnes for medfølelse, og en gjennom dette blir minnet om hvor vondt en har hatt det, hvor lite en har mottatt av medfølelse og hvor lite selvmedfølelse en egentlig har. Også Gilbert og Procter (2006) foreslår at selvmedfølelse kan være skremmende. De påpeker at mennesker som er svært selvkritiske kan kjenne på en frykt for selvmedfølelse (fear of self-compassion), og at denne frykten kan være en hindring mot bedring. En kan tenke seg at slike reaksjoner vil forekomme hyppigere hos traumatiserte pasienter som har møtt lite medfølelse tidligere i livet.

Miron, Sherrill, og Orcutt (2015) fant i en krysseksjonell studie høyere nivå av PTSD-symptomer og høyere nivå av frykt for selvmedfølelse blant deltakere som rapporterte mer unngåelse av tanker og følelser knyttet til traumet. Det har blitt rapportert at noen deltakere opplever en forverring i symptomer når de trener på å erstatte selvkritikk med selvmedfølelse, kanskje fordi selvkritikk har vært en beskyttelsesmekanisme, samt at individene også kan

oppgi bekymringer som at de ikke føler de fortjener selvmedfølelse (Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011; Miron et al., 2015). En mulig forklaring på dette kan som nevnt være at vennlighet fra andre, som terapeuten, kan reaktivere sorg, minner og følelser fra fortiden når individet innser hvor lite medfølelse de har mottatt tidligere (Gilbert et al., 2011). Selvkritikk, skam- og skyldfølelse er antatt å være en særlig fremtredende komponent i traumelidelser (Harman & Lee, 2010). Det er foreslått at en opprettholdende faktor ved PTSD kan være vansker med selv-vennlighet og beroligelse (Harman & Lee, 2010). Denne motstanden kan tenkes fremtredende hos mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller gjentatte relasjonelle traumer. Når en søker forklaringer på hvorfor traumatiske hendelser skjer, kan det å legge ansvaret og skylden på seg selv være en beskyttelsesreaksjon for å få oppleve kontroll over de uforutsigbare hendelsene (Modum Bad, 2014, s. 158).

### **Oppgavens problemstillinger**

Gilbert referert i Germer og Neff (2015) hevder at medfølelse fra andre og seg selv er en viktig faktor for adaptiv regulering av emosjonelle reaksjoner på trussel. Individer som har PTSD eller traumesymptomer har gjerne ikke klart å reagere adaptivt på den trusselen de har opplevd og har vanskeligheter med å regulere den enorme emosjonelle reaksjonen den potensielt traumatiske hendelsen har utløst. Det er funnet i en meta-analyse (MacBeth & Gumley, 2012) at selvmedfølelse kan være beskyttende mot symptomutvikling og at mennesker som har høyere nivå av selvmedfølelse vil oppleve mindre psykopatologi. Av den grunn kan en tenke seg at selvmedfølelsesintervensjoner vil være særlig egnet for populasjoner med traumbakgrunn. Vi kjenner imidlertid ikke til noen litteraturgjennomgang av forskning som spesifikt ser på effekten av selvmedfølelsesbaserte intervensjoner for personer med traumbakgrunn. Hovedproblemstillingen for denne oppgaven er derfor: Kan selvmedfølelsesintervensjoner hjelpe individer med å takle negative effekter av traumer?

Vi tar for oss fem underproblemstillinger som gjelder hvilke effekter selvmedfølelsesintervensjoner kan ha for individer med traumbakgrunn. Disse er:

1. Hvilke selvmedfølelsesintervensjoner har en studert, og synes noen selvmedfølelsesintervensjoner å være bedre enn andre, for denne gruppen?
2. På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt, for denne gruppen?
3. Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner, for denne gruppen?
4. Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling, for denne gruppen?
5. Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner, for denne gruppen?

### Metode

#### Pilotsøk for utvikling av søkestrategi

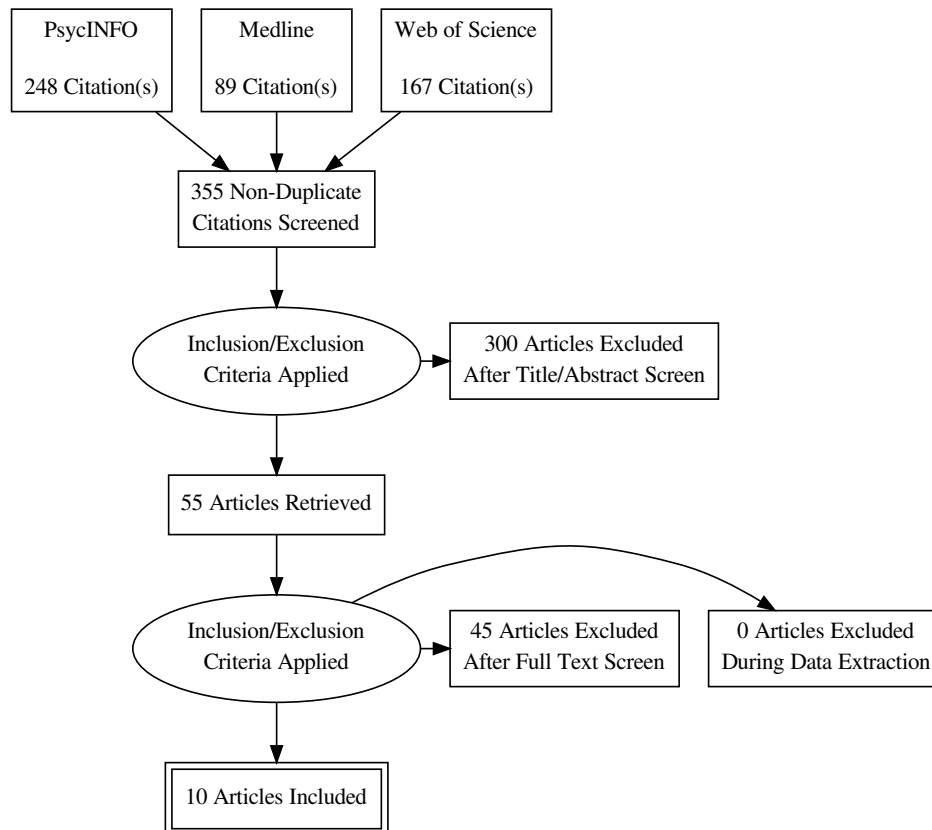
Vi gjennomførte først flere usystematiske pilotsøk i PsycINFO for å undersøke hvilke ordsammensetninger som så ut til å gi mest relevante treff. Søkeordene i søkestrategien som ble utviklet er presentert i tabell A1 (se appendiks A). Pilotsøket tydet på at det er gjort lite forskning på området og at det ikke ville være hensiktsmessig å begrense litteratursøket til visse tidsperioder.

#### Litteratursøk

Det systematiske litteratursøket ble foretatt 07.09.18 i følgende databaser: PsycINFO, Web of Science og MedLine. Søket ble begrenset til norsk, engelsk, dansk eller svensk. Det ble ikke lagt inn noen tidsbegrensning i søket. Søket ga 248 treff i PsychINFO, 89 treff i Web of Science og 167 treff i MedLine (figur 1). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 355 treff.

Deretter gikk vi gjennom titler og sammendrag, og etter dette satt vi igjen med 55 treff (se under for en beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier). Etter en nærmere utsiling ved å lese hele artikkelen endte vi opp med å inkludere 10 studier i vår litteraturgjennomgang.

To av disse studiene benyttet seg av samme intervensjon og utvalg, men inkluderte ulike utfallsmål. Gjennomgang av litteraturlistene til de inkluderte artiklene ga ingen ytterligere relevante funn.



---

Figur 1. Flytdiagram over prosessen i det systematiske litteratursøket.

### Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

For å bli inkludert i vår litteraturgjennomgang måtte studien være en intervensjonsstudie som undersøkte om selvmødfølelsesintervensjoner hadde effekt for personer som opplever negative effekter etter en potensielt traumatisk hendelse.

Et annet inklusjonskriterium var at hele utvalget i studien måtte oppfylle minst ett av tre kriterier: (a) være diagnostisert med PTSD, (b) ha PTSD-symptomer, eller (c) ha opplevd hendelser som potensielt kan være traumatiserende og opplevd negative effekter som følge av denne hendelsen.

Vi ekskluderte utvalg som hadde traumesymptomer som følge av somatisk sykdom, samt utvalg som opplevde sekundær traumatisering (vicarious trauma, secondary traumatic stress, compassion fatigue). Studier som fokuserte på at utvalget opplevde frykt for selvmedfølelse (fear of self-compassion) ble også ekskludert. Vi ekskluderte også studier som ikke var publisert i fagfellevurderte tidsskrift, doktoravhandlinger, eller der det ikke var mulig å få tilgang til artikkelen.

### **Gjennomgang av de inkluderte studiene og vurdering av metodisk kvalitet**

Samtlige studier ble gjennomgått med tanke på å avklare design, intervensjonstype, utvalg, måletidspunkt, utfallsmål og nøkkelfunn. Vi valgte å se på disse forholdene da de ble vurdert som mest relevante for å besvare problemstillingen. Begge forfattere har gjennomgått de 10 inkluderte studiene uavhengig av hverandre.

Studiene ble også gjennomgått for å vurdere metodisk kvalitet. De kvantitative studiene ble vurdert ut fra en egen tilpasning av Öst (2008) sitt vurderingsskjema for psykoterapeutiske utfallsstudier. I samråd med veileder ble også kasusstudiene vurdert på bakgrunn av dette ettersom de tok i bruk kvantitative data. Fjorten av leddene fra Öst (2008) sitt vurderingsskjemaet ble vurdert som relevante for problemstillingen i denne litteraturgjennomgangen (se appendiks B). Hvert ledd er vurdert som 0 = dårlig (poor), 1 = rimelig (fair), eller 2 = god. Tjueåtte er maksimum skår hver studie kan oppnå. Den ene studien med ren kvalitativ tilnærming ble vurdert i henhold til Levitt et al. (2018) sine kriterier for vurdering av kvalitativ forskning.

### **Resultat**

Basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble det vurdert at 10 studier var aktuelle til litteraturgjennomgangen, der to av dem er bygget på samme undersøkelse (samme utvalg og intervensjon). Studiene ble publisert i tidsperioden 2012 til 2017 (se tabell 1 for oversikt). For oversikt over intervensjonenes engelske betegnelse, norske oversettelse og forkortelse i denne oppgaven se tabell C1 i appendiks C.

Tabell 1

*Oversikt over inkluderte studier*

Studie	Design	Intervensjon	Utvalg	Måletidspunkt	Utfallsmål (måleinstrument)	Nøkkelfunn <sup>a</sup>
Au et al. (2017)	Pre-post	Kort medfølelsesbasert terapi	n = 10 Individer med forhøyet traumerelatert skam og PTSD-symptomer	Pre (flere mål) Etter hver terapisesjon (6 uker) 2 og 4 uker oppfølging	Selvrapporterings skjema: Traumesymptomer (PCL-5) Skamfølelse (ISS) Skyldfølelse (PTCI-sb) Selvmedfølelse (SCS)	9 av 10 viste nedgang i traumesymptomer 8 av 10 viste reduksjon i traumerelatert skam Redusert skyldfølelse Økt selvmedfølelse
Beaumont et al. (2016)	Ikke-randomisert kontrollgruppe (Pilot)	TF-CBT TF-CBT + CFT (integrert intervensjon)	n = 17 Brannkonstabler med traumesymptomer henvist etter traumatisk hendelse	Pre og post	Selvrapporterings skjema: Traumesymptomer (IES-R) Depresjon og angst (HADS) Selvmedfølelse (SCS-SF)	Begge grupper: Traumesymptomer: Redusert unngåelsesatferd, hyperaktivering og påtrengende minner Redusert angst og depresjon Økt selvmedfølelse Integrert intervensjon: Økt selvmedfølelse sammenlignet med kun TF-CBT
Beaumont et al. (2012)	RCT	CBT CBT + CMT (integrert intervensjon)	n = 32 Individer henvist til behandling etter en traumatisk hendelse	Pre og post	Selvrapporterings skjema: Traumesymptomer (IES-R) Depresjon og angst (HADS) Selvmedfølelse (SCS)	Begge grupper: Traumesymptomer: Redusert unngåelsesatferd, hyperaktivering og påtrengende minner Redusert angst og depresjon Økt selvmedfølelse Integrert intervensjon: Økt selvmedfølelse sammenlignet med kun CBT

Beaumont & Martin (2013)	Kasusstudie	EMDR + CMT (integrert intervensjon)	n = 1 Mann med traumerelaterte symptomer	Pre, mid og post 9 måneders oppfølging	Selvrapporteringskjema: Traumesymptomer (IES-R) Depresjon og angst (HADS) Selvmedfølelse (SCS)	Traumesymptomer: Redusert unngåelsesatferd, hyperaktivering og påtrengende minner Redusert angst og depresjon Økt selvmedfølelse Effekt vedlikeholdt ved 9 måneders oppfølging
Bowyer et al. (2014)	Kasusstudie	TF-CBT + CFT (integrert intervensjon)	n = 1 Kvinne med PTSD etter traumatisk hendelse	Pre, mid og post	Selvrapporteringskjema: Traumesymptomer (PDS) Depresjon (BDI-II) Skamfølelse (OAS) Selvkritikk/evne til å berolige seg selv (FSCRS)	Reduksjon i traume- og depresjonssymptomer (begge subkliniske etter intervensjon) Redusert skam og selvangrep Økt evne til å berolige seg selv
Held & Owens (2015)	RCT (Pilot)	Selvadministrering av arbeidsbok: Stressvaksinerings- trening Selvmedfølelsetrening Begge grupper fikk i tillegg oppfølging som vanlig <sup>b</sup>	n = 27 Hjemløse krigsveteraner i midlertidig bolig og som rapporterer minst en traumatisk hendelse	Pre, mid og post	Selvrapporteringskjema: Traumesymptomer (PCL-S) Traumerelatert skyldfølelse (TRGI) Selvmedfølelse (SCS)	Begge grupper: Ingen endring i traumesymptomer Reduksjon i traumerelatert skyldfølelse Økt selvmedfølelse Ingen forskjell mellom gruppene
Hoffart et al. (2015)	RCT	Forestillingsbasert eksponering (standard forlenget eksponering)  Forestillingsbasert omskriving (modifisert forlenget eksponering med selvmedfølelsesfokus)	n = 65 Pasienter diagnostisert med PTSD	Pre Etter hver terapisesjon (10 uker)	Selvrapporteringskjema: Traumesymptomer (PSS-SR) Selvmedfølelse (SCS)	Begge grupper: Økt selvmedfølelse på fem av seks selvmedfølelses-komponenter (selv-vennlighet, selv-dømming, isolasjon, over-identifisering, oppmerksomt nærvær). Selvmedfølelsesskårene på ethvert tidspunkt predikerte PTSD skåren noen dager senere Ingen forskjell mellom gruppene

Kearney et al. (2013)	Pre-post (Pilot)	LKM Deltakerne fikk i tillegg oppfølging som vanlig <sup>c</sup>	n = 42 Krigsveteraner med aktiv PTSD	Pre og post 3 måneders oppfølging	Semistruert intervju: Traumesymptomer (PSS-I) Selvrapporteringskjema: Depresjonssymptomer (PROMIS) Selvmedfølelse (SCS, CLS) Oppmerksomt nærvær (FFMQ)	Redusert traumesymptomer Redusert depresjonssymptomer Økt selvmedfølelse Økt oppmerksomt nærvær
Kearney et al. (2014)	Pre-post (Pilot)	LKM Deltakerne fikk i tillegg oppfølging som vanlig <sup>c</sup>	n = 42 Krigsveteraner med aktiv PTSD	Pre og post 3 måneders oppfølging	Selvrapporteringskjema: Emosjoner (The Circumplex Measure of Emotion) Desentrering (EQ-Decentering) Psykologisk velvære (PWB) Opplevelse av sosial støtte (SSS) Databasert test: Oppmerksomhet (ANT)	Emosjoner: Økt uaktiverede positive emosjoner, redusert aktiverte og uaktiverede negative emosjoner Økt desentrering Psykologisk velvære: Økt mestring, personlig vekst, opplevd mening i livet og selv-aksept Økt opplevelse av sosial støtte Oppmerksomhet: Nedgang i eksekutiv kontroll og økning i årvåkenhet
Lawrence & Lee (2014)	Kvalitativ (intervju)	CFT Individuelt eller i gruppeformat	n = 7 Gjennomført et CFT-kurs for traumer. Oppfylte kriteriene for PTSD	Intervju utført etter intervensjon over en 9 måneders periode		I begynnelsen aversiv respons til selvmedfølelse Over tid positiv opplevelse og emosjonell respons til selvmedfølelse Terapeutisk relasjon viktig for endring

*Notat.* ANT = Attention Network Test; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CBT = Cognitive behavioral therapy; CFT = Compassion-focused therapy; CLS = Compassionate Love Scale; CMT = Compassionate mind training; EMDR = Eye movement desensitization; EQ-Decentering = Experiences Questionnaire-decentering Items; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; FSCRS = The Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; IES-R = Impact of Event Scale – Revised; ISS = Internalized Shame Scale; LKM = Loving kindness meditation; OAS = The Other as Shamer Scale; PCL-S = PTSD Checklist - Specific Stressor Version; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-V; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; PROMIS = Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; PSS-I = PTSD Symptom Scale – Interview; PSS-SR = PTSD Symptom Scale - Self-Report; PTCI-sb = Posttraumatic Cognitions Inventory; PTSD = Posttraumatic Stress Disorder; PWB = Psychological Wellbeing Scale; RCT = Randomized controlled trial; SCS = Self Compassion Scale; SCS-SF = Self Compassion Scale - Short Form; SSS = Sense of Support Scale; TF-CBT = Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy; TRGI = Trauma-Related Guilt Inventory.

<sup>a</sup> Viser kun til signifikante funn.

<sup>b</sup> Dette innebar psykoterapi og/eller medisiner, daglige spirituelle grupper og 12-trinns-møter.

<sup>c</sup> Dette inkluderte flere ulike former for psykologisk behandling



## Deskriptiv informasjon om studiene

**Utvalg.** I fem studier møtte deltakerne kriteriene for PTSD (Bowyer, Wallis, & Lee, 2014; Hoffart, Øktedalen, & Langkaas, 2015; Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014; Lawrence & Lee, 2014). I de resterende studier ble deltakerne inkludert dersom de hadde opplevd en potensielt traumatisk hendelse og opplevde negative effekter i etterkant.

Type traume utvalget var utsatt for varierte innenfor og mellom studier. Utvalget i en studie var brannkonstabler med traumesymptomer (Beaumont, Durkin, McAndrew, & Martin, 2016). Tre studier inkluderte utvalg med krigsveteraner som hadde opplevd ulike typer traumer (Held & Owens, 2015; Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014). I andre studier rapporterte noen deltakere om enkeltraumer som for eksempel bilulykke, mens andre rapporterte om gjentatte seksuelle overgrep. I en studie var det ikke opplyst hvilke traumer deltakerne hadde vært utsatt for (Lawrence & Lee, 2014).

I tabell 1 har vi oppgitt antall deltakere som gjennomførte hele eller størstedelen av studien og som har blitt inkludert i de statistiske analysene. Deltakerne i studiene var voksne mellom 17-64 år. Alder og kjønnsfordeling varierte stort mellom studiene, fra en 17 år gammel kvinne i en kassustudie til 51,3 år i gjennomsnittsalder i en gruppe mannlige deltakere.

**Design.** Tre av studiene var RCT-studier (Randomized controlled trial) (Beaumont, Galpin, & Jenkins, 2012; Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2015). Disse studiene randomiserte deltakere til en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe som fikk standard behandling. En studie var med ikke-randomisert kontrollgruppe (Beaumont et al., 2016).

Med standard behandling refererer vi i denne oppgaven til anbefalt behandling for traumepasienter etter retningslinjer i NICE guidelines (NICE, 2005). Dette var vanlig kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) (Beaumont et al., 2012), traumefokusert atferdsterapi (Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) (Beaumont et al., 2016; Bowyer et al., 2014) eller forlenget eksponering (Prolonged exposure, PE) (Hoffart et

al., 2015). I en studie mottok kontrollgruppen stressvaksineringstrening (Stress inoculation training) (Held & Owens, 2015).

Tre av studiene var det vi i denne litteraturgjennomgangen har kalt pre-post studier, det vil si studier med minst ett baseline måletidspunkt og ett eller flere oppfølgingspunkter, og der det ikke er kontrollgruppe (Au et al., 2017; Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014). En studie hadde flere oppfølgingstidspunkt: etter to og fire uker (Au et al., 2017), mens to studier (basert på samme undersøkelse) fulgte opp etter tre måneder (Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014). To av studiene var kasusstudier (Beaumont et al., 2012; Bowyer et al., 2014). En av disse (Beaumont et al., 2012) hadde oppfølgingsmål etter ni måneder. Vi fant også en kvalitativ studie der deltakerne er intervjuet etter å ha fulgt et program med CFT (Lawrence & Lee, 2014).

**Utfallsmål.** Ni av ti studier benyttet selvrapportering med standardiserte spørreskjema eller skalaspørsmål. Den tiende var en kvalitativ studie som baserte seg på selvrapportering av hvordan deltakerne opplevde terapien og prosessen henimot å utvikle selvmedfølelse, samt deltakernes forventninger om fremtiden etter behandlingen. Gjennomgående utfallsmål i åtte av ti studier var traumesymptomer og selvmedfølelse. Fem studier så på depressive symptomer, tre av disse inkluderte også angst. Tre studier så på skyld- og/eller skamfølelse. En studie benyttet utfallsmål som emosjoner, desentrering, psykologisk velvære, opplevelse av sosial støtte samt oppmerksomhet. Utfallsmålene og benyttede måleinstrumenter er oppsummert i tabell 1. Merk at når studiene har oppgitt effektstørrelse er disse betegnet etter Cohen (1988) sine kriterier.

### **Vurdering av metodisk kvalitet**

Vi har vurdert metodisk kvalitet for de kvantitative studiene og de to kasusstudiene med bakgrunn i Öst (2008) sitt vurderingsskjema for psykoterapeutiske utfallsstudier (se tabell 2). Dette vurderingsskjemaet er utviklet for RCT-studier, noe flere av våre inkluderte studier ikke var og dette reflekteres i deres oppnådde skår.

Tabell 2

Oversikt over metodisk kvalitet for inkluderte kvantitative studier og kasusstudier

Ledd	Studier								
	Au et al. (2017)	Beaumont et al. (2012)	Beaumont & Martin (2013)	Beaumont et al. (2016)	Bowyer et al. (2014)	Held & Owens (2015)	Hoffart et al. (2015)	Kearney et al. (2013)	Kearney et al. (2014)
Klarhet i utvalgsbeskrivelsen	2	0	2	1	2	2	2	2	2
Utvalgets representativitet	1	1	0	1	0	1	2	1	1
Utfallmålenes spesifisitet	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Utfallmålenes reliabilitet og validitet	1	2	2	2	1	2	2	2	1
Tildeling til behandling	0	1	0	0	0	1	2	0	0
Design	0	2	0	2	0	1	2	0	0
Måletidspunkt	1	0	2	0	0	0	0	1	1
Manualisert, replikerbart, spesifisert behandlingsprogram	2	1	2	1	2	0	2	1	1
Antall terapeuter	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Terapeutenes utdanning/erfaring	1	2	0	2	0	0	2	1	1
Kontroll av samtidig behandling (e.g. medisinerings)	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Håndtering av frafall	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Statistisk analyse og presentasjon av resultatene	2	2	0	2	0	2	2	2	2
Likhet i antall terapitimer	0	2	0	2	0	0	2	0	0
Sum per studie	14	15	10	15	7	11	25	13	12

Notat. Skårene er basert på utvalgte ledd fra Öst (2008) slik det er beskrevet i metodedelen.

Vi har inkludert én kvalitativ studie i vår litteraturgjennomgang. Denne ble vurdert i henhold til Levitt et al. (2018) sine kriterier for vurdering av kvalitativ forskning. Den inkluderte studien oppfyller flere av disse kriteriene, og studien blir vurdert til å ha god metodisk kvalitet, for det formål den hadde: å belyse opplevelsene til en liten gruppe deltakere i en selvmedfølelsesbasert intervensjon. Levitt et al. (2018) fremhever at et kriterium for metodisk integritet er at studien beskriver hvordan forskerens perspektiv har blitt håndtert. Den inkluderte studien beskriver dette nøye, og de ulike temaene studien presenterer ble blant annet vurdert av to av forskerne involvert i studien hver for seg. Forskerne diskuterte dessuten med andre kvalitative forskere om temaene de fant var tilstrekkelig forankret i dataene. Selv om denne undersøkelsen har god metodisk kvalitet i henhold til dens formål, er det begrenset hva den kan fortelle om effektiviteten av intervensjonen. En kan ikke vite hvorvidt deltakerne endret seg på bestemte utfallsmål, og det lave antall deltakere ( $n = 7$ ) gir ikke grunnlag for statistisk generalisering til populasjonen av personer med traumer. Dessuten involverte undersøkelsen en rekke ulike traumer. Som forfatterne selv påpeker kan det tenkes at intervensjonen kan oppleves ulikt av deltakerne med ulike typer traumer.

### **Underproblemstilling 1: Hvilke intervensjoner har en studert, og synes noen intervensjoner å være bedre enn andre?**

Vi fant at de inkluderte studiene benyttet åtte ulike selvmedfølelsesintervensjoner. I det følgende beskrives hver av de ulike intervensjonene og deres effekter.

**Kjærlig vennlighetsmeditasjon (Loving Kindness Meditation, LKM).** To pre-post studier, som bygget på samme undersøkelse (Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014) undersøkte effekten av gruppebasert LKM på traumesymptomer. Intervensjonen ble gitt i form av 12 sesjoner over 12 uker.

LKM har røtter i en buddhistisk tradisjon og har som mål å øke medfølelse ved å ha en ubetinget vennlighet og godvilje for en selv og andre. Denne typen meditasjon ble hovedsakelig utviklet til arbeid med frykt, som i PTSD er en av de fremtredende emosjonene.

I LKM inneholder en time typisk pustemeditasjon, instruksjoner, kjærlig vennlighets-øvelser og spørsmål og refleksjoner i gruppen. Praktisering av kjærlig vennlighetsmeditasjon innebærer at individet sitter stille og tenker på en spesifikk person, gjerne en god venn, som han eller hun har positive følelser for. En gjentar fraser med positive intensjoner som “måtte du være trygg”. Deltakeren skal deretter tenke på seg selv og på den eller det som har gjort en vondt. Her gjentar deltakeren eksempelvis “jeg er trygg”. LKM-programmet gis i 12 sesjoner med hjemmeoppgaver etter hver time som skal gjennomføres 30 minutter daglig.

Intervensjonen er designet for grupper og deltakerne i denne studien ble inndelt i anbefalt gruppestørrelse på 12-15 personer.

Den ene studien (Kearney et al., 2013) målte PTSD- og depresjonssymptomer, samt nivå av selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær. Målingene ble gjort før og etter intervensjonen og tre måneder senere. Forskerne fant som forventet en økning i selvmedfølelse (stor effektstørrelse) og oppmerksomt nærvær (medium til stor effektstørrelse) både ved måling gjort etter intervensjon og ved tre måneders oppfølging. Det ble også som forventet funnet en nedgang i traumesymptomer (stor effektstørrelse) ved måling gjort etter intervensjon og ved tre måneders oppfølging. Ved tre måneders oppfølging ble det også funnet nedgang i depresjonssymptomer (medium effektstørrelse). En medieringsanalyse tydet på at reduksjonen i PTSD- og depresjonssymptomer kunne forklares av en økning i selvmedfølelse.

Den andre studien (Kearney et al., 2014) var basert på samme undersøkelse som Kearney et al. (2013), men målte endringer på andre utfallsmål enn dem som ble omtalt i den første publikasjonen. Målingene ble foretatt før og etter intervensjon, samt tre måneder senere. Det ble undersøkt om deltakerne ville oppleve blant annet økte positive emosjoner, personlige ressurser og desentrering. Desentrering ble i artikkelen beskrevet som evnen til å observere egne refleksjoner, tanker og følelser som midlertidige hendelser i sinnet, heller enn at en oppfattet disse som sannhet. Det ble også foretatt målinger av effektiviteten til

deltakerens oppmerksomhetsnettverk, der det blant annet ble sett på eksekutiv kontroll og årvåkenhet.

Resultatene viste blant annet at det forfatterne kalte uaktiverte positive emosjoner (e.g. være rolig og fredelig) økte ved posttest og oppfølging tre måneder senere. Dette ble ikke funnet for aktiverte positive emosjoner (e.g. glede). Aktiverte negative emosjoner (e.g. frustrasjon, engstelighet) ble redusert ved posttest og oppfølging, mens uaktiverte negative emosjoner (e.g. kjedsomhet, tristhet) var redusert kun ved oppfølging tre måneder senere. Desentrering økte ved begge målinger med stor effektstørrelse. Mål på oppmerksomhetsnettverk viste at skåren på eksekutiv kontroll ble redusert med medium til stor effektstørrelse ved post- og oppfølgingsmål, samt at det var en økning i årvåkenhet ved tre måneders oppfølging med medium effektstørrelse.

**Kort medfølelsesbasert terapi (Brief Compassion-based Therapy).** En pre-post studie (Au et al., 2017) så på effekten av kort medfølelsesbasert terapi på traumerelatert skam og traumesymptomer. Intervensjonen ble gitt individuelt i form av seks sesjoner over seks uker.

Kort medfølelsesbasert terapi er en selvmedfølelsesbasert intervensjon utviklet av Au et al. (2017) med mål om å øke selvmedfølelse og redusere PTSD-symptomer og traumerelatert skam. Intervensjonen bygger på traumeteori og teknikker fra medfølelsesbaserte terapier, og inkorporerer øvelser fra oppmerksomt nærværsbasert selvmedfølelsestrening (MSC) og medfølelsesfokusert terapi (CFT). Intervensjonene fokuserer på å praktisere selvmedfølelse som respons på PTSD-symptomer, inkludert skam og skyld. Intervensjonen starter med å bygge generelle selvmedfølelses- og oppmerksomt nærværs ferdigheter for hverdagsutfordringer. Intervensjonen inkluderte også psykoedukasjon om traumer og oppmerksomt nærvær. Videre innebærer intervensjonen å bruke de lærte teknikkene for selvmedfølelse på det rapporterte traumet individet var utsatt for.

Au et al. (2017) foretok flere målinger før intervensjonen, etter hver terapisesjon samt to og fire uker etter intervensjonen. Resultatene viste at ni av ti deltakere hadde en reduksjon i PTSD-symptomer. Ved oppfølging fylte ingen av deltakerne lenger kriteriene for sannsynlig PTSD. Åtte av ti deltakere viste reliabel reduksjon i traumerelatert skam etter intervensjonen. I behandlingsfasen rapporterte de fleste deltakerne en reliabel økning i selvmedfølelse og reduksjon i skyldfølelse. Effektstørrelser tydet på at selvmedfølelsesintervensjonen var assosiert med stor nedgang i alvorlighetsgrad av PTSD-symptomer, skam og skyld, og en stor økning i selvmedfølelse.

**Selvadministrert selvmedfølelsetrening via arbeidsbok (Self-compassion Training).** En RCT-studie (Held & Owens, 2015) undersøkte effekten av selvadministrert selvmedfølelsetrening via arbeidsbok på traumerelatert skyldfølelse. Kontrollgruppen mottok standard behandling i form av selvadministrert stressvaksineringsstrening (stress inoculation training) via arbeidsbok. Intervensjonen varte i fire uker.

Denne intervensjonen er spesielt tilpasset personer med traume med mål om å redusere traumerelatert skyldfølelse. Intervensjonen inkluderte øvelser fra Gilbert og Procter (2006) og Neff og Germer (2012) sine intervensjoner og er designet slik at deltakerne gjennomfører øvelser daglig på egenhånd.

På et punkt modifiserte forskerne selvmedfølelsesintervensjonen. De erstattet fokus på pust i selvmedfølelsesintervensjonen med øvelser utviklet for å øke selvinnsikt. De grunnga dette med at de trengte å differensiere selvmedfølelsesintervensjonen fra stressvaksinasjonstreningen. Siden sistnevnte også inneholder pusteøvelser ble slike øvelser fjernet fra selvmedfølelsesintervensjonen.

Held og Owens (2015) foretok målinger før, under og etter intervensjon. Selvmedfølelse økte med stor effektstørrelse fra målinger gjort før til målinger gjort etter intervensjon i begge grupper. Traumerelatert skyldfølelse ble redusert på målingene gjort før til etter intervensjon med svært stor effektstørrelse, og fra måling under til etter intervensjon

med svært stor effektstørrelse. Traumerelatert skyldfølelse var før intervensjon signifikant lavere i stressvaksineringsgruppen sammenliknet med selvmedfølelsesgruppen (stor effektstørrelse). Denne forskjellen ble også observert under og etter intervensjon. Ved målinger gjort under og etter intervensjon var traumerelatert skyldfølelse signifikant høyere i selvmedfølelsesgruppen enn i stressvaksineringsgruppen med henholdsvis stor effektstørrelse og medium effektstørrelse. Det var ingen forskjell mellom selvmedfølelsesgruppen og stressvaksineringsgruppen i utfall, hverken med hensyn til PTSD-symptomer eller selvmedfølelse.

**Medfølelsesfokusert terapi (Compassion Focused Therapy, CFT).** En kvalitativ studie (Lawrence & Lee, 2014) undersøkte ved hjelp av intervju deltakerens opplevelse av CFT og det å bli mer selvmedfølende. De syv deltakerne mottok CFT enten i gruppeformat (fire deltakere) eller individuelt (tre deltakere) med ukjent varighet. CFT er som nevnt i innledningen en tilnærming som har fokus på fasilitere personens evne til å trygge og berolige seg selv.

Deltakerne ble intervjuet om deres opplevelser i en tidsperiode på ni måneder etter intervensjonen. En tolkende fenomenologisk analyse resulterte i fem overordnede temaer: (a) kampen for å gi opp indre kritiker, (b) aversiv og fremmed opplevelse - hvordan det føles å utvikle selvmedfølelse, (c) emosjonell opplevelse av terapi, (d) selvmedfølelse som en positiv emosjonell opplevelse, (e) et mer positivt perspektiv på nåtid og fremtid.

Deltakerne som hadde gjennomført et CFT-program hadde i begynnelsen vanskeligheter med og hadde en aversiv respons på selvmedfølelse. Deltakerne rapporterte det som en fremmed opplevelse, da flere av deltakerne oppga selvkritikk som en tidligere mestringsstrategi. En av deltakerne beskrev det på denne måten:

It isn't easy just to feel it [self-compassion] and get it and sometimes I get tired of it. I just think I'm bloody useless and I don't want to feel better. I don't want to think nice things. I don't want to feel good. And sometimes it is hard to do



that but most times I can make myself feel that way (Lawrence & Lee, 2014, s. 499)

Utover i behandlingsforløpet rapporterte deltakerne en endring. Selvmedfølelse gikk over til å bli en mer positiv emosjonell opplevelse. Deltakerne rapporterte at terapeutens ikke-dømmende og aksepterende holdning bidro til reduserte symptomer og økt selvmedfølelse. Deltakerne som hadde mottatt intervensjonen i gruppe rapporterte i tillegg økt følelse av fellesmenneskelighet (en av de tre hovedkomponentene selvmedfølelse består av), mens deltakerne som hadde gjennomført intervensjonen individuelt ikke rapporterte denne endringen. Deltakerne rapporterte også at de etter intervensjonen så lysere på fremtiden og nå fortjente å være lykkelige.

**Medfølelses-bevissthetstrening (Compassionate Mind Training, CMT) i kombinasjon med CBT.** En RCT-studie (Beaumont et al., 2012) undersøkte om en selvmedfølelesintervensjon (CMT) økte effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) på traumerelaterte symptomer. Kontrollgruppen mottok standard behandling i form av CBT. Intervensjonen ble gitt i form av 12 sesjoner over 12 uker. Det fremkom ikke informasjon om intervensjonen ble gitt individuelt eller i gruppeformat.

I begge grupper ble det benyttet CBT-teknikker som gradvis eksponering, kognitiv restrukturering og atferdsaktivering. Den ene gruppen mottok i tillegg en selvmedfølelesintervensjon (CMT) der deltakerne skulle forestille seg en omsorgsfull, medfølende og aksepterende person eller situasjon for å utfordre deres indre kritiker. De ble også benyttet andre teknikker som grunningsøvelser og å skrive medfølende brev i selvmedfølelesintervensjonen. Grunningsøvelsene innebar bruk av noe som individet kunne assosiere med trygghet, som eksempelvis en lukt eller en stein. I skriving av medfølende brev ble det fokusert på vennlighet, omsorg og å være støttende.

Det ble foretatt målinger før og etter intervensjon. Resultatene viste en signifikant reduksjon i depresjon, angst, unngåelsesatferd, påtrengende minner og hyperaktivering i

begge gruppene. Deltakerne i begge gruppene rapporterte økt selvmedfølelse etter intervensjonen, men deltakere i selvmedfølelsesgruppen viste signifikant større økning i selvmedfølelse enn CBT gruppen.

**Medfølelses-bevissthetstrening (CMT) i kombinasjon med EMDR.** En kassustudie (Beaumont & Martin, 2013) undersøkte om en selvmedfølelsesintervensjon (CMT) kunne økt effekten av EMDR. Intervensjonen ble gitt i form av åtte sesjoner.

Den nevnte kombinasjonen ble forsøkt da deltakeren tidligere hadde mottatt fire sesjoner med kognitiv atferdsterapi (CBT) i tillegg til CMT, men opplevde eksponering og atferdseksperiment i CBT som overveldende. EMDR protokollen erstattet derfor CBT, og det ble benyttet strategier som medfølende brevskrivning, medfølende bilder, og oppmerksomt nærværende pusteøvelser i tillegg for å håndtere følelsen av skam og den indre kritiker. Hjemmeoppgavene besto av prinsipper fra CMT.

Det ble foretatt målinger før, under og etter intervensjon, samt ved ni måneders oppfølging. Ved oppstart indikerte spørreskjemaene alvorlig angst og moderat depresjon. Etter intervensjon havnet skårene innenfor normalen. Resultatene indikerte en reduksjon av unngåelsesatferd, påtrengende minner og hyperaktivering. Graden av selvmedfølelse økte ettersom behandlingen fortsatte. Effekten var vedlikeholdt ved ni måneders oppfølging.

**Medfølelsesfokusert terapi (CFT) i kombinasjon med TF-CBT.** To studier undersøkte om en selvmedfølelsesintervensjon (CFT) kunne øke effektene av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Beaumont et al., 2016; Bowyer et al., 2014).

Selvmedfølelsesintervensjonen deltakerne mottok var en integrert intervensjon som inkluderte både en selvmedfølelseskomponent og traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT + CFT). Selvmedfølelseskomponenten omfattet prinsipper fra CFT som psykoedukasjon om hvordan tidlige livserfaringer kan påvirker trusselsystemet og hvordan hjernen reagerer på fryktstimuli. Deltakerne ble også bedt om å skrive et medfølende brev der de koblet på et medfølende selv som forstår, validerer og støtter ubetinget.

Den ene studien (Beaumont et al., 2016) ble utført med en ikke-randomisert kontrollgruppe. Behandlingsgruppen mottok nevnte selvmedfølelsesintervensjon (TF-CBT + CFT), mens kontrollgruppen kun mottok TF-CBT. Intervensjonen ble gitt i form av 12 sesjoner over 12 uker. Det er ikke informasjon om intervensjonene ble gitt individuelt eller i gruppeformat. Det ble foretatt målinger før og etter intervensjon. Resultatene viste en signifikant reduksjon i depresjon, angst, hyperaktivering, påtrengende minner og unngåelse i begge gruppene med store effektstørrelser. Begge gruppene demonstrerte også økt selvmedfølelse, men deltakerne i den integrerte intervensjonen hadde imidlertid en signifikant større økning i selvmedfølelse (med stor effektstørrelse), sammenlignet med gruppen som fikk TF-CBT alene. Det var ingen andre forskjeller mellom gruppene.

Den andre studien var en kassustudie (Bowyer et al., 2014) der deltakeren gjennomgikk overnevnte selvmedfølelsesintervensjon (TF-CBT + CFT) i form av 20 sesjoner på åtte måneder. Det ble foretatt målinger før, under og etter intervensjon. Resultatene viste at deltakeren ikke lengre møtte kriteriene for PTSD og rapporterte en endring i traumesymptomer fra alvorlig til mild. Symptomer på depresjon ble redusert fra moderat-alvorlig til normal. Deltakeren rapporterte bruk av medfølende bilder eller musikk som hjelp til å redusere selvskading og oppga redusert skamfølelse. Resultatene indikerte bedret evne til å berolige seg selv og mindre hat mot seg selv.

**Forestillingsbasert omskriving (Imagery Rescripting, IR).** En RCT-studie (Hoffart et al., 2015) sammenliknet standard forlenget eksponeringsbehandling i form av forestillingsbasert eksponering (IE) (kontrollgruppe) med en modifisert form av denne behandlingen, forestillingsbasert omskriving (IR) (behandlingsgruppe). IR-intervensjonen hadde et selvmedfølelsesfokus der deltakerne blant annet ble bedt om å forestille seg at det nåværende selvet tok vare på det traumatiserte selvet emosjonelt og praktisk. Alle deltakerne mottok 10 individuelle sesjoner på 10 uker.

Det ble foretatt målinger før intervensjon og etter hver terapisesjon. Resultatene viste ingen forskjell mellom gruppene. Deltakerne i begge gruppene økte over tid i selvmedfølelse på fem av de seks komponentene selvmedfølelse består av, mens det ikke ble funnet noen endring på komponenten fellesmenneskelighet. Det ble også gjort analyser som tydet på at selvmedfølelsesskårene på ethvert tidspunkt predikerte PTSD-skåren noen dager senere, noe som gir støtte til en kausal forklaring.

**Oppsummering underproblemstilling 1.** Vi reiste spørsmålet: Hvilke intervensjoner har en studert, og synes noen intervensjoner å være bedre enn andre? Åtte ulike intervensjoner er studert i de inkluderte studiene. Kun en intervensjon (Beaumont et al., 2016; Bowyer et al., 2014) var studert i to studier. Vi fant ingen klare indikasjoner på at noen selvmedfølelsesintervensjoner virket bedre enn andre.

### **Underproblemstilling 2: På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt?**

Vi var interessert i om det var noen problemområder eller symptomer der det er påvist at selvmedfølelsesintervensjoner synes å ha særlig god effekt. De ulike områdene som er studert kan grovt deles inn i følgende kategorier: traumesymptomer, selvmedfølelse, depresjon og angst, samt selvkritikk, skam- og skyldfølelse.

**Traumesymptomer.** Åtte av studiene så på effekten på traumesymptomer, og syv av de inkluderte studiene viste en bedring av traumesymptomer etter selvmedfølelsesintervensjonen. Eksempler var reduksjon av unngåelse, påtrengende minner og hyperaktivering (Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012; Beaumont & Martin, 2013), og andre traumesymptomer (Au et al., 2017; Bowyer, et al., 2014; Hoffart et al., 2015; Kearney et al., 2013). Imidlertid fant en også en liknende reduksjon i kontrollgruppene i de studiene som inkluderte kontrollgruppe (Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012). Det vil si at selvmedfølelsesintervensjonen ikke i noe studie var signifikant bedre enn kontrollbetingelsene når det gjaldt traumesymptomer.

**Selvmedfølelse.** Syv av de inkluderte studiene så på effekten på selvmedfølelse (Au et al., 2017; Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012; Beaumont & Martin, 2013; Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2015; Kearney et al., 2013). Samtlige studier viste en økning i selvmedfølelse etter intervensjon.

**Depresjon og angst.** Fem av studiene (Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012; Beaumont & Martin, 2013; Bowyer et al., 2014; Kearney et al., 2013) så på effekt på depresjonssymptomer. Alle disse viste en nedgang i depresjonssymptomer som følge av intervensjon. Kearney et al. (2013) fant effekt først ved oppfølging etter tre måneder, og fant en reliabel endring kun for deler av utvalget. Bare 16.7 % av veteranene som deltok i en LKM-intervensjon hadde en reliabel endring i depresjonssymptomer etter intervensjon, og 10.8 % ved tre måneders oppfølging. Tre studier så på angstsymptomer (Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012; Beaumont & Martin, 2013). I samtlige studier ble det funnet en signifikant reduksjon i angst.

**Selvkritikk, skam- og skyldfølelse.** En av studiene undersøkte effekten av selvmedfølelsesintervensjon på selvkritikk (Bowyer et al., 2014), to av studiene så på effekten på nivå av skamfølelse (Au et al., 2017; Bowyer et al., 2014) og to på skyldfølelse (Au et al., 2017; Held & Owens, 2015).

Bowyer et al. (2014) undersøkte effektene på selvkritikk og evne til å berolige seg selv hos en kvinne med traumbakgrunn. Resultatene viste at kvinnen etter å ha gjennomgått traumefokusert atferdsterapi (TF-CBT) kombinert med medfølelsesfokusert terapi (CFT) oppnådde bedre evne til å berolige seg selv, mindre hat mot seg selv og nedgang i opplevelse av å være utilstrekkelig.

Resultatene fra Bowyer et al. (2014) viste at kvinnen også opplevde en reduksjon i skam. Au et al. (2017) fant at åtte av ti pasienter hadde en reliabel nedgang i alvorlighetsgrad av skam fra pre til post.

Au et al. (2017) og Held & Owens (2015) undersøkte effektene av selvmedfølelsesintervensjoner for skyldfølelse. Au et al. (2017) viste at seks av ti pasienter viste reliabel reduksjon i traumerelatert skyldfølelse fra målinger før til etter intervensjon. Held og Owens (2015) fant en signifikant nedgang i traumerelatert skyldfølelse fra på målinger før til etter intervensjon (svært stor effektstørrelse), samt fra målinger gjort under til etter intervensjon (svært stor effektstørrelse) i begge gruppene, i sin studie med RCT-design. Det var ingen forskjeller mellom gruppene

**Oppsummering underproblemstilling 2.** Vi reiste spørsmålet: På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt? Det er tydeligst støtte for at selvmedfølelsesintervensjoner kan øke selvmedfølelse. Det ble også funnet god effekt på traumesymptomer.

**Underproblemstilling 3: Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner?**

Vi har valgt å betegne fire av intervensjonene som *rene* selvmedfølelsesintervensjoner, det vil si selvmedfølelsesintervensjoner som ble testet alene og uten komponenter av andre intervensjoner. Det var fem studier som testet fire rene selvmedfølelsesintervensjonene. De var (a) Kjærlig vennlighetsmeditasjon (LKM) (Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014), (b) Kort medfølelsesbasert terapi (Au et al., 2017), (c) Selvadministrert selvmedfølellestrening via arbeidsbok (Held & Owens, 2015) og (d) Medfølelsesfokusert terapi (CFT) (Lawrence & Lee, 2014).

De resterende fem studiene brukte fire ulike *integrerte* selvmedfølelsesintervensjoner. Med integrerte selvmedfølelsesintervensjoner mener vi intervensjoner som kombinerer rene selvmedfølelsesintervensjoner med intervensjoner som ikke er utviklet med det formål å øke selvmedfølelse. I disse intervensjonene blir altså selvmedfølelse en komponent i eller supplement til behandlingen. I disse integrerte selvmedfølelsesintervensjonene var selvmedfølelseskomponentene (a) medfølelsesbevissthetstrening (CMT) (Beaumont et al.,

2012; Beaumont & Martin, 2013) (b) medfølelsesfokusert terapi (CFT) (Beaumont et al., 2016; Bowyer et al., 2014) eller (c) forestillingsbasert omskriving (IR) (Hoffart et al., 2015). Disse ble brukt i kombinasjon med en annen behandling som har vist seg effektiv i behandling av traumer, det vi har kalt *standard behandling*. Dette omfattet kognitiv atferdsterapi (CBT), EMDR, traumefokusert atferdsterapi (TF-CBT) eller forestillingsbasert eksponering (IE).

Når vi sammenliknet studiene som så på rene selvmedfølelsesintervensjoner med dem som så på integrerte selvmedfølelsesintervensjoner var det ikke noe klart skille mellom effektene de viste. Både rene og integrerte intervensjoner rapporterte gode effekter på flere områder.

**Oppsummering underproblemstilling 3.** Vi reiste spørsmålet: Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner? Oppsummert synes det som at selvmedfølelsesintervensjoner kan fungere alene, så vel som sammen med andre intervensjoner. Det var imidlertid ingen studier som direkte sammenliknet rene selvmedfølelsesintervensjoner med det vi har kalt integrerte intervensjoner. Vi har derfor ikke et godt grunnlag for å avgjøre om rene selvmedfølelsesintervensjoner er like gode, bedre eller dårligere enn integrerte selvmedfølelsesintervensjoner.

#### **Underproblemstilling 4: Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling**

Her var vi interessert i om det var foretatt en sammenlikning av selvmedfølelsesintervensjoner med andre intervensjoner som en allerede vet er virksomme (standard behandling), ved hjelp av studier med RCT-design. Vi fant tre RCT-studier (Beaumont et al., 2012; Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2015) som undersøkte om selvmedfølelsesintervensjoner hadde bedre effekt enn standard behandling. I disse studiene var standard behandling henholdsvis kognitiv atferdsterapi (CBT), stressvaksinering og forestillingsbasert eksponering (IE).

Beaumont et al. (2012) sammenlignet effekt av kognitiv atferdsterapi (CBT) med effekten av CBT kombinert med medfølelsesbevissthetstrening (CMT). Selvmedfølelse økte mer hos gruppen som mottok CBT kombinert med CMT, fremfor kun CBT. Begge gruppene hadde en reduksjon i traumesymptomer, men det ble ikke observert noen forskjell på dette mellom gruppene. De to andre studiene (Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2015) fant ikke noen ytterligere effekt av selvmedfølelsesintervensjonen når de ble sammenliknet med standard behandling. Held og Owens (2015) sammenliknet stressvaksineringsstrening med selvmedfølelsesstrening og fant at begge gruppene hadde positive effekter på selvmedfølelse og traumerelatert skyldfølelse. Hoffart et al. (2015) sammenliknet forestillingsbasert eksponering (IE) med forestillingsbasert omskriving (IR), og fant at begge gruppene hadde like gode effekter på selvmedfølelse og at selvmedfølelseskårene på ethvert tidspunkt predikerte PTSD-symptomene noen dager senere.

**Oppsummering underproblemstilling 4.** Vi reiste spørsmålet: Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling? Resultatene gir indikasjoner på at når det gjelder muligheten til å redusere negative effekter etter traumer har selvmedfølelsesintervensjoner ikke signifikant ulik effekt enn standard behandling. Når det gjelder selvmedfølelse som et utfallsmål synes selvmedfølelsesintervensjoner å ha bedre (Beaumont et al., 2012) eller samme effekt (Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2014) som standard behandling.

#### **Underproblemstilling 5: Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner?**

Her var vi interessert i om det var undersøkelser som hadde rapportert midlertidige eller vedvarende negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner for personer med traumer. Ingen av studiene hadde som eksplisitt formål å undersøke negative effekter av intervensjonene, men resultatene i tre av studiene kunne tyde på negative effekter.



Held & Owens (2015) fant en ikke-signifikant økning i traumerelatert skyldfølelse fra måling gjort før intervensjon til midtre måling hos hjemløse krigsveteraner som jobbet med selvmedfølelse via arbeidsbok. De fant også en ikke-signifikant økning i alvorlighetsgrad av selvrapporterte PTSD-symptomer fra måling gjort før og til måling gjort etter intervensjonen.

Kearney et al. (2014) gjorde målinger av endringer i krigsveteraners oppmerksomhetsnettverk etter en kjærlig vennlighetsmeditasjon (LKM). Det ble gjort et tvetydig funn i form av nedgang i eksekutiv kontroll-skåren etter intervensjon. Dette ble målt ved bruk av The Computer-based Attention Network Test (ANT). ANT evaluerer eksekutiv funksjon i form av blant annet eksekutiv kontroll ved å måle inhibering av respons, som forfatterne påpekte at kan være svekket hos individer med PTSD. Forfatterne hevdet imidlertid at den observerte nedgangen i eksekutiv kontroll enten kunne bety svekket eller forbedret eksekutiv fungering ettersom hvordan testresultatene ble tolket. Det er derfor uklart om dette tyder på en negativ effekt av selvmedfølelsesintervensjonen eller ikke.

Lawrence og Lee (2014) undersøkte prosessen mot å bli mer selvmedfølelse for personer med PTSD i en kvalitativ intervjuundersøkelse. Det fremkom at alle deltakerne erfarte at selvmedfølelsesøvelsene utløste en aversiv og truende emosjonell respons. De opplevde derfor det å skulle bli selvmedfølelse som ekstremt vanskelig, og følte i starten av terapien at det å skulle bli selvmedfølelse var en umulig oppgave som de ønsket å unngå. De rapporterte en opplevelse av å ikke fortjene selvmedfølelse, noe en av deltakerne beskrev på følgende måte:

It's really difficult to start off with. Erm. It doesn't feel right to be kind to yourself. That was the hardest thing. I really sort of railed and struggled against that, because basically I felt that my illness was all my fault (Lawrence & Lee, 2014, s. 499)

Deltakerne i denne undersøkelsen opplevde flere utfordringer i det å skulle bli mer medfølelse med seg selv. De opplevde selvmedfølelse som en ukjent og skremmende

opplevelse, tenkte at de ikke fortjente å være medfølende med seg selv, og opplevde en økning i selvkritikk når de vurderte og forsøkte å anvende selvmedfølelse. Deltakeren beskrev også en frykt for medfølelse fordi det resulterte i en følelse av sårbarhet, og det å skulle utvikle selvmedfølelse ble oppfattet som en trussel mot deres selvidentitet. Forfatterne antok at dette skyldtes at de tidligere hadde brukt selvkritikk som en måte å mestre negative emosjonelle opplevelser (Lawrence & Lee, 2014). En av deltakerne beskrev den skremmende opplevelsen av å bli mer selvmedfølende på følgende måte:

Dread. Erm, it's as if, I don't know, it's as if I was frightened of it [self-compassion]. I was frightened of how I was going to feel. How I was going to react. Because I was never used to doing things to help myself" (Lawrence & Lee, 2014, s. 499)

**Oppsummert underproblemstilling 5.** Vi stilte spørsmålet: Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner? Tre av studiene rapporterte utfordringer, som at selvmedfølelse kunne virke skremmende, en observert oppgang i traumesymptomer, og en rapporterte nedgang i en kognitiv funksjon (eksekutiv kontroll).

### **Diskusjon**

I denne litteraturgjennomgangen var målet å undersøke om selvmedfølelsesintervensjoner kan hjelpe individer med å takle negative effekter av traumer. Vi fant ti studier som kunne belyse problemstillingen og tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Vi vil først diskutere funnene fra litteraturgjennomgangen med utgangspunkt i underproblemstillingene. Underveis vil vi peke på forslag til videre forskning. Avslutningsvis vil vi drøfte noen metodiske styrker og begrensninger som vi synes å se på dette feltet per i dag, og diskuterer vi styrker og svakheter ved vår litteraturgjennomgang.

**Hvilke intervensjoner har en studert, og synes noen intervensjoner å være bedre enn andre?**

Studiene som ble inkludert i litteraturgjennomgangen benyttet åtte ulike selvmedfølelsesintervensjoner. Intervensjonene varierte i varighet fra 20 sesjoner gitt over åtte måneder til selvadministrert intervensjon utført over fire uker. Alle studiene rapporterte gode effekter av selvmedfølelsesintervensjonene. Imidlertid oppga kun fem studier effektstørrelser, og det var ingen klar trend til at noen intervensjoner hadde bedre effekter enn andre.

Selv om alle rapporterte gode effekter må det tas forbehold ettersom studiene hadde varierende metodisk kvalitet mål opp mot Öst (2008) sine kriterier. Dette var spesielt kasusstudiene (Bowyer et al., 2014; Beaumont & Martin, 2013). På en skala som er utviklet med RCT som idealstandard vil slike studier skåre lavt. En av undersøkelsene (Hoffart et al., 2015) ble vurdert som atskillig bedre rent metodisk enn de øvrige (se tabell 2). Hoffart et al. (2015) viste at en intervensjon som inkluderte en selvmedfølelseskomponent hadde god effekt, men ikke bedre effekt enn sammenlikningsintervensjonen.

Det er ingen klar tendens til at noen intervensjoner er mer studert enn andre. Vi fant ingen studier som undersøkte effektene av oppmerksomt nærværsbasert selvmedfølelsetrening (MSC), som er selvmedfølelsesprogrammet utviklet av Neff og Germer (2012). Det nærmeste vi fant var kort medfølelsesbasert terapi, utviklet av Au et al. (2017), som hadde noen MSC-komponenter. Dette er overraskende da Germer og Neff (2015, s. 55) trekker frem MSC som det vanligste treningsprogrammet som fokuserer på å kultivere selvmedfølelse sammen med CMT. Ulike variasjoner av CMT eller CFT (sistnevnte er den overordnede tilnærmingen som CMT inngår i) ble imidlertid undersøkt i ulike kombinasjoner i flere studier. Vi fant heller ingen studier som sammenliknet ulike selvmedfølelsesintervensjoner direkte med hverandre. Resultatene kan derfor ikke si noe om visse typer selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn andre.

Utvalgene i studiene varierte en god del, og det ble studert et vidt spekter av traumer. At ikke flere studier har sett på ulike typer traumer innenfor et ellers heterogent utvalg, gjør det vanskelig å si noe om hvorvidt selvmedfølelsesintervensjoner egner seg bedre etter noen typer traumer enn andre. Traumer vil for eksempel variere i hvilken grad de utløser følelser av skam eller skyld. Som nevnt i innledningen indikerer teorier om selvmedfølelse at selvmedfølelsestrening kan være spesielt egnet for å takle skamfølelse, skyldfølelse og selvkritikk. Dermed kan en tenke seg at selvmedfølelsesbaserte intervensjoner egner seg spesielt godt for interpersonlige traumer der skam kan være en sentral komponent, i tillegg til for andre typer traumer som etterlater seg følelser av tilkortkommenhet og selvkritikk hos den utsatte. Men også ved traumer der det er klart at den utsatte ikke hadde skyld, som ved å bli utsatt for en trafikkulykke, vil en likevel noen ganger finne reaksjoner preget av skyldfølelse. Ut fra teori om hvordan selvmedfølelse virker kan en tenke seg at selvmedfølelsesintervensjoner også kan ha en plass i behandling etter slike traumer.

På tross av stor variasjon i typer traume, alder og kjønnsfordeling i de ulike utvalgene fant alle studiene en bedring på i hvert fall noen utfallsmål (se tabell 1). Dette kan indikere en generell effekt av selvmedfølelsesintervensjoner for pasienter med traumesymptomer. Som nevnt i innledningen rapporterer kvinner flere og sterkere PTSD-symptomer enn menn og har oftere lavere nivå av selvmedfølelse. Denne litteraturgjennomgangen åpner imidlertid ikke opp for å si noe om verken kjønnsforskjeller eller andre trekk ved pasienten kan ha noen betydning for behandlingsutbytte. Det trengs mer forskning med større utvalg som direkte sammenligner selvmedfølelsesintervensjoner for ulike traumer (e.g. krigstraumer, interpersonlige traumer, traumer etter trafikkulykker) og ulike pasientgrupper (e.g. kjønn, alder) for å kunne si mer om under hvilke betingelser selvmedfølelsesintervensjoner kan være effektive.

Undersøkelsene varierte i om intervensjonene ble gitt individuelt eller i grupper. En kan tenke seg at selvmedfølelsesintervensjoner, når de er administrert som gruppeterapi, er

med på å gi en økt følelse av fellesmenneskelighet, sammenlignet med individualterapi, slik deltakerne i den kvalitative studien rapporterte (Lawrence & Lee, 2014). Deltakerne i studien til Hoffart et al. (2015) mottok intervensjonen individuelt og her ble det observert økning i alle selvmedfølelseskomponentene bortsett fra fellesmenneskelighet. Selv om prosessene i individual- og gruppeterapi kan være ulike, fant vi ingen klare indikasjoner på at selvfølelsesintervensjoner var mest effektive som gruppeterapi eller individualterapi. Per i dag gir ikke forskningen klare svar på om selvmedfølelsesintervensjoner virker bedre i gruppe enn individualterapi. Dette bør derfor undersøkes i videre forskning.

### **På hvilke områder kan selvmedfølelsesintervensjoner ha en god effekt?**

Det er tydeligst støtte for at selvmedfølelsesintervensjoner kan øke selvmedfølelse, noe en kunne forvente siden intervensjonen er utformet nettopp med dette som mål. Selvmedfølelsesintervensjonene hadde også effekt på traumesymptomer, men i de fleste studier ble det ikke funnet bedre effekt enn det en fant for kontrollbetingelsene.

Det var kun én undersøkelse som avvek fra trenden med at selvmedfølelsesintervensjonen førte til en nedgang i traumesymptomer (Held & Owens, 2015). En mulig forklaring kan være at intervensjonen ble utført i form av egenadministrering av arbeidsbok. Det kan tenkes at en betingelse for at selvmedfølelsesintervensjoner skal fungere er at intervensjonen omfatter samhandling med en terapeut ansikt til ansikt. Ettersom emosjonell smerte hovedsakelig blir skapt i relasjoner med andre mennesker, kan det også tenkes å heles i relasjoner med andre mennesker (Germer & Neff, 2015, s. 51). Den terapeutiske relasjonen, med trygging og empatisk inntoning, kan antas å være helende i seg selv etter traumer, spesielt i behandling av relasjonelle traumer. At terapeuten tåler pasientens emosjonelle smerte og har et ønske om å lette den kan tenkes å bidra til en nedregulering av den traumatiserte hjernen (Germer & Neff, 2015, s. 51), og dermed være en nødvendig forutsetning for bedring av traumesymptomer ved intervensjon.

En annen forklaring på at Held & Owens (2015) ikke fant den forventede effekten på traumesymptomer kan være at programmet hadde for kort varighet. Programmet varte kun i fire uker, og det kan tenkes at dette innebærer for kort tid til å komme over det ubehaget enkelte i starten opplever med selvmedfølelsetrening. Dette ubehaget er beskrevet i innledningen og fremkom også i den kvalitative studien til Lawrence og Lee (2014). En tredje grunn kan være at intervensjonen i Held og Owens (2015) sin undersøkelse ikke inkluderte øvelser med fokus på pust. Slike øvelser inngår ofte i selvmedfølelsesprogrammer, men ble utelatt i denne undersøkelsen. Det er mulig at slike øvelser er essensielt for effekten av selvmedfølelsesintervensjoner, og dette er derfor noe som bør undersøkes nærmere i videre forskning.

Studiene som undersøkte utfallsmålene depresjon og angst viste en bedring i symptomer. En mulig forklaring på dette kan være at selvmedfølelsesintervensjoner virker direkte på depresjon og angst i tillegg til øvrige traumesymptomer. Dette synes å være i samsvar med en meta-analyse (Wilson, Mackintosh, Power, & Chan, 2018) som viste at selvmedfølelsesrelaterte terapier som medfølelsesfokusert terapi (CFT) gjennomgående førte til reduksjon av angst- og depresjonssymptomer. På en annen side kan det tenkes at en reduksjon i PTSD-symptomer samtidig kan bidra til en reduksjon i symptomer på depresjon og angst da disse lidelsene ofte er komorbide og kan ha fellestrekk i symptomer.

To studier undersøkte og fant at selvmedfølelsesintervensjoner kan ha effekt på skyld, skam og selvkritikk hos traumatiserte pasienter (Au et al., 2017; Bowyer et al., 2014). Dette er positive indikasjoner, men da dette kun er to studier er det behov for mer forskning for å verifisere dette. Som nevnt i innledningen er det antatt at selvkritikk, skam- og skyldfølelse er fremtredende komponenter i traumelidelser, og at vansker med selv-vennlighet kan være med å opprettholde PTSD (Harman & Lee, 2010). Det kan derfor tenkes at selvmedfølelsesintervensjoner vil være spesielt egnet for traumepasienter nettopp fordi de retter seg mot selvnedvurderingen en gjerne finner hos traumatiserte pasienter. CFT og CMT

er eksempelvis utviklet spesielt med tanke på å redusere skam og selvkritikk. Det er overraskende at ikke flere av studiene så på dette som utfallsmål, da flere av dem undersøkte effektene av CFT og CMT, og da mye teori i traumefeltet fremhever viktigheten av skyld, skam og selvkritikk i lidelsen:

Destruktiv selvkritikk kan oppleves som noe man fortjener når man skammer seg, samt oppleves som problemløsning fordi man regulerer følelser. Når vi skammer oss trekker vi oss unna andre, og gjennom å regulere ved hjelp av selvkritikk vil dette signalisere til en selv at skammen er rettfærdiggjort (Modum Bad, 2014, s. 158). Selvmefølelsesintervensjoner kan tenkes som en form for arbeid med skam og selvkritikk der målet er å bli mer medfølende med seg selv i vanskelige situasjoner. Ved å kultivere selvmefølelse kan en arbeide med å redusere opprettholdende faktorer i traumelidelsen som unngåelse og tilbaketrekking. Dette er et forhold som vi ikke fant belyst i de studiene vi gikk gjennom, men som vil være relevant å undersøke i videre forskning.

Skam- og skyldfølelse kan drives av en frykt for å bli kastet ut av et fellesskap, og opprettholdes gjennom at vi kritiserer oss selv med et ubevisst ønske om kontroll (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 36-37 og s. 226). Selvmefølelse kan fungere som en motsatt reaksjon til dette, da det her vektlegges at lidelse ikke noe som skiller oss fra andre mennesker – men tvert imot gjør oss like, jamfør komponenten fellesmenneskelighet (Germer & Neff, 2015, s. 45). En kan tenke seg at heller enn å være selvkritisk, unngå eller undertrykke tanker og følelser kan selvmefølelsesintervensjoner hjelpe deltakerne til aksept og toleranse av det vanskelige (Feliu-Soler et al., 2017).

Det er blitt hevdet at dersom et individ er utsatt for traumer og har utrygge tilknytningsrelasjoner kan selvmefølelse gå tapt eller bli redusert (Wennerberg, 2015, s.169). Mennesker som tidlig har blitt utsatt for potensielt traumatiske hendelser som mishandling eller neglekt har gjerne høyere nivåer av selvkritikk, da de ikke mottok tilstrekkelig med varme og trygge omgivelser i oppveksten (Gilbert & Procter, 2006). Det hevdes også at høye

nivåer av selvmedfølelse kan beskytte når man møter motgang (Seligowski et al., 2015). Det kan tenkes at mennesker med grunnleggende høye nivåer av selvmedfølelse faller innenfor gruppen som ikke utvikler symptomer i etterkant av en potensielt traumatisk opplevelse. Dermed skulle en anta at intervensjoner som økte selvmedfølelse også ville utvikle individets resiliens og kunne til en viss grad beskytte mot for store negative effekter av nye traumer. Ingen av studiene i denne litteraturgjennomgangen kunne belyse dette, men det anbefales videre forskning på om selvmedfølelsesintervensjoner kan beskytte mot effektene av nye traumer.

Fravær av selvmedfølelse kan forklares med at selvkritikk kan være en form for sikkerhetsatferd som kan beskytte mot en opplevelse av hjelpeløshet (Gilbert & Procter, 2006). Selvkritikk kan også være med på å gjøre verden mer forståelig. Ved å kritisere seg selv kan det være enklere å tillegge mening i det vonde som skjer med oss. Det er foreslått at vi kan regulere selvet med mentalisering og selvmedfølelse for å utforske vår egen og andres indre verden (Allen, referert i Wennerberg, 2015, s. 71). Slik kan vi få kontakt med egne behov og grunnleggende verdier og slik skape et meningsbærende narrativ. Sett ut fra en slik tankegang, skulle en selvmedfølelsesintervensjon kunne bidra til at individet kan gi slipp på et type forsvar (selvkritikk), og erstatte det med en mer robust form for beskyttelse: en selvmedfølelse som er bygget på en bedre forståelse av seg selv og verden.

### **Kan selvmedfølelsesintervensjoner fungere alene, eller bør de integreres med andre intervensjoner?**

Intervensjonene inkludert i litteraturgjennomgangen syntes å være effektive både når behandlingen ble gitt alene, og når den var integrert med standard kognitiv atferdsterapi. Det var imidlertid ingen undersøkelser som direkte sammenliknet rene selvmedfølelsesintervensjoner med integrert selvmedfølelsesintervensjoner. Det er av den grunn vanskelig å si noe om det ene er bedre enn det andre basert på studiene i litteraturgjennomgangen.



Det er tidligere foreslått at selvmedfølelsestrening kan fungere som en forberedelse til annen traumebehandling (Modum Bad, 2014, s. 156). Som nevnt i innledningen kan noen mennesker med PTSD-symptomer føle seg overveldet ved eksponering av detaljer ved de traumatiske hendelsene. I disse tilfellene er det foreslått at det er nyttig å starte med å etablere en trygg terapeutisk relasjon og å arbeide med stabilisering (NICE, 2005). Stabilisering kan innebære å bygge opp medfølelse for seg selv, slik at pasienten kan møte trigger på en mer robust måte, med styrket opplevelse av egenverdi, samt lindre egen smerte ved å akseptere seg selv og egne reaksjoner.

Selvmedfølelsestrening kan gi traumapasienter et redskap for stabilisering og regulering av vanskelige følelser som kan bli forsterket eller oppstå gjennom terapiforløpet (Modum Bad, 2014, s. 156), samt bidra til at individet blir mindre overveldet av negative følelser av skam, sinne og fortvilelse (Steele, Boon, & van der Hart, 2017, s. 426). Diedrich, Hofmann, Cuijpers, og Berking (2016) undersøkte om selvmedfølelse kunne være en slik forberedende strategi før en intervensjon med kognitiv revurdering hos deprimerte individer. Forfatterne fant støtte for at selvmedfølelse før intervensjon kunne fasilitere nytten av kognitiv revurdering sammenlignet med en ventegruppe som kontroll. Det kan tenkes at en lignende effekt kan eksistere også ved forberedelse til traumebehandling.

Uansett om man bruker selvmedfølelsestrening som forberedelse til eller komponent i til annen traumebehandling, eller som eneste intervensjon, er det viktig å ta hensyn til at en del traumepasienter trenger en gradvis tilnærming og individuell tilpasning. Salvesen og Wästlund (2017, s. 88) hevder at det for traumepasienter kan være bedre å starte med å øve på medfølelse for andre før en retter medfølelse mot seg selv. Selvmedfølelse kan som nevnt trigge backdraft, og programmet bør i følge Salvesen og Wästlund (2017, s. 12-13) derfor være traumesensitivt. Individer kan bli overveldet av selvmedfølelsesintervensjoner på samme måte som av eksponering (Gilbert & Procter, 2006; Miron et al., 2015). Det kan derfor som med annen traumebehandling være nødvendig å bygge pasientens evne til selvregulering

gjennom en stabiliseringsfase, før en kan benytte andre og mer emosjonelt aktiverende selvmedfølelsesintervensjoner (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 47 og s. 84-88).

### **Er det forskning som tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner er bedre enn standard behandling?**

Om selvmedfølelsesintervensjoner (rene og integrerte) er bedre enn standard behandling synes å avhenge av hvilke utfall studiene i litteraturgjennomgangen så på. Tre RCT-studier, samt en studie med ikke-randomisert kontrollgruppe, sammenlignet virkningen av selvmedfølelsesintervensjoner med standard behandling. Ingen av studiene fant noen signifikant forskjell mellom intervensjonene på traumesymptomer som utfallsmål. Dette kan bety at ulike komponenter gir effektiv behandling av traumesymptomer. Eventuelt kan det gi støtte til dodo-bird-effekten som innebærer at ulike former for psykoterapeutisk behandling har like god effekt på symptomer uavhengig av intervensjon, da effekten kan tilskrives fellesfaktorer (Wampold et al., 1997).

Når en ser på selvmedfølelse som utfall kan litteraturgjennomgangen imidlertid indikere en mulig forskjell. I to av studiene økte deltakernes selvmedfølelse signifikant mer i intervensjonen som hadde en selvmedfølelseskomponent enn i intervensjonen som ikke inneholdt en slik komponent (Beaumont et al., 2016; Beaumont et al., 2012). Derimot ble ikke denne forskjellen funnet i de to andre studiene (Held & Owens, 2015; Hoffart et al., 2015). Det må imidlertid bemerkes at deltakerne i studien til Beaumont et al. (2016) ikke ble randomisert til behandlingsgruppen eller kontrollgruppen. Det kan derfor ikke utelukkes at den observerte forskjellen kan skyldes karakteristika ved deltakerne istedenfor intervensjonen.

At kontrollbetingelsen førte til like stor økning i selvmedfølelse som selvmedfølelsesintervensjonen i to studier kan tyde på at mange ulike intervensjoner kan føre til oppgang i selvmedfølelse, ikke bare de som kalles selvmedfølelsesintervensjoner. For eksempel har Schumm, Dickstein, Walter, Owens, & Chard (2015) tidligere funnet støtte for at kognitive terapi for traumer i tillegg til å redusere symptomer kan øke selvmedfølelse.

Da et flertall av de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen viste både en økning i selvmedfølelse og en reduksjon i traumesymptomer, kan det tenkes at det er økningen i selvmedfølelse som bidrar til bedring (uavhengig av om det er en selvmedfølelsesintervensjon eller standard behandling gir denne økningen). Denne antagelsen blir støttet av resultatene fra Hoffart et al. (2015), som viste en kausal sammenheng der selvmedfølelseskårene på ethvert tidspunkt predikerte PTSD-skåren noen dager senere. Det trengs imidlertid mer forskning som kan bekrefte om og under hvilke betingelser denne kausale sammenhengen eksisterer.

I tilfeller der intervensjoner fører til en oppgang i selvmedfølelse kan en tenke seg at dette ikke bare er positivt der og da, men at økt selvmedfølelse også kan bidra til robusthet overfor nye potensielt traumatiske hendelser. En longitudinell undersøkelse fant at de som hadde høyere selvmedfølelseskårer etter et traume fikk færre negative virkninger etter traumet (Zeller et al., 2015). Det er hevdet at effektiv og god behandling for pasienter med alvorlige traumerelaterte plager innebærer å bygge opp evner som fremmer mentalisering, emosjonsregulering og selvmedfølelse (Allen, referert i Steele et al., 2017, s. 164). Dette antas å være grunnleggende ferdigheter som kan gjøre pasienten mer motstandsdyktig. Ingen av studiene inkludert i vår litteraturgjennomgang undersøkte imidlertid om selvmedfølelse kunne bidra til økt motstandsdyktighet mot nye traumer.

### **Har en observert negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner?**

Litteraturgjennomgangen fant indikasjoner på at selvmedfølelsesintervensjoner potensielt kan ha noen negative effekter for traumepasienter. Held & Owens (2015) fant en ikke-signifikant økning i traumerelatert skyldfølelse fra måling gjort før intervensjon til midtre måling i selvmedfølelsesgruppen. De fant også en ikke-signifikant økning i alvorlighetsgrad av selvrapporert PTSD fra måling gjort før til etter intervensjon. I en annen studie ble det funnet nedgang i eksekutiv kontroll hos krigsveteraner etter en selvmedfølelsesintervensjon (Kearney et al., 2014). I intervjuene i den kvalitative studien

(Lawrence & Lee, 2014) fremkom det også at deltakerne fant det vanskelig å være selvmedfølende i starten av behandlingen.

Held og Owens (2015) foreslår at en midlertidig forverring av traumerelatert skyldfølelse kan forklares med at behandlingen kan ha utfordret vante typiske forsvarsmekanismer ved PTSD som unngåelse. I de to første ukene arbeidet deltakerne i denne studien med å bli mer bevisst egne kognisjoner, egen skyldfølelse, og sitt mønster med negativ selvsnakk. Dette kan ha bidratt til en midlertidig forverring av traumerelatert skyldfølelse, samt ha gjort deltakerne mer bevisste på tanker og følelser som tidligere har vært unngått. Dette kan ha bidratt til at PTSD-skåren økte i løpet av intervensjonen. Imidlertid var det oppmuntrende at på tross av den økte skyldfølelsen midtveis ble traumerelatert skyldfølelse redusert mot slutten av intervensjonen.

I litteraturgjennomgangen fant vi at det kun fremkom negative effekter i studier der selvmedfølelsesintervensjonen ble gitt alene (Held & Owens, 2015; Kearney et al., 2014; Lawrence & Lee, 2014). Det kan tenkes at rene selvmedfølelsesbaserte intervensjoner kan virke negativt for noen pasienter. Det reiser dermed spørsmål om disse intervensjonene tar nok hensyn til disse pasientenes behov, og hvorvidt det kan være kontraindikasjoner for å administrere selvmedfølelsesbaserte intervensjoner for noen traumatiserte pasienter.

Som nevnt har det vært foreslått at selvmedfølelse kan aktivere en følelse av frykt og motstand hos enkelte pasienter noe som kan bidra til økt psykopatologi (Gilbert et al., 2011; Miron et al., 2014). Germer og Neff (2015, s. 54) forteller at noen pasienter kan droppe ut av behandlingen da det blir for skamfullt og vanskelig å være medfølende med seg selv. Noen pasienter kan også være mer redd for selvmedfølelse enn andre. Miron et al. (2015) fant i en krysseksjonell studie at moderat eller alvorlig mishandling var assosiert med høyere nivå av frykt for selvmedfølelse og økte PTSD-symptomer. McLean, Bambling, og Steindl (2018) intervjuet pasienter og psykoterapeuter, og fant at frykt, dårlige mestringsstrategier, negativ

oppfatning av seg selv, samt motstand og mistolkninger knyttet til selvmedfølelse er noen mulige barrierer mot selvmedfølelse.

Særlig kan selvmedfølelse virke truende for mennesker som har opplevd gjentakende interpersonlige traumer (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 85). Selvmedfølelse kan aktivere tilknytningssystemet og har som mål å fremme en medfølende, ikke-dømmende holdning mot seg selv. For personer som gjerne har klandret seg selv for traumene de har gjennomgått vil det kunne være særskilt vanskelig å gi slipp på forsvaret, selvkritikken og skyldfølelsen (Modum Bad, 2014, s. 158). En mulig måte å forstå dette på kan være at etter traumatiske opplevelser kan en beskyttelsesmekanisme være at individet skylder på seg selv, fremfor den andre. Mennesket er meningsskapende vesener og ved å klandre seg selv kan det være lettere for individet å gi mening til den traumatiske hendelsen der og da og dette vil igjen kunne tenkes å opprettholde symptomene (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 37).

Lawrence og Lee (2014) viste imidlertid at alle deltakerne etterhvert ble mer medfølende med seg selv og at de negative effektene var forbigående. Dette kan tyde på at overveldelse og motstand mot selvmedfølelse i noen tilfeller er forbigående. Dette reiser spørsmålet om selvmedfølelsesintervensjoner har komponenter som er utformet for å effektivt hjelpe traumatiserte pasienter å komme over eventuelle negative effekter av behandlingen. Et mål i medfølelsesfokusert terapi (CFT) er å lære, erfare, tolerere og å kjenne seg trygg med det som fremkommer i terapien (Steele et al., 2017, s. 321). Det arbeides med skamfølelse, og pasienten lærer også hvordan en kan erstatte selvkritikk med selvmedfølelse. Det er imidlertid hevdet at et slikt direkte arbeid med selvkritikk og skamfølelse kan bidra til at pasienten blir overveldet ved å vekke emosjoner eller dissosiative deler av selvet og på denne måten forsterke skamfølelse (Steele et al., 2017, s. 322-323). Aktivering av selvmedfølelse kan også aktivere et tilknytningsbehov som tidligere har vært understimulert og kan derfor bidra til en forverring i symptomer (Steele et al., 2017, s. 323).

Det er viktig for behandlere å være oppmerksom på de potensielt negative effektene av selvmedfølelsesintervensjoner. Eksisterende teori peker på noen momenter som kan bidra til å forebygge negative effekter hos traumatiserte pasienter, og som vi ser at de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen også har benyttet seg av. Lawrence og Lee (2014) foreslår at det er essensielt at deltakerne ved starten av behandlingen får vite at intervensjonen kan frembringe vonde opplevelser. De mener at en forventning om dette vil gjøre pasientene mer motstandsdyktige i terapien. Det er også hevdet at det er til hjelp at terapeuten kan stoppe pasienten fra å fortelle for mye om sine traumatiske opplevelser i timene, samt kunne lukke for smerten gjennom timen når det oppleves overveldende. Dette for å unngå at pasienten opplever å bli overveldet og stimulere til backdraft og retraumatisering (Germer og Neff, s. 52). Flere av de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen beskrev at slik god informasjon ble gitt til pasientene før intervensjonen.

Et annet viktig moment teori på feltet fremhever for å unngå retraumatisering er viktigheten av å individuelt tilpasse behandlingen (Salvesen & Wästlund, 2017, s. 84; Germer & Neff, 2015, s. 54). Da det for traumepasienter er en høy risiko knyttet til å åpne for emosjonell smerte må terapeuten kunne veilede og regulere den enkelte pasient gjennom behandlingsprosessen etter deres behov og toleranse. Flere av de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen påpekte at det ble gjort en individuell tilpasning av behandlingen som ble gitt. Eksempelvis utviklet Beaumont et al. (2012) individuelle behandlingsplaner for hvert individ, mens Hoffart et al. (2015) tilpasset øvelsene til deltakerens traumatiske opplevelse, der målet var et medfølende møte mellom det nåværende selvet og det tidligere traumatiserte selvet. Det vil være klinisk nyttig å undersøke i videre forskning disse og andre faktorer for hvordan en best kan begrense negative effekter av selvmedfølelsesintervensjoner i behandling av traumatiserte pasienter.

### **Metodiske styrker og begrensninger**

**Kan vi stole på resultatene?** En viktig begrensning ved flere av de inkluderte studiene er at de omfatter et lavt antall deltakere. Små utvalg gjør at det er større sannsynlighet for at de observerte effektene er et resultat av tilfeldigheter (Bordens & Abbott, 2011, s.457). Det var også en svakhet at det kun var få studier på hver intervensjon (kun to studier undersøkte samme intervensjon), og det er derfor for dårlig grunnlag til å si noe om en bestemt type selvmedfølelsesintervensjon for traumer er mest egnet.

Kun tre av studiene som ble inkludert var RCT-studier. Design som randomiserer deltakere til en behandlingsgruppe og en eller flere kontrollgruppe(r) bidrar til å redusere sannsynligheten for feilkilder ved at eventuelle forskjeller i utvalget fordeles likt mellom de ulike betingelsene (Bordens & Abbott, 2011, s. 278-279). Av de resterende studiene brukte en studie ikke-randomisert kontrollgruppe, tre var tre pre-post studier (basert på to undersøkelser) uten kontrollgruppe, to av studiene var kasusstudier og en studie var kvalitativ. Kvalitative studier og kasusstudier er godt egnet til å beskrive deltakernes opplevelse av intervensjonene og gi en detaljert og rik beskrivelse av prosessen frem mot bedring. Men de kan ikke svare på om en intervensjon har signifikant effekt på gruppenivå. Intervensjoner som ikke har randomisert kontrollgruppe kan heller ikke med sikkerhet si om den bedring en eventuelt ser i løpet av intervensjonen faktisk kan tilskrives intervensjonen.

Også andre forhold gjør det vanskelig å bedømme om den observerte effekten kan tilskrives den uavhengige variabelen (behandling). Flesteparten av studiene hadde kun én terapeut, noe som gjør at det ikke kan utelukkes at den observerte effekten har sammenheng med karakteristikk ved terapeuten. Samtidig kan det også være fordeler ved at studiene med kontrollgruppe bare benyttet en terapeut, da dette bidrar til å kunne utelukke at terapeut-karakteristika forklarer observert effekt mellom de ulike betingelsene.

Få studier kontrollerte for samtidig behandling som deltakerne fikk ved siden av studien. I tre av studiene fikk deltakerne annen psykologisk eller medisinsk behandling ved

siden av, mens i andre ble det ikke spesifisert om deltakerne fikk noe behandling ved siden av. I studiene som inkluderte krigsveteraner (Held & Owens, 2015; Kearney et al., 2013; Kearney et al., 2014) fikk deltakerne annen psykologisk oppfølging i tillegg, og dette kan tenkes å ha bidratt til en bedring av symptomer. Manglende kontroll for samtidig behandling gjør at det er vanskelig å bedømme hvor stor del av den observerte effekten som kan tilskrives selvmedfølelsesintervensjonen, og hvor stor del som skal tilskrives annen behandling.

Flere av studiene registrerte frafall underveis, men håndteringen av frafall var mangelfull ved at det sjelden ble oppgitt om de som falt fra var signifikant ulike dem som gjennomførte. Det er risiko for at deltakere som droppet ut av studien hadde eller ville hatt en annen effekt av intervensjonen enn deltakerne som fullførte. I tillegg hadde kun fire av studiene (basert på tre undersøkelser) oppfølgingsmåling etter avsluttet behandling, og den lengste oppfølgingen var på ni måneder (kasusstudie). Dette gjør at vår kunnskap om langtidseffekten av selvmedfølelsesintervensjoner er mer usikker enn korttidseffekten.

**Kan resultatene fra studien generaliseres?** I hvilken grad utvalget i studiene er representativt er avgjørende for om resultatene fra studien er generaliserbare. Bordens og Abbott (2011, s. 165) definerer generaliserbarhet som evnen til å anvende funn fra et utvalg til en større populasjon. Et representativt utvalg vil ha like karakteristikk som populasjonen, noe som gjør at man med større sannsynlighet kan anta at effekten som er funnet i studiene også vil gjelde for den større populasjonen. Motsatt vil det være større usikkerhet ved hvorvidt en behandling som har vist effekt på et ikke-representativt utvalg (eksempelvis en studie der utvalget kun består av menn) vil ha den samme effekten for populasjonen generelt.

De fleste studiene inkludert i vår litteraturgjennomgang hadde begrenset variasjon i sine utvalg, og det vil derfor ikke kunne være fullgodt med tanke på å være representativ for traumepopulasjonen slik vi har definert den (jf. inklusjonskriteriene). Kun en studie ble gitt høyeste skår på Öst (2008) sin skala, da det i denne ble spesifisert at utvalget hadde god klinisk representativitet. Dette gjør at det er usikkerhet knyttet til det å skulle generalisere



funn fra enkeltstudiene til traumepopulasjonen som helhet. Dersom man derimot ser på utvalgene i de inkluderte studiene under ett, inkluderes et relativt bredt spekter av deltakere hva gjelder kjønn, alder og type traume. Dette er positivt med tanke på generalisering fra funn som bekreftes på tvers av ulike studier.

En ulempe med tanke på generalisering til norske forhold er at de fleste studiene, bortsett fra en som ble gjennomført i Norge, ble utført i Storbritannia og USA. Det er betydelige kulturelle og samfunnsmessige forskjeller til disse landene, noe som gjør at funnene fra disse studiene ikke nødvendigvis er direkte overførbare til Norge.

### **Styrker og begrensninger i litteraturgjennomgangen**

Ut i fra vår kjennskap er dette den første litteraturgjennomgangen som tar for seg studier som undersøker effekter av selvmødfølelsetrening for traumer. En styrke ved litteraturgjennomgangen er at vi har hatt adgang til et stort antall publikasjoner i databaser tilgjengelig gjennom Universitetsbiblioteket i Bergens systemer. Videre har vi inkludert alle studier på engelsk og skandinaviske språk innenfor inklusjonskriteriene, også kvalitative. En annen styrke ved oppgaven er at metodisk kvalitet ble vurdert for alle studiene.

Vi valgte å ikke gjennomføre en metaanalyse. Denne litteraturgjennomgangen kan dermed ikke oppgi en samlet effekt av de intervensjoner som er studert, eller andre kvantitative mål som kunne ha vært relevant for vår problemstilling. Dette valget ble tatt fordi studiene er såpass heterogene at det ville være vanskelig å sammenlikne dem i en metaanalyse.

Vi ekskluderte studier med sekundær traumatisering. Vi ekskluderte også studier der det ikke var spesifisert at det var et traumeutvalg, som når deltakerne primært var diagnostisert med kjente komorbide psykiske lidelser som depresjon, angst eller psykose. Dette ble vurdert som hensiktsmessig for å best kunne besvare problemstillingen. Da flere pasienter som har opplevd traumer gjerne viser andre komorbide vansker (som beskrevet i

innledningen) kan imidlertid også tenkes at vi mistet noe verdifull informasjon som kunne ha kastet lys over problemstillingen.

### **Videre forskning**

De fleste studiene i litteraturgjennomgangen har flere metodiske begrensninger med tanke på design og utvalg, og det at det ikke er gjort flere studier med høy kvalitet gjenspeiler at selvmedfølelse i traumebehandling er et forholdsvis nytt forskningsfelt. Underveis i diskusjonen har vi derfor pekt på flere områder der det er mangelfull kunnskap og behov for videre forskning. Blant de største behovene vi ser er flere gode randomiserte studier, og for studier med større utvalg, for å få resultater med større sikkerhet og generaliserbarhet. Det mangler også kunnskap om prosesser som kan si hva ved selvmedfølelsesintervensjonene som kan forklare en reduksjon i negative effekter etter traumer.

Videre vil det være interessant å undersøke om kombinerte selvmedfølelsesintervensjoner gir større bedring enn rene selvmedfølelsesintervensjoner ved å sammenlikne disse to betingelsene direkte. Fremtidig forskning bør også undersøke om det er en forskjell på effekten av selvmedfølelsesintervensjoner gitt i gruppe eller individuelt, om ulike traumeutvalg trenger ulike typer selvmedfølelsesintervensjoner, og om noen traumeutvalg har bedre effekter av slike intervensjoner enn andre. Det bør også undersøkes i hvor stor grad terapeutvariabler spiller inn på effekten av selvmedfølelsesintervensjoner.

De fleste studiene er gjennomført med utvalg fra USA og Storbritannia, og det er behov for flere studier fra andre land, samt replikasjonsstudier. Til sist ville det være nyttig å vite mer om på hvilke stadier i traumebehandlingen selvmedfølelsesbaserte intervensjoner passer best eller bør integreres, dersom en bruker selvmedfølelsesintervensjoner som tillegg til annen behandling.

### **Konklusjon**

Alle studiene i denne litteraturgjennomgangen fant en bedring på iallfall noen utfallsmål, noe som er lovende. Det er tydeligst støtte for at selvmedfølelsesintervensjoner

kan øke selvmedfølelse og det er funnet god effekt på traumesymptomer. Vi fant ingen klare indikasjoner for at noen selvmedfølelsesintervensjoner hadde bedre effekt enn andre.

Litteraturgjennomgangen tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner kan ha gode effekter både alene og i kombinasjon med andre intervensjoner. Selvmedfølelsesintervensjoner og standard behandling synes å ha like god effekt på å redusere negative effekter av traume. Det fremkommer noen indikasjoner for at selvmedfølelsesintervensjonene kan øke utfallsmålet selvmedfølelse mer enn standard behandling. Det var positivt at flere studier også hadde et fokus på mulige negative effekter, og resultatene tyder på at selvmedfølelsesintervensjoner i noen tilfeller potensielt kan bidra til en midlertidige eller vedvarende forverring av symptomer, noe som er viktig for behandlere å takle dersom en velger denne behandlingsformen. Forskningsfeltet er nytt og har en del metodiske svakheter. Likevel tyder teori og de studier som finnes på at selvmedfølelsesintervensjoner er en type intervensjon som kan hjelpe individer med å takle negative effekter av traume.

## Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling?. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy, 48*(2), 207-221.  
doi:10.1016/j.beth.2016.11.012
- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S., & Martin, C. R. (2016). Using compassion focused therapy as an adjunct to trauma-focused CBT for fire service personnel suffering with trauma-related symptoms. *the Cognitive Behaviour Therapist, 9*, 1-13.  
doi:10.1017/S1754470X16000209
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). Being kinder to myself: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training. *Counselling Psychology Review, 27*(1), 31-43.
- Beaumont, E., & Martin, C. J. (2013). Using compassionate mind training as a resource in EMDR: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research, 7*(4), 186-199.  
doi:10.1891/1933-3196.7.4.186
- Bowyer, L., Wallis, J., & Lee, D. (2014). Developing a compassionate mind to enhance trauma-focused CBT with an adolescent female: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(2), 248-254. doi:10.1017/S1352465813000362
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *82*, 1-10. doi:10.1016/j.brat.2016.04.003
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martin-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., . . . Soler, J. (2017). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: A randomized pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 278-286. doi:10.1002/cpp.2000
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(8), 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. I V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome (Red.). *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (s. 43-58). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(1), 17-27. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(3), 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology Psychotherapy*, *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

- Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *17*(1), 13-24. doi:10.1002/cpp.636
- Held, P., & Owens, G. P. (2015). Effects of self-compassion workbook training on trauma-related guilt in a sample of homeless veterans: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(6), 513-526. doi:10.1002/jclp.22170
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377–391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Hiraoka, R., Meyer, E. C., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2015). Self-compassion as a prospective predictor of PTSD symptom severity among trauma-exposed U.S. Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(2), 127-133. doi:10.1002/jts.21995
- Hoffart, A., Øktedalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: A study of within-person processes. *Frontiers in Psychology*, *6*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01273
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, *50*(2), 222-227. doi:10.1016/j.paid.2010.09.033
- Kaurin, A., Schonfelder, S., & Wessa, M. (2018). Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. *Journal of Counseling Psychology*, *65*(4), 453-462. doi:10.1037/cou0000275
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, *26*(4), 426-434. doi:10.1002/jts.21832

- Kearney, D. J., McManus, C., Malte, C. A., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2014). Loving-kindness meditation and the broaden-and-build theory of positive emotions among veterans with posttraumatic stress disorder. *Medical Care, 52*(12), 32-38. doi:10.1097/MLR.0000000000000221
- Lang, A. J., Strauss, J. L., Bomyea, J., Bormann, J. E., Hickman, S. D., Good, R. C., & Essex, M. (2012). The theoretical and empirical basis for meditation as an intervention for PTSD. *Behavior Modification, 36*(6), 759-786. doi:10.1177/0145445512441200
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J.F., & Sørgaard, K.W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 52*(1), 11–19. doi:10.1007/s00127-016-1295-3
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(6), 495-507. doi:10.1002/cpp.1854
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(5), 887-904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. I P. Gilbert (Red.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 326-351). New York: Routledge.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology, 74*(4), 451-466. doi:10.1348/000711201161109
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suarez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-

- analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46.  
doi:10.1037/amp0000151
- 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
- Maheux, A., & Price, M. (2015). Investigation of the relation between PTSD symptoms and self-compassion: Comparison across DSM IV and DSM 5 PTSD symptom clusters. *Self and Identity*, 14(6), 627-637. doi:10.1080/15298868.2015.1037791
- Maheux, A., & Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 88, 102-107. doi:10.1016/j.paid.2015.08.051
- McLean, L., Bambling, M., & Steindl, S. R. (2018). Perspectives on self-compassion from adult female survivors of sexual abuse and the counselors who work with them. *Journal of Interpersonal Violence*. doi:10.1177/0886260518793975
- Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan, S. M., & Thompson, K. L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(3), 364-379. doi:10.1080/15298868.2013.836131
- Miron, L. R., Sherrill, A. M., & Orcutt, H. K. (2015). Fear of self-compassion and psychological inflexibility interact to predict PTSD symptom severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 37-41. doi:10.1016/j.jcbs.2014.10.003
- Modum Bad. (2014). *Tilbake til nåtid: En manual for håndtering av traumereaksjoner*. Vikersund: Modum Bad.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder: Management. NICE Clinical guideline 26. Hentet fra



<https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-pdf-975329451205>

- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 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
- Neff, K. D., Toth-Kiraly, I., Yarnell, L. M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., . . . Mantzios, M. (2018). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*. Advance online publication. doi: 10.1037/pas0000629
- Salvesen, K. T., & Wästlund, M. (2017). *Mindfulness og medfølelse: En vei til vekste etter traumer* (2. utg.). Oslo: Pax Forlag A/S.
- Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2015). Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1161-1166. doi:10.1037/ccp0000040
- Scoglio, A. A. J., Rudat, D. A., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., & Herman, J. L. (2018). Self-Compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(13), 2016-2036. doi:10.1177/0886260515622296

- Seligowski, A. V., Miron, L. R., & Orcutt, H. K. (2015). Relations among self-compassion, PTSD symptoms, and psychological health in a trauma-exposed sample. *Mindfulness*, 6(5), 1033-1041. doi:10.1007/s12671-014-0351-x
- Statens helsetilsyn (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical integrative approach*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887-898. doi:10.1016/j.chiabu.2011.07.003
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558. doi: 10.1002/jts.20374
- Thompson, N., & Walsh, M. (2010). The existential basis of trauma. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 377-389. doi:10.1080/02650531003638163
- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480-491. doi:10.1007/s11469-011-9340-7
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, all must have prizes. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. Hentet fra: <http://psycnet.apa.org/fulltext/1998-04949-001.pdf>
- Wennerberg, T. (2015). *Selv og sammen: Om tilknytning og identitet i relasjoner*. Stockholm: Arneberg Forlag.

- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, A. W. Y. (2018). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 1-17. doi:10.1007/s12671-018-1037-6
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520. doi:10.1080/15298868.2015.1029966
- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., & Bernstein, A. (2015). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), 645-653. doi:10.1007/s10802-014-9937-y
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research Therapy*, 46(3), 296-321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005

## Appendiks A

Tabell A1

*Oversikt over søkeord*

Selvmedfølelse	Traumer
Selfcompassion*	Trauma*
"Self compassion*"	Posttrauma*
Kind* ADJ4 sel* / kind* near/3 sel*	PTSD
Compassion* ADJ3 sel* / compassion* near/2 sel*	PTSS
"Compassion focused therap*"	
"Lov* kindness"	
"Compassion* mind training"	

*Notat.* \* = Trunkering (åpen endelse på ordstamme); ADJ og near = Nærhetsoperatører som har blitt benyttet for å presisere maksgrense for antall ord som kan forekomme mellom søkeordene i henholdsvis PsycINFO/Medline og Web of science; PTSD = Posttraumatic stress disorder; PTSS = Posttraumatic stress symptoms

## Appendiks B

Vurderingsskjema for psykoterapeutiske utfallsstudier

Merk: Hvis ikke nok informasjon er gitt vedrørende et spesifikt ledd gis skåren 0.

1. Klarhet i utvalgsbeskrivelsen

0 Dårlig. Vag beskrivelse av utvalget (e.g. nevner bare om pasienten var diagnostisert med lidelsen).

1 Rimelig. Rimelig beskrivelse av utvalget (e.g. nevner inklusjons-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon osv.).

2 God. God beskrivelse av utvalget (e.g. nevner inklusjons-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon og prevalens av komorbide lidelser).

2. Utvalgets representativitet

0 Dårlig. Utvalget er veldig forskjellig fra det som er typisk for pasienter som søker hjelp for lidelsen (e.g. veldig strenge eksklusjonskriterier).

1 Rimelig. Utvalget er noe representativt for pasienter som søker hjelp for diagnosen (e.g. pasienter var kun ekskludert hvis de møtte kriteriene for andre psykiske lidelser).

2 God. Utvalget er veldig representativt for pasienter som søker hjelp for lidelsen (f.eks forfatterne la innsats i å sikre at utvalget var representativt).

3. Utfallsmålenes spesifisitet

0 Dårlig. Veldig brede utfallsmål, ikke spesifikke for lidelsen (e.g. SCL-90R total skår).

1 Rimelig. Moderat spesifikke utfallsmål.

2 God. Spesifikke utfallsmål, som et mål for hvert symptomkluster.

4. Utfallsmålenes reliabilitet og validitet

0 Dårlig. Målene har ukjent psykometrisk egenskaper, eller egenskapene møter ikke nåværende akseptabel standard.

1 Rimelig. Noen, men ikke alle målene har kjente eller adekvate psykometriske egenskaper.

2 God. Alle målene har gode psykometriske egenskaper. Utfallsmålene er de best tilgjengelige for forfatterens formål.

#### 5. Tildeling til behandling

0 Dårlig. Skjevheter i tildelingen, for eksempel pasientene velger selv sin egen terapi eller de blir tildelt behandling på en annen ikke-randomisert måte, eller det er bare en gruppe.

1 Rimelig. Randomisert eller stratifisert tildeling. Det kan være noen systematiske skjevheter, men ikke nok til å utgjøre en alvorlig trussel for indre validitet. Det kan være forstyrrende interaksjoner mellom terapeuter og behandling, slik at det som ser ut som behandlingseffekter, i realiteten er terapeuteffekter. N kan være for liten til å beskytte mot skjevheter.

2 God. Randomisert eller stratifisert tildeling, og det er en randomisert tildeling av pasienter til terapeuter innenfor betingelsen. Når teoretisk forskjellige behandlinger blir brukt, er det et stort nok antall ulike terapeuter for hver behandling. N er stor nok til å beskytte mot skjevheter.

#### 6. Design

0 Dårlig. Aktiv behandling vs. venteliste-kontroll, eller kort beskrevet rutinebehandling (treatment as usual).

1 Rimelig. Aktiv behandling vs. rutinebehandling med god beskrivelse, eller placebo-betingelse.

2 God. Aktiv behandling vs. annen tidligere empirisk dokumentert aktiv behandling.

#### 7. Måletidspunkt

0 Dårlig. Bare pre- og post-behandling, eller pre- og oppfølging.

1 Rimelig. Pre-, post- og oppfølging innen 1 år.

2 God. Pre-, post- og oppfølging over 1 år.

8. Manualisert, replikerbart, spesifisert behandlingsprogram

0 Dårlig. Beskrivelsen av behandlingsprosedyren er uklar, og behandlingen er ikke basert på en offentlig tilgjengelig, detaljert behandlingsmanual. Pasientene kan motta flere former for behandling samtidig på en ukontrollert måte.

1 Rimelig. Behandlingen er ikke designet for lidelsen, eller beskrivelsen av behandlingen er generelt klart og basert på en offentlig tilgjengelig, detaljert behandlingsmanual, men det er noen uklarheter knyttet til prosedyren.

2 God. Behandlingen er designet for lidelsen. En detaljert behandlingsmanual er tilgjengelig, og/eller behandlingen er forklart tilstrekkelig detaljert for replikasjon.

Ingen uklarheter knyttet til behandlingsprosedyren. Pasientene mottar kun den aktuelle behandlingen.

9. Antall terapeuter

0 Dårlig. Bare en terapeut, dvs. vanskelig å vite om effekter skyldes terapien eller terapeuten.

1 Rimelig. Minst to terapeuter, men effekten av terapeut på utfallet er ikke analysert.

2 God. Tre, eller flere terapeuter, og effekten av terapeut på utfallet er analysert.

10. Terapeutenes utdanning/erfaring

0 Dårlig. Veldig begrenset klinisk erfaring knyttet til behandling og/eller lidelsen (e.g. studenter)

1 Rimelig. Noe klinisk erfaring knyttet til behandling og/eller lidelsen.

2 God. Lang klinisk erfaring knyttet til behandling og lidelsen (e.g. praktiserende terapeut).

11. Kontroll av samtidig behandling (e.g. medisiner)

0 Dårlig. Ingen forsøk på å kontrollere for samtidig behandling, eller ingen informasjon om samtidig behandling gis. Pasientene kan ha mottatt andre former for behandling i tillegg til behandlingen som blir studert.

1 Rimelig. Pasientene er spurt om å holde medisinerings stabil og/eller avslutte andre psykologiske terapier under behandlingen.

2 God. Forsikret at pasientene ikke mottak noen annen form for behandling (medisinsk eller psykologisk) under studien.

## 12. Håndtering av frafall

0 Dårlig. Andel av frafall er ikke beskrevet, eller beskrevet, men ingen frafallsanalyser er utført.

1 Rimelig. Andel av frafall er beskrevet, og frafallsanalyser eller «intensjon om å behandle» (Intention to treat)-analyser er gjennomført (Dette vil si at analysene gjennomføres med utvalg som omfatter alle deltakere der det var planlagte behandling, også dem som falt fra).

2 God. Andel av frafall er beskrevet, frafallsanalyser er gjennomført og resultatene er presentert som «intensjon om å behandle»-analyser.

## 13. Statistisk analyse og presentasjon av resultatene

0 Dårlig. Ikke-adekvate statistiske metoder er benyttet og/eller data er ikke fullstendig presentert.

1 Rimelig. Adekvate statistiske metoder er benyttet, men data er ikke fullstendig presentert.

2 God. Adekvate statistiske metoder er benyttet og data er presentert med gjennomsnitt og standardavvik.

## 14. Likhet i antall terapitimer

0 Dårlig. Det er markert forskjell i betingelsene (mer enn 20 % forskjell i terapitimer).

1 Rimelig. Det er noe forskjell i betingelsene (10-19 % forskjell i terapitimer).



2 God. Det er ingen forskjell mellom betingelsene (under 10 % forskjell i terapitimer).

*Notat.* Egen oversettelse av utvalgte ledd fra Öst (2008) slik det er beskrevet i metodedelen.

## Appendiks C

Tabell C1

*Oversikt over ulike betegnelser på intervensjoner som brukes i denne oppgaven*

Opprinnelig betegnelse	Norsk oversettelse i denne oppgaven	Forkortelse i denne oppgaven
Brief Compassion-based Therapy	Kort medfølelsesbasert terapi	-
Cognitive Behavioral Therapy	Kognitiv atferdsterapi	CBT
Compassion Focused Therapy	Medfølelsesfokusert terapi	CFT
Compassionate Mind Training	Medfølelses-bevissthetstrening	CMT
Eye Movement Desensitization and Reprocessing	-	EMDR
Imagery Rescripting	Forestillingsbasert omskriving	IR
Imaginal Exposure	Forestillingsbasert eksponering	IE
Loving Kindness Meditation	Kjærlig vennlighetsmeditasjon	LKM
Mindfulness-based self-compassion	Oppmerksomt nærværsbasert selvmedfølelsetrening	MSC
Prolonged exposure	Forlenget eksponering	PE
Self-compassion training	Selvmedfølelsetrening	-
Stress inoculation training	Stressvaksineringstrening	-
Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy	Traumefokusert kognitiv atferdsterapi	TF-CBT