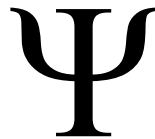




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer
– en litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Frida Ölander

Vår 2019

Veileder

Vivian Woodfin

Institutt for klinisk psykologi

Forord

Siden starten av profesjonsstudiet har jeg visst at det er barn og ungdommer jeg vil jobbe med som ferdig utdannet psykolog. Ved forebygging og behandling av psykisk lidelse hos barn og ungdommer har jeg stor tro på å styrke den enkeltes ressurser. I lys av dette er selvmedfølelse et begrep som har vekket min interesse i løpet av studiet. Da jeg skulle velge tema for hovedoppgaven, ønsket jeg å skrive en oppgave som vil være relevant for min kommende arbeidshverdag. Som tittelen allerede har avslørt, landet mitt valg på selvmedfølelse hos barn og ungdommer.

Å arbeide med denne oppgaven har vært en interessant og lærerik opplevelse. Skriveprosessen har gitt meg mestringsfølelse, men har også til tider vært veldig krevende. Det er med vemod, stolthet og glede jeg nå avslutter min studietid og går arbeidslivet i møte. Jeg ønsker å takke min veileder Vivian Woodfin for inspirerende veiledning og gode tilbakemeldinger. Jeg ønsker også å takke Anders Bolstad for korrekturlesing.

Merknad: Oppgaven inkluderer innholdsfortegnelse for å gi en bedre oversikt. Jeg har også valgt å plassere figurer og tabeller i teksten for lesbarhetens skyld. Jeg er oppmerksom på at dette avviker fra gjeldende APA-standard.

Abstract

The aim of this literature review was to investigate whether therapeutic interventions can increase self-compassion in children and adolescents. More specifically, this literature review wanted to explore whether some interventions seem to be superior to others in terms of increasing self-compassion, and if they affect self-compassion in boys and girls to different degrees. It also looked at whether the studies found a relationship between higher levels of self-compassion and better psychological health among children and adolescents. A systematic literature search in the databases PsycINFO, Web of Science and Medline was conducted. A total of fourteen studies were included in the literature review. Nine studies found that the participants had higher levels of self-compassion by the end of the intervention. Furthermore, many studies supported that there is a relationship between self-compassion and better psychological health among children and adolescents. Because none of the studies compared two interventions against each other, it is not possible to conclude that some interventions are superior to others. The literature review did not find clear indications that the interventions affect self-compassion in boys and girls to different degrees. However, all of the studies had several methodological limitations. Further research is needed to draw more reliable conclusions. This literature review can point to gaps in the literature regarding self-compassion interventions with children and adolescents and make clear suggestions in terms of how to carry forward in order to fill these gaps.

Sammendrag

Målet med litteraturgjennomgangen var å undersøke om det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner. Mer spesifikt var det ønskelig å undersøke om noen intervensjoner synes å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse, samt om intervensjonene synes å påvirke selvmedfølelse hos gutter og jenter i ulik grad. Det ble også undersøkt hvorvidt studiene fant en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og bedre psykisk helse hos barn og ungdommer. For å besvare oppgavens problemstillinger ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene PsycINFO, Web of Science og Medline. Totalt ble fjorten intervensjonsstudier inkludert i litteraturgjennomgangen. Ni studier fant en økning hos deltakerne etter fullført intervensjon. Videre fant flere studier støtte for at det synes å være en sammenheng mellom selvmedfølelse og bedre psykisk helse hos barn og ungdommer. Ettersom ingen av studiene sammenlignet to intervensjoner med hverandre, er det vanskelig å konkludere med at noen intervensjoner synes å være mer effektive enn andre. Litteraturgjennomgangen fant ingen tydelige tendenser til at intervensjonene påvirket selvmedfølelse hos gutter og jenter i ulik grad. Studiene hadde imidlertid flere metodiske begrensninger og det er behov for mer forskning for å trekke sikrere konklusjoner. Denne litteraturgjennomgangen kan peke på mangler i litteraturen når det kommer til selvmedfølelsesintervensjoner med barn og ungdommer, samt komme med forslag på hvordan fremtidige studier kan belyse disse.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Hva er selvmedfølelse?.....	2
Utvikling av selvmedfølelse.....	6
Sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse.....	8
Kjønns- og aldersforskjeller i selvmedfølelse.....	9
Måleinstrumenter for å måle selvmedfølelse.....	10
Oppgavens problemstillinger.....	12
Metode	14
Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	14
Litteratursøk.....	14
Metode for kvalitetsvurdering.....	17
Resultat	17
Deskriptiv informasjon om de inkluderte studiene.....	23
Vurdering av metodisk kvalitet.....	26
Effekten av ulike terapeutiske intervensjoner på selvmedfølelse hos barn og ungdommer.....	29
Diskusjon	41
Synes terapeutiske intervensjoner å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer?.....	41
Synes noen terapeutiske intervensjoner å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer?.....	47
Synes terapeutiske intervensjoner å påvirke selvmedfølelse hos jenter og gutter i ulik grad?.....	47
Finner intervensjonsstudiene støtte for at det er en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og bedre psykisk helse blant barn og ungdommer?.....	49
Metodiske styrker og begrensninger ved studiene.....	52
Styrker og svakheter i litteraturgjennomgangen.....	56
Fremtidig forskning.....	56
Konklusjon	58
Referanser	59
Appendiks	69

Å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer – en litteraturgjennomgang

Ungdommer i Norge i dag viser en urovekkende utvikling når det kommer til psykisk helse. Ifølge den nasjonale rapporten Ungdata, som baserer seg på svar fra 249000 ungdommer på ungdomsskolen og videregående i perioden 2016 til 2018, fremkommer det at psykiske helseplager fortsetter å øke hos både gutter og jenter (Bakken, 2018). Med tanke på denne negative utviklingen er det viktig å undersøke om det finnes måter å styrke barns og ungdommers psykiske helse på.

Forskning tyder på at selvmedfølelse er en beskyttende faktor mot psykisk uhelse blant barn og ungdommer (Marsh, Chan & MacBeth, 2018). Å øke selvmedfølelse kan derfor tenkes å være en god måte å forebygge og forbedre psykisk helse på i denne populasjonen. Selvmedfølelse handler om å møte seg selv med vennlighet, forståelse og aksept når man kjenner på smertefulle følelser (Neff, 2003a). Flere studier viser at det er mulig å øke selvmedfølelse hos voksne gjennom terapeutiske intervensjoner (Ferrari et al., 2019). Hovedmålet med denne oppgaven er derfor å undersøke om det også finnes forskning som indikerer at det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner.

Oppgaven vil innledningsvis gi en beskrivelse av hva selvmedfølelse er, og presentere teorier om hvordan selvmedfølelse utvikles gjennom oppveksten. Videre vil det redegjøres for forskning på sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse blant barn og ungdommer, samt kjønns- og aldersforskjeller i selvmedfølelse i denne populasjonen. Det vil også redegjøres for hvordan man kan måle selvmedfølelse. Deretter vil fremgangsmåten for litteraturgjennomgangen og dens resultater bli presentert. Oppgaven vil avslutningsvis diskutere litteraturgjennomgangens funn og komme med spesifikke forslag til fremtidige studier.

Hva er selvmedfølelse?

Begrepet «selvmedfølelse» har ikke eksistert særlig lenge, men fenomenet i seg selv har sine røtter langt tilbake i tid i den buddhistiske kulturen. I 2003 ble de to første artiklene om selvmedfølelse publisert av en forfatter ved navn Kristin Neff, som var den første til å definere og operasjonalisere begrepet (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Siden da har feltet fått økende oppmerksomhet og det er stadig flere forskningsartikler om selvmedfølelse som blir publisert.

For å få en bedre forståelse av hva selvmedfølelse er kan det være hensiktsmessig å først se på betydningen av medfølelse. Definisjonen av selvmedfølelse er nemlig nært knyttet opp mot medfølelse (Neff, 2003a). Medfølelse innebærer at man er oppmerksom på andres lidelse, at man møter denne lidelsen på en ikke-kritisk og ikke-fordømmende måte, og at det vekkes et ønske i oss om å lette den andres lidelse (Gilbert, 2005). På denne måten forutsetter medfølelse at man tar seg tid til å stoppe opp og anerkjenne den andres lidelse, og at man lar seg bli rørt av denne. Selvmedfølelse handler dermed om å være medfølelse mot seg selv – å møte sine egne, vonde følelser med varme og omsorg (Neff & McGehee, 2010). Det innebærer at man er åpen for sin egen lidelse og at man får et ønske om å lette denne lidelsen gjennom å være vennlig med seg selv (Neff, 2003a). Selvmedfølelse kan utøves mot seg selv både når man opplever lidelse på grunn av ytre omstendigheter og lidelse i forbindelse med personlige utilstrekkeligheter eller mislykkethet. Ifølge Neff (2003a) kan selvmedfølelse deles inn i tre hovedkomponenter:

1. **Selv-vennlighet:** Å møte seg selv med forståelse og vennlighet når man har det vondt. Det motsatte av selv-vennlighet er selv-fordømmelse, det vil si å møte seg selv på en kritisk og dømmende måte.
2. **Fellesmenneskelighet:** Å forstå at smertefulle opplevelser er noe man deler med alle andre mennesker, noe som øker følelsen av tilhørighet. Det motsatte er

isolasjon, det vil si å oppleve at man er den eneste som føler det slik, noe som gjør at man føler seg isolert fra andre.

3. Oppmerksomt nærvær: Å legge merke til de smertefulle tankene og følelsene med en balansert oppmerksomhet. Det motsatte er å overidentifisere seg med dem, det vil si at man blir så oppslukt i sine egne følelser at man ikke klarer å se situasjonen fra et større og mer distansert perspektiv (Neff, 2004).

Disse tre komponentene er separate, men samtidig interagerende komponenter.

Oppmerksomt nærvær tilbyr et aksepterende ståsted som gjør det lettere å redusere selv-kritikk og gjenkjenne vår fellesmenneskelighet (Neff & Dahm, 2015). På den annen side vil selv-vennlighet kunne redusere innvirkningen av de negative emosjonelle opplevelsene, noe som i sin tur vil gjøre det lettere å være oppmerksom på dem. I tillegg vil en forståelse av at lidelse er noe man deler med andre mennesker gjøre det lettere å ikke overidentifisere seg med de vonde følelsene. Samtidig vil denne forståelsen kunne bidra til at vi bebreider oss selv i mindre grad og heller møter oss selv med vennlighet (Neff & Dahm, 2015).

Når man definerer selvmedfølelse kan det også være av betydning å skille dette fra andre nærliggende begreper. Det er spesielt tre nærliggende begreper som ofte blir sammenlignet med selvmedfølelse: selvtillit, selvmedlidenhet og oppmerksomt nærvær. I det følgende vil de mest sentrale forskjellene mellom selvmedfølelse og de tre begrepene bli belyst, for å gi et bedre bilde av hva som kjennetegner nettopp selvmedfølelse.

Selvmedfølelse versus selvtillit. Både selvmedfølelse og selvtillit (self-esteem) innebærer å føle på positive følelser rettet mot seg selv. Det som imidlertid skiller de to begrepene fra hverandre er hvor de positive følelsene stammer fra. Selvtillit referer til hvor mye vi liker eller verdsetter oss selv og baserer seg i stor grad på en evaluering av oss selv sammenlignet med andre (Neff, 2003a). Selvmedfølelse, derimot, stammer ikke fra en evaluering av oss selv som «god» eller «dårlig» og innebærer ikke at vi sammenligner oss

med andre. Tvert imot handler selvmedfølelse om å ikke dømme seg selv, men heller møte både sine sterke og svake sider med åpenhet og varme (Neff, 2003a). Forskning støtter at selvmedfølelse og selvtillit er relaterte, men samtidig distinkte begreper, både hos voksne (Neff & Vonk, 2009) og hos barn og ungdommer i alderen 9 til 16 år (Stolow, Zuroff, Young, Karlin & Abela, 2016).

Neff (2003a) argumenterer for hvorfor det er mer hensiktsmessig å øke selvmedfølelse enn selvtillit hos individer. Hun trekker frem at selvtillit har flere negative baksider, for eksempel at det kan lede til en overopptatthet av seg selv og narsissisme, mens hun mener at dette ikke er tilfellet for selvmedfølelse. I studien til Neff og Vonk (2009) fant de støtte for denne hypotesen. Resultatet viste at selvtillit var positivt assosiert med narsissisme hos voksne, mens det ikke var en signifikant sammenheng mellom selvmedfølelse og narsissisme. En annen studie av Barry, Loflin og Doucette (2015) fant at selvmedfølelse var negativt assosiert med narsissisme hos gutter i alderen 16 til 18 år. I tillegg viste studien til Neff og Vonk (2009) at selvmedfølelse ga mer beskyttelse mot blant annet sosial sammenligning, offentlig selv-bevissthet og selv-ruminering.

Selvmedfølelse versus selvmedlidenhet. Selvmedlidenhet fører ofte til et egosentrisk perspektiv, der individet blir oppslukt i sine egne følelser og problemer (Neff, 2003a). Det selvmedlidende individet opplever gjerne at han eller hun er den eneste som føler på denne smerten og glemmer at lidelse er en del av å være menneske. Individer som er selvmedfølende klarer imidlertid å være bevisst på at lidelse er noe alle mennesker kjenner på, som videre forsterker følelsen av tilhørighet til andre. Selvmedlidenhet kan sammenlignes med Neff (2003a) sin «overidentifisering». Begge begrepene refererer til å bli oppslukt i egne følelser slik at man mister evnen til å se situasjonen fra et mer objektivt og distansert perspektiv (Neff, 2003a).

Selvmedfølelse versus oppmerksomt nærvær. Oppmerksomt nærvær er, i likhet med selvmedfølelse, et fenomen som har sine røtter langt tilbake i tid i den buddhistiske kulturen. Begrepet refererer til å være oppmerksom og til stede i det som skjer her og nå (Brown & Ryan, 2003). Selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær har mange likhetstrekk, særlig med tanke på at oppmerksomt nærvær er en av de tre hovedkomponentene som utgjør selvmedfølelse. Begge begrepene handler om å rette oppmerksomheten mot vonde opplevelser med en aksepterende og ikke-dømmende holdning (Neff & Dahm, 2015). Forskning viser at begge disse ferdighetene er assosiert med bedre psykisk helse (Keng, Smoski & Robins, 2011; MacBeth & Gumley, 2012). Det finnes forøvrig forskning som støtter at selvmedfølelse i større grad enn oppmerksomt nærvær predikerer bedre psykisk helse hos voksne (Baer, Lykins & Peters, 2012).

Til tross for flere likhetstrekk argumenterer Neff og Dahm (2015) for at det er noen vesentlige forskjeller mellom selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær. De mener at selvmedfølelse er et mer omfattende begrep enn oppmerksomt nærvær ettersom det også inkluderer to andre elementer. I tillegg til å være oppmerksomt nærværende innebærer selvmedfølelse å aktivt gi seg selv støtte og omsorg i møte med lidelse, samtidig som man har en forståelse for at lidelse er en del av å være et menneske (Neff & Dahm, 2015). Videre hevder de at selvmedfølelse hovedsakelig innebærer å rette oppmerksomheten mot negative opplevelser, mens oppmerksomt nærvær som generelt begrep handler om å rette oppmerksomheten til både negative, positive og nøytrale opplevelser. I tillegg argumenterer de for at selvmedfølelse handler mer om individet i seg selv, det vil si hvordan man relaterer seg til seg selv, mens oppmerksomt nærvær fokuserer mer på selve opplevelsene. Forskning støtter at selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær er to separate konstrukt (Baer et al., 2012), samtidig som det også synes å være en signifikant assosiasjon mellom dem (Bluth & Blanton, 2014).

Utvikling av selvmedfølelse

Evnen til å være selvmedfølende innebærer at vi lærer å møte oss selv med varme og empati, på en ikke-dømmende måte (Gilbert & Procter, 2006). Selv om man fortsatt vet lite om hvordan selvmedfølelse utvikles (Bengtsson, Söderström & Terjestam, 2016), finnes det noe forskning som tyder på at de relasjonelle erfaringene med omsorgsgiver gjennom oppveksten er av stor betydning. Det er imidlertid viktig å påpeke at forskningen som finnes på området er korrelasjonell og kan kun gi en pekepinn på hvordan selvmedfølelse utvikles.

Betydningen av omsorgsmiljøet. Gilbert (2009) foreslår hvordan omsorgsgiver hjelper barnet i de tidlige leveårene til å utvikle evnen til å møte seg selv på en støttende og medfølende måte. En omsorgsgiver som klarer å møte barnet på en rolig og varm måte vil stimulere barnets emosjonsreguleringssystem slik at barnet klarer å roe seg. Gilbert (2009) kaller dette systemet for det beroligende systemet (soothing system). Aktivering av barnets beroligende system bidrar til positive følelser av trygghet, ro og sosial tilhørighet hos barnet. Nevrobiologisk forskning viser at slike positive følelser henger sammen med utskillelse av endorfiner og oxytocin (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005), som er to hormoner med betydning for henholdsvis velvære og tilknytning. På denne måten vil omsorgsgivers beroligende atferd påvirke barnets fysiologiske system. Videre hevder Gilbert (2009) at omsorgsgivers kjærlige atferd mot barnet vil stimulere utviklingen av neurale koblinger, slik at barnet får emosjonelle minner om å bli beroliget av andre. Disse lagrede minnene er grunnlaget for at barnet senere vil kunne berolige seg selv (Gilbert, 2009).

Basert på denne teorien kan en anta at individer som vokser opp i et trygt, varmt og omsorgsfullt miljø vil utvikle evnen til å være mer selvmedfølende. Flere studier finner støtte for denne hypotesen. Studier viser for eksempel at et harmonisk familiemiljø (Neff & McGehee, 2010); varme fra mor (Neff & McGehee, 2010; Temel & Atalay, 2018); positiv kommunikasjon innad familien (Berryhill, Harless & Kean, 2018); og en trygg tilknytningsstil

(Neff & McGehee, 2010; Pepping, Davis, O'Donovan & Pal, 2015; Peter & Gazelle, 2015) er assosiert med høyere nivå av selvmedfølelse.

I samsvar med Gilberts (2009) teori kan en anta at individer som vokser opp i konfliktfylte og utrygge miljøer vil være mindre selvmedfølende. For eksempel viser studier at avvisende og lite varme foreldre (Pepping et al., 2015); kritikk fra mor og et konfliktfylt og stressende familiemiljø (Neff & McGehee, 2010); en utrygg tilknytningsstil (Moreira, Gouveia, Carona, Silva & Canavorra, 2015; Neff & McGehee, 2010); og emosjonell mishandling gjennom oppveksten (Tanaka, Wekerle, Schmuck & Paglia-Boak, 2011) er assosiert med lavere nivå av selvmedfølelse. Ifølge Gilbert og Procter (2006) er det trolig at disse individene ikke har utviklet et godt nok beroligende system da de sannsynligvis har få erfaringer med å bli møtt av en beroligende og medfølende omsorgsgiver. I tillegg vil de trolig heller ikke ha lagrede emosjonelle minner av å bli beroliget. De mangler dermed gode internaliserte modeller for hvordan de kan berolige seg selv (Gilbert & Procter, 2006).

Oppmerksomt nærværende foreldrestil. En oppmerksomt nærværende foreldrestil (mindful parenting) har den siste tiden fått økt oppmerksomhet (Moreira, Gouveia & Canavarro, 2018) og har vist seg å være assosiert med høyere nivå av selvmedfølelse hos barn og ungdommer (Gouveia, Carona, Canavarro & Moreira, 2016; Moreira, Carona, Silva, Nunes & Canavarro, 2016; Moreira et al., 2018). En slik foreldrestil innebærer at omsorgsgiver er fullstendig til stede i relasjonen med barnet, med en ikke-dømmende og medfølende holdning mot både seg selv og mot barnet. Det innebærer at omsorgsgiver er bevisst på følelser hos seg selv og hos barnet, samt at omsorgsgiver viser gode selvregulerende ferdigheter i møte med barnet (Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009).

Moreira og kollegaer (2018) foreslår at en oppmerksomt nærværende foreldrestil kan påvirke utviklingen av selvmedfølelse hos barn gjennom to forskjellige prosesser. Den første prosessen involverer innlæring gjennom observasjon. Denne hypotesen bygger på at foreldre

som bruker en oppmerksomt nærværende foreldrestil har vist seg å være mer selvmedfølende (Gouveia et al., 2016; Moreira et al., 2016). Disse foreldrene vil derfor kunne modellere en god måte å møte seg selv på overfor barnet. På denne måten vil selvmedfølende foreldre indirekte påvirke utviklingen av barnets selvmedfølelse. Den andre prosessen involverer direkte innlæring gjennom relasjonen mellom omsorgsgiver og barnet. Denne antakelsen bygger på at foreldre som er oppmerksomme ser ut til å være mer tilgjengelige og omsorgsfulle, som muliggjør at barnet utvikler en trygg tilknytning (Duncan, 2009). En trygg tilknytning legger videre grunnlaget for at barnet utvikler et adekvat beroligende system, som deretter støtter barnets utvikling av evnen til å være selvmedfølende (Gilbert, 2009).

Sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse

Slik det ble nevnt innledningsvis kan det tenkes at selvmedfølelse kan være en forebyggende og beskyttende faktor mot psykisk uhelse hos barn og ungdommer. Det finnes flere studier som viser en positiv sammenheng mellom selvmedfølelse og bedre psykisk helse hos voksne (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015; MacBeth & Gumley, 2012). Dette feltet har imidlertid ikke blitt like mye forsket på blant barn og ungdommer, men de forskningsresultater som finnes i dag samsvarer i stor grad med resultater hos voksne.

En nylig publisert metaanalyse av Marsh og kolleger (2018), som inkluderer 19 studier, viser at selvmedfølelse er assosiert med redusert depresjon, angst og stress hos barn og ungdommer i alderen 10 til 19 år. Andre studier viser at selvmedfølelse er assosiert med økt livstilfredshet, redusert negativ affekt og mindre opplevd stress (Bluth & Blanton, 2015); økt sosial tilhørighet (Neff & McGehee, 2010); økt grad av nysgjerrighet/utforskning og resiliens (Bluth, Mullarkey & Lathren, 2018); mindre selvskading og selvmordsforsøk (Xavier, Pinto-Gouveia & Cunha, 2016); og mindre rusmisbruk (Tanaka, Wekerle, Schmuck & Paglia-Boak, 2011) blant barn og ungdommer i alderen 11 til 19 år. Selvmedfølelse synes

dermed å være en indre psykologisk ressurs som virker beskyttende på barns og ungdommers psykiske helse (Moreira et al., 2018).

Kjønns- og aldersforskjeller i selvmedfølelse

I og med at selvmedfølelse synes å være en beskyttende faktor mot psykiske vansker, er det viktig å undersøke om det synes å være kjønns- og aldersforskjeller i selvmedfølelse blant barn og ungdommer. Det finnes noe forskning på dette området, der flere studier peker på at det er forskjeller i selvmedfølelse mellom ulike grupper.

Det er flere studier som tyder på at det er en kjønnsforskjell i nivå av selvmedfølelse blant ungdommer mellom 14 og 18 år. Flere forfattere rapporterer at jenter i denne aldersgruppen har et lavere nivå av selvmedfølelse enn gutter på samme alder (Bluth & Blanton, 2015; Bluth, Campo, Futch & Gaylord, 2017; Muris, Meesters, Pierik & de Kock, 2016). Videre fant to av disse studiene ingen signifikant forskjell i nivå av selvmedfølelse mellom jenter og gutter i alderen 11 til 14 år (Bluth & Blanton, 2015; Muris, Meesters, et al., 2016). Resultatet fra studien til Muris, Meesters og kolleger (2016) viste imidlertid ingen signifikante kjønnsforskjeller når de analyserte hele utvalget samlet, det vil si både de yngre og eldre ungdommene sammen.

Det er også flere studier som tyder på at det er aldersforskjeller i nivå av selvmedfølelse. Studier indikerer at jenter i de sene ungdomsårene har lavere selvmedfølelse enn både jenter og gutter i de tidlige ungdomsårene (Bluth & Blanton, 2015; Bluth, Campo, et al., 2017). En studie av Bengtsson og kolleger (2016) fant at selvmedfølelse var lavere hos både jenter og gutter i 14-års alder sammenlignet med barn i 12-års alder. I tillegg fant de at jenter i 14-års alder, men ikke gutter, ble mer selv-dømmende, følte seg mer isolerte og ble mer opptatt av sine egne problemer enn barn i 12-års alderen.

Det finnes imidlertid noen studier på området som ikke finner kjønns- og aldersforskjeller i selvmedfølelse blant ungdommer. I en studie av Neff og McGehee (2010)

fant de ingen signifikant forskjell i nivå av selvmedfølelse blant jenter og gutter i alderen 14 til 17 år. I en annen studie av Moreira og kolleger (2018), som inkluderte et utvalg av gutter og jenter i alderen 12 til 21 år, fant de heller ingen signifikante forskjeller, hverken mellom kjønnene eller mellom ulike aldersgrupper. Med bakgrunn i at forskningen på dette området viser noe motstridende resultater, samt at det finnes begrenset med studier på området, er det behov for flere studier for å kunne trekke sikrere konklusjoner angående kjønns- og aldersforskjeller i nivå av selvmedfølelse hos barn og ungdommer.

Videre er det også noen studier som har undersøkt om det er kjønns- og aldersforskjeller i sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse. Bluth og Blanton (2015) fant at det var en sterkere negativ korrelasjon mellom selvmedfølelse og negativ affekt hos både jenter og gutter i alderen 11 til 14 år sammenlignet med ungdommer i alderen 14 til 18 år. I studien til Bluth, Campo og kolleger (2017) fant de at jenter og gutter på videregående som rapporterte lave eller moderate nivåer av selvmedfølelse hadde et høyere nivå av depressive symptomer enn de som rapporterte et høyt nivå av selvmedfølelse. I tillegg rapporterte forfatterne at et høyere nivå av selvmedfølelse blant gutter på videregående hadde en mer beskyttende effekt på angst enn hos jenter. Disse resultatene tyder på at selvmedfølelse kan ha en beskyttende rolle mot psykopatologi hos både gutter og jenter i ungdomsårene.

Måleinstrumenter for å måle selvmedfølelse

Med tanke på at denne oppgaven ønsker å undersøke om det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer, kan det være hensiktsmessig å også få kjennskap til hvordan man kan måle selvmedfølelse. Før oppgaven beveger seg videre inn på dens problemstillinger vil det bli redegjort for hvilke måleinstrumenter som finnes i dag for å måle selvmedfølelse.

Selvmedfølelsesskala (SCS). Neff (2003b) har utviklet en selvmedfølelsesskala (Self-Compassion Scale, SCS) for å måle selvmedfølelse. SCS er et selvrapporteringskjema som består av 26 ledd. De 26 leddene er knyttet opp mot de seks komponentene som selvmedfølelse består av: de positive komponentene selv-vennlighet, fellesmenneskelighet og oppmerksomt nærvær samt de negative komponentene selv-fordømmelse, isolasjon og overidentifisering. Spørsmålene i spørreskjemaet handler om hvordan man typisk vil behandle seg selv når man har det vanskelig, for eksempel «jeg er snill med meg selv når jeg har det vondt og vanskelig» (selv-vennlighet) og «når jeg mislykkes med noe som er viktig for meg, pleier jeg å føle at jeg er alene om å være mislykket» (isolasjon). Respondenten gir en skåre mellom 1 (nesten aldri) og 5 (nesten alltid) på hvert ledd. Skårene på de negative leddene blir reversert, for eksempel blir en skåre på 5 reversert til 1. Skalaen gir seks subskårer og en totalskåre. En høy totalskåre tyder på et generelt høyt nivå av selvmedfølelse.

Forskning finner støtte for at SCS er et reliabelt og valid verktøy for å måle selvmedfølelse hos voksne (Neff, 2003b; Neff, 2016). Videre er det forskning som støtter at SCS både kan brukes til å gi en totalskåre på selvmedfølelse og til å undersøke de seks komponentene som selvmedfølelse består av (Neff et al., 2019). Selvmedfølelses-skalaen har blitt oversatt og publisert på 17 forskjellige språk (Neff et al., 2019), inkludert norsk (Dundas, Svendsen, Wiker, Granli & Schanche, 2016).

En amerikansk studie av Neff og McGehee (2010) fant støtte for at SCS også er et reliabelt mål på selvmedfølelse hos ungdommer i alderen 14 til 17 år. Stolow og kollegaer (2016) har også prøvd ut SCS med barn og ungdommer i alderen 9 til 16 år i USA. De brukte de samme leddene som i originalversjonen, men med et forenklet språk tilpasset aldersgruppen. De fant støtte for at denne versjonen av SCS er et reliabelt og valid mål på selvmedfølelse hos barn og ungdommer. I tillegg fant de støtte for at selvmedfølelse kan deles inn i to faktorer: en faktor som inkluderer de positive komponentene og en faktor som

inkluderer de negative komponentene. Det har også blitt utviklet ulike versjoner av SCS, som i det følgende vil bli kort beskrevet.

Selvmedfølelsskala-kort versjon (SCS-SF). Denne skalaen (Self-Compassion Scale-Short Form, SCS-SF) er en forkortet versjon av SCS og består av 12 ledd. Forskning viser at SCS-SF viser høy korrelasjon med den lange versjonen, samt at den er et reliabelt og valid verktøy hos voksne (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). I tillegg fant Raes og kolleger (2011) den samme faktorstrukturen som hos SCS, noe som indikerer at også SCS-SF kan brukes til å gi en totalskåre og seks subskårer.

Forkortet selvmedfølelsskala for ungdommer (S-SCS-A). Muris, Meesters og kolleger (2016) har modifisert selvmedfølelsskalaen slik at det også finnes en versjon tilpasset ungdommer (Shortened Self-Compassion Scale for Adolescents, S-SCS-A). Denne skalaen består kun av de tre positive komponentene, det vil si selv-vennlighet, fellesmenneskelighet og oppmerksomt nærvær. I tillegg har språket blitt forenklet. I denne nederlandske studien fant Muris, Meesters og kolleger (2016) støtte for at S-SCS-A er et reliabelt og valid måleinstrument av selvmedfølelse hos ungdommer i alderen 12 til 17 år.

Selvmedfølelsskala for barn (SCS-C). Det finnes også en skala for yngre barn (Self-Compassion Scale for Children, SCS-C), som har blitt utviklet av Sutton, Schonert-Reichl, Wu og Lawlor (2018). Skalaen består av de samme leddene som i SCS-SF for voksne, men med et språk som er tilpasset barn. Sutton og kolleger (2018) fant støtte for at skalaen er et reliabelt og valid måleinstrument hos barn i alderen 8 til 12 år. Videre fant de at de positive komponentene og de negative komponentene reflekterer to forskjellige konstrukt, noe som indikerer at man bør undersøke de positive og negative komponentene separat hos barn.

Oppgavens problemstillinger

Oppgaven har hittil belyst hvordan selvmedfølelse ser ut til å utvikles gjennom den trygge, varme og omsorgsfulle relasjonen til omsorgsgiveren. I tillegg har det blitt trukket

frem hvordan selvmedfølelse forstås som en indre psykologisk ressurs, da flere studier rapporterer at selvmedfølelse virker beskyttende på barns og ungdommers psykiske helse. Selvmedfølelse kan derfor sies å være en viktig evne som kan være hensiktsmessig å øke hos denne populasjonen. Det er imidlertid ikke gitt at alle vil utvikle denne evnen gjennom familiemiljøet i tilstrekkelig grad. For noen individer kan det tenkes at det er mer hensiktsmessig å lære seg hvordan man kan bli mer selvmedfølelse, spesielt i tilfeller der det er vanskelig å påvirke familiemiljøet. Med tanke på at forskning på voksne indikerer at det er mulig å bli mer selvmedfølelse gjennom terapeutiske intervensjoner (Ferrari et al., 2019), ønsker denne oppgaven å undersøke om forskning i dag gir en indikasjon på om det også er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner.

Opgaven ønsker spesifikt å se nærmere på hvilke terapeutiske intervensjoner med hensikt om å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer som eksisterer i dag, samt om noen intervensjoner synes å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse. I oppgaven vil begrepet barn omfatte alle individer fra 0 til 12 år, mens begrepet ungdom vil referere til individer fra 13 til 18 år. Videre vil oppgaven undersøke om slike intervensjoner synes å påvirke selvmedfølelse i ulik grad hos jenter og gutter. Det er også ønskelig å undersøke hvorvidt intervensjonsstudiene i oppgaven finner støtte for at økt selvmedfølelse er assosiert med bedre psykisk helse hos barn og ungdommer. De fire underproblemstillingene i oppgaven er dermed følgende:

1. Kan terapeutiske intervensjoner bidra til økt selvmedfølelse hos barn og ungdommer?
2. Synes noen terapeutiske intervensjoner å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer?
3. Synes terapeutiske intervensjoner å påvirke selvmedfølelse hos jenter og gutter i ulik grad?

4. Finner intervensjonsstudiene støtte for at det er en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og bedre psykisk helse blant barn og ungdommer?

Metode

For å besvare oppgavens problemstillinger ble det gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang. Fremgangsmåten for litteratursøket vil i det følgende bli nærmere beskrevet etterfulgt av valg av metode for kvalitetsvurdering.

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

For å bli inkludert i litteraturgjennomgangen måtte studien være en intervensjonsstudie som undersøkte om den terapeutiske intervensjonen hadde effekt på barns og ungdommers selvmedfølelse. Utvalget i studien måtte ha en gjennomsnittsalder under 18 år. Studien måtte bruke selvmedfølelsesskalaen basert på SCS (Neff, 2003b) for å måle selvmedfølelse før og etter intervensjonen. Alle studier som har brukt ulike versjoner av selvmedfølelsesskalaen ble inkludert, det vil si både studier som har brukt skalaen for voksne og for barn, samt både kort og lang versjon. I tillegg måtte studien være på engelsk eller et skandinavisk språk. Ettersom dette feltet kun har eksistert siden 2003, da Neff (2003a) for første gang definerte begrepet selvmedfølelse, er det forventet at det ikke finnes så mye forskning på området enda. Alle studier uavhengig design ble derfor inkludert i litteraturgjennomgangen.

Studier som inkluderte et utvalg med en gjennomsnittsalder over 18 år ble ekskludert. I tillegg ble alle studier som ikke målte selvmedfølelse før og etter intervensjonen med en selvmedfølelsesskala basert på SCS (Neff, 2003b) ekskludert. Doktoravhandlinger og studier som ikke var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter ble også ekskludert.

Litteratursøk

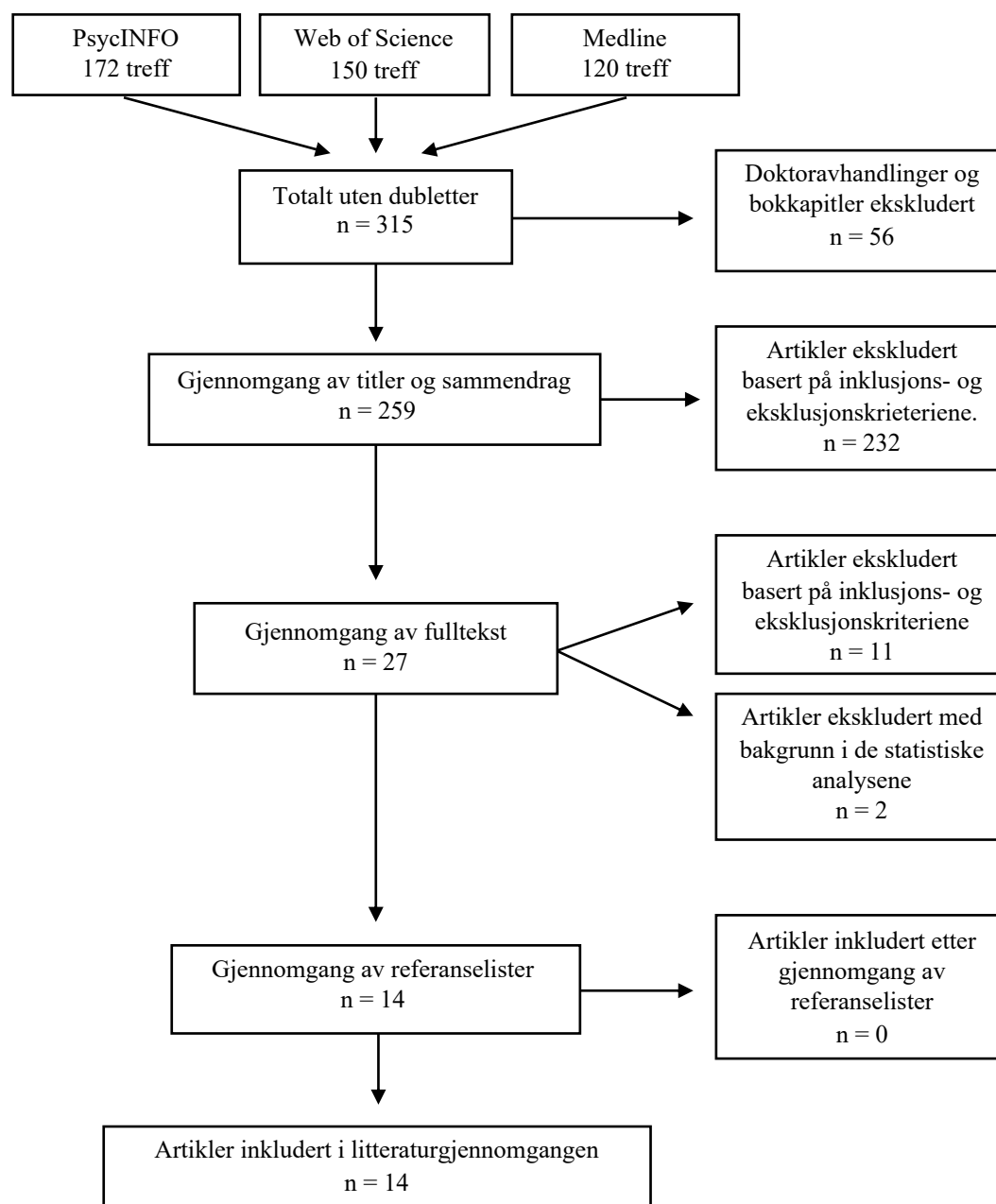
Det ble først gjennomført flere usystematiske pilotsøk i PsycINFO for å undersøke hvilke kombinasjoner av ord som ga flest relevante studier. Basert på pilotsøket ble følgende

søkeord benyttet i det systematiske litteratursøket: («*self-compassion**» OR *compassion ADJ3 sel**) AND (*child OR children OR kid* OR adolescen* OR youth* OR teen* OR youngster**) AND (*intervention* OR treatment* OR program* OR therap* OR mindful* OR meditat**).

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i databasene PsycINFO (OvidSP), Web of Science og Medline (OvidSP) den 28.01.2019. De samme søkeordene ble benyttet i alle databaser, med unntak av *compassion ADJ3 sel** som ble brukt i PsycINFO og Medline, mens tilsvarende *compassion near/2 sel** ble brukt i Web of Science. Nærhetsoperatorerne (ADJ/near), som presiserer maks antall ord mellom de gitte søkeordene, ble benyttet for å sikre at studier som har omtalt selvmefølelse uten å bruke begrepet direkte ble fanget opp. Trunkering (*), det vil si åpen endelse på ordstamme, ble benyttet på flere av ordene slik at begrepet uavhengig endelse ble fanget opp. Litteratursøket ble ikke begrenset til en viss tidsperiode, da pilotsøket tydet på at det var begrenset med forskning på området.

Søket ga 172 treff i PsycINFO, 150 treff i Web of Science og 120 treff i Medline. Samlet gav søkene 315 treff etter fjerning av dubletter. Deretter ble doktoravhandlinger og bokkapitler ekskludert og det gjenstod 259 treff. Av disse ble tittel og sammendrag gjennomgått og vurdert med bakgrunn i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Etter utsiling av artikler basert på tittel og sammendrag gjenstod 27 studier, som videre ble gjennomgått i fulltekst for en nærmere vurdering. Etter gjennomlesing i fulltekst ble 16 studier vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene, mens de resterende 11 studiene ble ekskludert med bakgrunn i eksklusjonskriteriene. Av de 16 studiene ble imidlertid to studier ytterligere ekskludert. Den ene studien ble ekskludert på grunn av manglende analyse av funnene knyttet til selvmefølelse. Den andre studien viste seg å være samme studie som én av de andre inkluderte studiene, men med noen ekstra analyser som ikke var relevante for denne oppgaven.

I tillegg ble referanselistene til alle 14 artikler gjennomgått for å kontrollere om det fantes flere relevante studier som ikke ble fanget opp i litteratursøket. Gjennomgang av referanselistene resulterte ikke i flere inkluderte studier. Se figur 1 for en oversikt over litteratursøket.



Figur 1. Flytdiagram som illustrerer prosessen i litteratursøket.

Metode for kvalitetsvurdering

For å vurdere metodisk kvalitet på de inkluderte studiene ble det tatt utgangspunkt i Öst (2008) sitt vurderingsskjema for psykoterapeutiske utfallsstudier. Hans vurderingsskjema består av 22 ledd og blir benyttet for å vurdere randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). De inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen bestod av flere forskjellige design, hvorav kun et fåtall var RCT-studier. Likevel er flere ledd foreslått av Öst (2008) nyttige for å vurdere metodisk kvalitet på intervensjonsstudier uavhengig design. Det ble dermed vurdert som hensiktsmessig å benytte en egen tilpasning av Öst (2008) sitt vurderingsskjema, der 13 av de 22 leddene ble inkludert. De leddene som rettet seg spesifikt mot RCT-studier ble ekskludert. I tillegg ble også de leddene som rettet seg spesifikt mot diagnoser ekskludert, da det kun var én studie i denne litteraturgjennomgangen som bestod av et klinisk utvalg.

De utvalgte leddene gir en vurdering av følgende faktorer: 1) klarhet i utvalgsbeskrivelsen, 2) utfallsmålenes reliabilitet og validitet, 3) tildeling til behandling, 4) design, 5) måletidspunkt, 6) manualisert, replikerbart, spesifisert behandlingsmanual, 7) antall terapeuter, 8) terapeutens utdanning/erfaring, 9) kontroll av overholdelse av behandling, 10) kontroll av terapeutkompetanse, 11) kontroll av samtidig behandling, 12) håndtering av frafall og 13) statistisk analyse og presentasjon av resultater. Hvert ledd blir vurdert som 0 (dårlig), 1 (rimelig) eller 2 (god). Maksimum skåre som kan oppnås etter skåring av de 13 leddene er 26. Se appendiks A for en beskrivelse av kriteriene for å oppnå de ulike skårene knyttet til hvert ledd.

Resultat

Litteratursøket resulterte i 14 aktuelle studier for denne litteraturgjennomgangen (se tabell 1 for oversikt). Studiene ble publisert i tidsrommet 2014 til 2018. Majoriteten av

studiene ble utført i USA. I tillegg inkluderer litteraturgjennomgangen to studier utført i Australia, én i England og én i Portugal.

I resultatdelen vil det først presenteres deskriptiv informasjon om de inkluderte studiene, samt vurdering av metodisk kvalitet. Deretter vil det redegjøres for funn som er relevante for oppgavens problemstillinger.

Tabell 1

Oversikt over de inkluderte studiene

Studie	Design	Utvalg ¹	Frafall ²	Intervensjon ³	Måletidspunkt	Utfallsmål (måleinstrument)	Funn relatert til selvmedfølelse ⁴
Bluth, Campo, et al. (2016) USA	RCT (pilot)	n = 27 Alder: gjennomsnittlig 17 39 % jenter Ungdommer som strevde akademisk	8	«Lære å puste» (basert på MBSR)	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Sosial tilhørighet (SOC) Opplevd stress (PSS) Angst (STAI) Depressivitet (SMFQ)	Ingen økning i selvmedfølelse.
Bluth & Eisenlohr-Moul (2017) USA	Pre-post	n = 47 Alder: 11-17 51 % jenter Barn og ungdommer fra normalbefolkningen	2	«Bli venn med deg selv: Et program i oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse for ungdommer»	Pre, post og ved 6 ukers oppfølging	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Opplevd stress (PSS) Angst (STAI) Depressivitet (SMFQ) Resiliens (BRS) Nysgjerrighet/utforskning (CEI-II) Takknemlighet (GQ-Youth)	Moderat økning i selvmedfølelse. Effekten vedvarte ved oppfølging. Ingen forskjell mellom jenter og gutter i økning av selvmedfølelse. Selvmedfølelse korrelerte med opplevd stress, depressive symptomer, resiliens og nysgjerrighet/utforskning.
Bluth, Gaylord, et al. (2016) USA	Randomisert venteliste-kontroll (pilot)	n = 34 Alder: 14-17 74 % jenter Ungdommer fra normalbefolkningen	5	«Bli venn med deg selv: Et program i oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse for ungdommer»	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Livstilfredshet (SLSS) Opplevd stress (PSS) Sosial tilhørighet (SOC) Positiv og negativ affekt (PANAS) Angst (STAI) Depressivitet (SMFQ)	Moderat økning i selvmedfølelse. Økt selvmedfølelse predikerte økning i livstilfredshet og reduksjon i symptomer på angst og opplevd stress.
Bluth, Roberson & Girdler (2017) USA	Pre-post (pilot)	n = 16 Alder: 13-18 62 % jenter Ungdommer fra normalbefolkningen	1	«Lære å puste» (basert på MBSR)	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Livstilfredshet (SLSS) Opplevd stress (PSS) Positiv og negativ affekt (PANAS) Angst (STAI) Fysiologiske mål	Liten økning i selvmedfølelse hos jenter. Liten reduksjon i selvmedfølelse hos gutter ⁵ .

Bluth et al. (2015) USA	Pre-post (pilot)	n = 28 Alder: 10-18 57 % jenter Barn og ungdommer fra normalbefolkningen	Ikke oppgitt	«Lære å puste» (basert på MBSR)	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Livstilfredshet (SLSS) Opplevd stress (PSS)	Liten økning i selvmedfølelse. Selvmedfølelse korrelerte med oppmerksomt nærvær, livstilfredshet og opplevd stress. Nivå av selvmedfølelse ved oppstart predikerte opplevd stress ved avslutning.
de Carvalho et al. (2017) Portugal	Kvasi-eksperiment	n = 454 Alder: gjennomsnittlig 8 48,5 % jenter Barn fra normalbefolkningen	Ikke oppgitt	«MindUP» (basert på oppmerksomt nærvær)	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-C) Oppmerksomt nærvær (MAAS-C) Emosjonell kontroll (ERQ-CA) Positiv og negativ affekt (PANAS)	Ingen økning i selvmedfølelse.
Edwards et al. (2014) USA	Pre-post (pilot)	n = 30 Alder: 12-17 60 % jenter Barn og ungdommer fra normalbefolkningen	10	MBSR-T	2 uker før, ved oppstart og ved 8 ukers oppfølging	Selvmedfølelse (SCS) Oppmerksomt nærvær (MAAS-A) Opplevd stress (PSS) Depresjon, angst og fiendtlighet (SCL-90-R)	Økning i selvmedfølelse.
Galla (2016) USA	Pre-post	n = 132 Alder: 13-20 61 % jenter Ungdommer og unge voksne som opplevde å være stresset	27	Meditasjons-retreat	Pre, post og ved 3 måneders oppfølging	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (MAAS-A og FFMQ) Opplevd stress (PSS) Livstilfredshet (SLSS) Positiv og negativ affekt (PANAS) Depressivitet (CES-DC) Ruminering (RRQ)	Moderat økning i selvmedfølelse. Effekten vedvarte ved oppfølging. Økt selvmedfølelse predikerte økning i positiv affekt og livstilfredshet, samt reduksjon i ruminering, negativ affekt og depressive symptomer hos begge kjønn. Økt selvmedfølelse predikerte en reduksjon i opplevd stress hos jenter, men ikke hos gutter.

Galla (2017) USA	Kvasi-eksperiment	n = 80 Alder: 14-19 61 % jenter Ungdommer og unge voksne fra normalbefolkningen	1	Meditasjons-retreat	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-SF) Oppmerksomt nærvær (MAAS-A) Selvregulering (RRF og MCQ) Positiv og negativ affekt (PANAS-SF) Opplevd stress (PSS) Depressivitet (CES-DC) Takknemlighet (skala fra 1-5) Arbeidshukommelse (Osplan) Foreldrerapportering: Selvkontroll (DSSCS-C og BRIEF) Positiv og negativ affekt (PANAS-SF) Takknemlighet (skala fra 1-5)	Moderat økning i selvmedfølelse. Ingen forskjell mellom jenter og gutter i økning av selvmedfølelse. Selvmedfølelse korrelerte med oppmerksomt nærvær. Økt selvmedfølelse predikerte økning i positiv affekt og takknemlighet, samt reduksjon i opplevd stress, depressive symptomer og negativ affekt.
Johnson et al. (2016) Australia	RCT	n = 308 Alder: gjennomsnittlig 13 47,7 % jenter Ungdommer fra normalbefolkningen	50 ⁶	«Vær – oppmerksomt nærvær i skoler»	Pre, post og ved 11 ukers oppfølging	Selvmedfølelse (SCS) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Emosjonsregulering (DERS) Angst og depressivitet (DASS-21) Misnøye med kroppsform og vekt (EDE-Q) Velvære (WEMWBS)	Ingen økning i selvmedfølelse.
Kang et al. (2018) USA	RCT (pilot)	n = 101 Alder: gjennomsnittlig 11 46 % jenter Barn fra normalbefolkningen	1	Oppmerksomt nærvær og meditasjon	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS) Oppmerksomt nærvær (CAMS-R) Velvære (STAI-C)	Ingen økning i selvmedfølelse. Selvmedfølelse korrelerte med positiv affekt hos jenter, men ikke hos gutter.
Racey et al. (2018) England	Pre-post (pilot)	n = 25 Alder: 14-18 100 % jenter Ungdommer med depresjon, med eller uten komorbid angstlidelse	7	MBCT tilpasset ungdom	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS) Oppmerksomt nærvær (MAAS-A) Depresjon (BDI-II) Ruminering (RRS) Desentrering (EQ-Decentring)	Økning i selvmedfølelse.

Stapleton et al. (2016) Australia	Randomisert venteliste-kontroll (pilot)	n = 26 Alder: 14-15 50 % jenter Ungdommer fra normalbefolkningen	8	Emosjonell frihetsteknikk	Pre, post og ved 10 ukers oppfølging	Selvmedfølelse (SCS-SF) Selvfølelse (RSEQ) Psykologisk distress (DASS-21) Spiseatferd (YAQ)	Ingen økning i selvmedfølelse sammenlignet med kontrollgruppen. Fant en økning i selvmedfølelse innad deltakerne i intervensjonsgruppen. Denne effekten vedvarte ved oppfølging.
Viafora et al. (2015) USA	Kvasi-eksperiment	n = 63 Alder: 11-13 52 % jenter Barn og ungdommer fra normalbefolkningen eller som levde/hadde levd i et midlertidig bosted for hjemløse	Ikke oppgitt	Kurs i oppmerksomt nærvær	Pre og post	Selvmedfølelse (SCS-C) Oppmerksomt nærvær (CAMM) Psykologisk infleksibilitet (AFQ-Y)	Ingen økning i selvmedfølelse.

Notat. AFQ-Y = Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; BRIEF = Behavior Rating Inventory of Executive Function; BRS = Brief Resilience Scale; CAMM = Children and Adolescent Mindfulness Measure; CAMS-R = Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; CEI-II = Curiosity and Exploration Inventory-II; CES-DC = Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale-21; DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale; DSSCS-C = Domain-Specific Self Control Scale for Children; EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire; ERQ-CA = Emotional Regulation Questionnaire-Children and Adolescent; EQ-Decentring = Experiences Questionnaire Decentring Subscale; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; GQ-Youth = the youth version of the Gratitude Questionnaire; MAAS-A = Mindful Attention Awareness Scale-Adolescent; MAAS-C = Mindful Attention Awareness Scale-Children; MCQ = Monetary-Choice Questionnaire; Ospan = Operation Span Task; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; PANAS-SF = Positive and Negative Affect Schedule-Short Form; PSS = Perceived Stress Scale; RRF = Reflexive Reaction to Feelings; RRQ = Rumination-Reflection Questionnaire; RRS = Rumination Response Scale; RSEQ = Rosenberg Self-Esteem Scale; SCL-90-R = Symptom Check List-90-Revised; SCS = Self-Compassion Scale; SCS-C = Self-Compassion Scale-Children; SCS-SF = Self-compassion Scale-Short Form; SLSS = Student's Life Satisfaction Scale; SMFQ = Short Mood and Feelings Questionnaire; SOC = Social Connectedness Scale; STAI = Spielberger State Anxiety Inventory; WEMWBS = Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale; YAQ = Youth Adolescent Food Frequency Questionnaire-Short Version.

¹ Inkluderer alle deltakere ved oppstart av intervensjonen.

² Inkluderer deltakere som ikke fullførte studien og/eller som ikke ble inkludert i de statistiske analysene.

³ Intervensjonene er oversatt til norsk. Se appendiks B for oversikt over opprinnelig betegnelse av de ulike intervensjonene.

⁴ Viser til signifikante funn som er relevant for oppgavens problemstillinger. I studier der effektstørrelse er oppgitt er effekten gradert etter Cohen (1988) sine kriterier (0,2=liten effekt, 0,5=moderat effekt og 0,8=stor effekt).

⁵ Grunnet liten størrelse på utvalget valgte forfatterne i denne studien å tolke resultatet basert på effektstørrelse, ikke på signifikansnivå.

⁶ Deltakerne som ikke fullførte hele studien ble likevel inkludert i det endelige utvalget og i de statistiske analysene.

Deskriptiv informasjon om de inkluderte studiene

Utvalg. Deltakerne i studiene var i alderen 7 til 20 år. Studier med deltakere opp til 20 år ble inkludert da gjennomsnittsalderen i disse studiene var under 18 år. Utvalgsstørrelsen var mellom 15 og 454 deltakere. Videre i oppgaven vil omtale av utvalg referere til antall deltakere som fullførte hele studien og/eller som ble inkludert i de statistiske analysene. Andelen jenter i studiene varierte fra 39 % opptil 74 %, med unntak av én studie (Racey et al., 2018) der alle deltakere var jenter.

I 13 av 14 studier bestod utvalget av en ikke-klinisk populasjon. I tre studier var deltakerne selv-rekrutterte ungdommer med interesse for meditasjon eller oppmerksomt nærvær (Bluth, Roberson, & Gaylord, 2015; Galla, 2016; Galla, 2017). I de øvrige ti studiene ble deltakerne rekruttert via skoler og/eller via markedsføring i kommunen (Bluth, Campo, et al., 2016; Bluth, & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Gaylord, Campo, Mullarkey, & Hobbs, 2016; Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; de Carvalho, Pinto, & Maroco, 2017; Edwards, Adams, Waldo, Hadfield, & Biegel, 2014; Johnson, Burke, Brinkman, & Wade, 2016; Kang et al., 2018; Stapleton et al., 2016; Viafora, Mathiesen, & Unsworth, 2015).

I tre studier måtte deltakerne oppfylle noen spesifikke krav for å bli inkludert. I en studie var inklusjonskriteriet at deltakerne ikke hadde en psykisk- eller nevrologisk lidelse som i stor grad kunne begrense deltakelse i studien (Edwards et al., 2014). I to andre studier var inklusjonskriteriene at deltakerne skåret under 13 (Bluth, Gaylord, et al. 2016) og 10 (Bluth, Roberson, & Girdler, 2017) på en depresjonsskala (Kutcher Adolescent Depression Scale), samt at de ikke hadde tanker om selvskaiding eller selvmord.

I to studier bestod utvalget av en sårbar gruppe individer. Den ene gruppen ble definert som høyrisiko ungdommer som strevde akademisk (Bluth, Campo, et al., 2016), mens utvalget i den andre studien bestod til dels av barn og ungdommer som nylig hadde levd eller for tiden levde i et midlertidig bosted for hjemløse familier (Viafora et al., 2015).

Kun én studie inkluderte en klinisk populasjon (Racey et al., 2018). I denne studien bestod utvalget av ungdommer som delvis hadde tilfrisknet fra en depresjon, enten med eller uten komorbid generalisert- eller fobisk angstlidelse.

Design. Alle de inkluderte studiene benyttet kvantitative metoder. To studier benyttet en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode (Bluth, Gaylord, et al., 2016; Racey et al., 2018). Totalt var det åtte pilotstudier, som innebærer at studien blir prøvd ut i liten skala før det eventuelt blir foretatt en lignende studie med et større utvalg (Bluth, Campo, et al., 2016; Bluth, Gaylord, et al., 2016; Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; Bluth et al., 2015; Edwards et al., 2014; Kang et al., 2018; Racey et al., 2018; Stapleton et al., 2016).

Tre studier var randomiserte kontrollerte studier (Bluth, Campo, et al., 2016; Johnson et al., 2016; Kang et al., 2018). I disse studiene ble intervensjonsgruppen sammenlignet med en aktiv kontrollgruppe. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til enten intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. I kontrollgruppen fikk deltakerne en annen type undervisning i samme omfang som intervensjonsgruppen.

To studier benyttet et randomisert venteliste-kontroll design (Bluth, Gaylord, et al., 2016; Stapleton et al., 2016). I disse studiene ble intervensjonsgruppen sammenlignet med ventelisten. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til enten intervensjonsgruppen eller ventelisten.

Tre studier var kvasi-eksperimentelle (de Carvalho et al., 2017; Galla, 2017; Viafora et al., 2015). Studiene inkluderte en kontrollgruppe, men deltakerne ble ikke randomisert til intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Kontrollgruppen i disse studiene var ventelisten.

Seks studier var pre-post studier (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; Bluth et al., 2015; Edwards et al., 2014; Galla, 2016; Racey et al., 2018). Med pre-post studier menes studier som har undersøkt endringer i utfallsmål mellom ulike måletidspunkter og som ikke har inkludert en kontrollgruppe.

Måletidspunkt. Alle studier i litteraturgjennomgangen inkluderte ett måletidspunkt ved baseline og etter avsluttet intervensjon. I tillegg hadde fem av studiene ett ekstra måletidspunkt enten i forkant eller i etterkant av intervensjonen. I disse studiene hadde de et oppfølgingsmål etter seks uker (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017), etter ti uker (Stapleton et al., 2016), etter elleve uker (Johnson et al., 2016) og etter tre måneder (Galla, 2016). I en studie målte de selvmedfølelse to uker før oppstart, rett før oppstart og åtte uker etter avslutning (Edwards et al., 2014).

Utfallsmål. Alle studier benyttet selvrappoterering som metode for innhenting av informasjon. I tillegg har én studie brukt foreldrerappoterering (Galla, 2017).

Studiene har brukt ulike versjoner av selvmedfølelsesskalaen for å måle selvmedfølelse hos deltakerne. Fem studier brukte den lange versjonen av selvmedfølelsesskalaen for voksne (Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; Edwards et al., 2014; Johnson et al., 2016; Kang et al., 2018; Racey et al., 2018), syv studier brukte den korte versjonen av selvmedfølelsesskalaen for voksne (Bluth, Campo, et al., 2016; Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Gaylord, et al., 2016; Bluth et al., 2015; Galla, 2016; Galla, 2017; Stapleton et al., 2016) og to studier brukte en modifisert selvmedfølelsesskala for barn (de Carvalho et al., 2017; Viafora et al., 2015). Den sistnevnte skalaen var lik den lange versjonen av selvmedfølelsesskalaen for voksne, men med et tilpasset språk for barn. Skalaen var ikke publisert eller validert på forhånd. Forfatterne i begge studiene rapporterte at skalaen ble brukt etter anbefaling av Kristin Neff.

Studiene inkluderte også en rekke andre utfallsmål i tillegg til selvmedfølelse (se tabell 1 for oversikt over alle utfallsmål i studiene). I og med at denne oppgaven ønsker å undersøke om terapeutiske intervensjoner kan øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer, samt om det er en sammenheng mellom selvmedfølelse og psykisk helse, vil det kun redegjøres for

resultater knyttet til selvmedfølelse. Øvrige utfallsmål og deres resultater vil ikke bli belyst i oppgaven, da det ikke er relevant for å besvare oppgavens problemstillinger.

I elleve studier ble effektstørrelsen oppgitt. I tre av disse målte de effektstørrelsen ved hjelp av Hedges's g (Bluth, Campo, et al., 2016; Bluth, Gaylord, et al., 2016; Bluth et al., 2015) og i de resterende benyttet de seg av Cohen's d (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; de Carvalho et al., 2017; Galla, 2016; Galla, 2017; Johnson et al., 2016; Viafora et al., 2015). Hedges's g er i stor grad lik Cohen's d , men Hedges's er anbefalt å brukes i studier med få deltakere da den kan korrigere for skjevheter i små utvalg (Lakens, 2013). I alle de elleve studiene har de tatt utgangspunkt i Cohen (1988) sine kriterier for å gradere effektstørrelsen (0,20=liten effekt, 0,50=moderat effekt og 0,80=stor effekt). I fire studier ble effektstørrelsen ikke oppgitt (Edwards et al., 2014; Kang et al., 2018; Racey et al., 2018; Stapleton et al., 2016). I denne oppgaven vil statistisk signifikante resultater inkludere resultater med et signifikansnivå under 0,05 ($p < 0,05$).

Vurdering av metodisk kvalitet

De inkluderte studiene ble vurdert for metodisk kvalitet med bakgrunn i 13 utvalgte ledd fra Öst (2008) sitt vurderingsskjema. Se tabell 2 for en oversikt over skårene på de utvalgte leddene til samtlige studier. Se appendiks A for en beskrivelse av kriteriene for å oppnå de ulike skårene knyttet til hvert ledd.

Kontroll av samtidig behandling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Håndtering av frafall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Statistisk analyse	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2
Sum per studie	11	6	8	6	6	5	6	9	8	10	8	5	10	7

Notat. Vurderingen er basert på utvalgte ledd fra Öst (2008) sitt vurderingsskjema.

Effekten av ulike terapeutiske intervensjoner på selvmedfølelse hos barn og ungdommer

I det følgende vil de ulike intervensjonene bli grundigere beskrevet. Det vil også bli redegjort for hvilken effekt de ulike intervensjonene har hatt på deltakernes selvmedfølelse, om det synes å være kjønnsforskjeller og om det synes å være en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og bedre psykisk helse. Merk at alle intervensjoner i utgangspunktet har engelske navn. For noen av disse finnes det ingen norsk oversettelse. I disse tilfellene har intervensjonen blitt fritt oversatt til norsk slik at alle intervensjoner i oppgaven blir presentert med et norsk navn i tillegg til engelsk. Se appendiks B for alle oversettelser.

«**Lære å puste**». Tre studier (Bluth, Campo, et al., 2016; Bluth, Roberson, & Girdler, 2017; Bluth et al., 2015) benyttet et gruppebasert program ved navn «Lære å puste» (fritt oversatt; Learning to BREATHE). Programmet tar utgangspunkt i mindfulness-basert stress reduksjon (MBSR) for voksne og har blitt tilpasset barn og ungdommer. Målet med programmet er at deltakerne skal utvikle ferdigheter til å være oppmerksomt nærværende. I programmet blir seks temaer vektlagt: 1) kropp, 2) tanker, 3) følelser, 4) oppmerksomhet, 5) kjærlig vennlighet og 6) sunne vaner.

I pre-post studien til Bluth og kolleger (2015) bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 90 minutter over en periode på 6 uker. Utvalget bestod av 28 barn og ungdommer mellom 10 og 18 år. Intervensjonen ble ledet av førsteforfatteren av studien, som omtales som en erfaren instruktør i oppmerksomt nærvær som tidligere har jobbet som lærer. Forfatterne beskriver ikke mer spesifikt hvordan intervensjonen foregikk utover at den inkluderte de seks temaene som er nevnt over. Det beskrives heller ikke hvor intervensjonen ble gjennomført.

Forfatterne rapporterer at intervensjonen hadde en positiv effekt på deltakernes selvmedfølelse. Resultatet viste en liten signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post. Videre viste resultatet at det var en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær, opplevd stress og livstilfredshet. I tillegg fant de at nivå av

selvmedfølelse ved oppstart predikerte opplevd stress ved fullført intervensjon. Det vil si at jo mer selvmedfølelse deltakerne var ved oppstart av intervensjonen, jo mindre stresset følte de seg etter fullført intervensjon. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller.

I pre-post studien til Bluth, Roberson og Girdler (2017) bestod intervensjonen også av ukentlige sesjoner på 90 minutter over en periode på 6 uker. Denne intervensjonen ble også ledet av førsteforfatteren av studien. Det beskrives ikke hvor intervensjonen ble gjennomført. I denne studien bestod utvalget av 15 ungdommer mellom 13 og 18 år. Intervensjonen inkluderte ulike øvelser i oppmerksomt nærvær, for eksempel veiledet oppmerksom pusting, kroppsskanning og oppmerksom lytting. I tillegg bestod intervensjonen av undervisning, der deltakerne fikk være aktivt deltakende. Det beskrives ikke mer spesifikt hvordan de ulike øvelsene og undervisningen ble utført. Mellom sesjonene ble deltakerne oppmuntret til å praktisere ferdighetene hjemme.

I denne studien undersøkte de om intervensjonen hadde ulik effekt på selvmedfølelse hos jenter og gutter. På grunn av at utvalget bestod av få deltakere, valgte forskerne i studien å tolke funnene basert på effektstørrelse i stedet for å se på om resultatet var statistisk signifikant. De fant at jenter viste en liten økning i selvmedfølelse fra pre til post, mens gutter viste en liten reduksjon. I studien undersøkte de ikke om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

I RCT-studien til Bluth, Campo og kolleger (2016) bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 50 minutter over en periode på 11 uker. Utvalget bestod av en gruppe ungdommer som strevde akademisk, og som i studien ble definert som en høyrisiko gruppe. Totalt deltok 19 ungdommer med en gjennomsnittlig alder på 17 år. Intervensjonen ble gjennomført på skolen. Den ble ledet av førsteforfatteren av studien og en annen instruktør, som også hadde mye erfaring med å praktisere oppmerksomt nærvær og undervise i «Lære å puste». Sesjonene startet med en øvelse i kroppsskanning eller yoga som varte i omtrent 20 minutter.

Ved yoga ble det spilt rolig, avslappende musikk i bakgrunnen. Dersom deltakerne merket at oppmerksomheten begynte å vandre, ble de instruert i å vennlig veilede oppmerksomheten tilbake til musikken igjen. Etter øvelsen fortsatte sesjonene med aktiviteter hentet fra manualen i «Lære å puste», der fokus var på de seks temaene beskrevet tidligere. Det fremkommer ikke mer spesifikt hva disse aktivitetene var. Kontrollgruppen i studien fikk en evidensbasert undervisning om rusmisbruk. Undervisningen ble gjennomført i gruppeformat av utenforstående instruktører. I de første undervisningstimene var det i tillegg et fokus på tillitsbyggende aktiviteter mellom deltakerne. Kontrollgruppens undervisning inkluderte ikke fysiske aktiviteter.

Resultatet i denne studien viste ingen signifikant forskjell i selvmedfølelse mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fra pre til post. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller eller om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

«Bli venn med deg selv: Et program i oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse for ungdommer». To studier (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Gaylord, et al., 2016) benyttet et gruppebasert program (fritt oversatt; Making Friends with Yourself: A Mindful Self-Compassion Program for Teens), som baserer seg på oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse. Programmet tar utgangspunkt i et lignende program for voksne (Mindful Self-Compassion program, MSC) utviklet av Neff og Germer (2013).

I studien til Bluth, Gaylord og kolleger (2016), som benyttet et randomisert venteliste-kontroll design, bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 90 minutter over en periode på 6 uker. Intervensjonen ble ledet av førsteforfatteren av studien. Det beskrives ingen informasjon om hvor intervensjonen ble gjennomført. Utvalget i studien bestod av 29 ungdommer mellom 14 og 17 år. Intervensjonen bestod av både praktiske øvelser, videoklipp og undervisning. Deltakerne fikk blant annet kunnskap om hva selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær er, samt hvordan ungdommers hjerne fungerer. De praktiske øvelsene

bestod for eksempel av rollespill, som belyste hvordan deltakerne relaterte seg til seg selv, og en tegne- eller skriveaktivitet, der deltakerne skulle finne sin indre medfølende stemme.

Deltakerne fikk også lære seg ulike øvelser i oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse. En øvelse i oppmerksomt nærvær var kroppsskanning, som innebar at deltakerne skulle gi varme og omsorg til hver del av sin kropp mens de la merke til fornemmelsene i den enkelte kroppsdel. En annen øvelse, som ble kalt «et øyeblikk for meg» (a moment for me), gikk ut på at deltakerne skulle gi seg selv en beroligende berøring, for eksempel stryke seg på armen, mens de repeterte fraser som minnet dem på tre ting: 1) å anerkjenne de vonde følelsene de kjente på akkurat der og da, 2) at lidelse er en del av å være menneske og 3) å si vennlige fraser til seg selv. Mellom hver sesjon fikk deltakerne i hjemmeoppgave å praktisere minst to øvelser i selvmedfølelse eller oppmerksomt nærvær som de hadde fått opplæring i.

Resultatet viste at deltakerne ble mer selvmedfølende etter intervensjonen.

Sammenlignet med ventelisten viste deltakerne i intervensjonsgruppen en moderat signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post. I tillegg fant de en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og livstilfredshet, angst og opplevd stress. Mer spesifikt fant de at en økning i selvmedfølelse predikerte en økning i livstilfredshet sammen med en reduksjon i angst og opplevd stress. De fant ingen signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og sosial tilhørighet, depressive symptomer, positiv affekt og negativ affekt. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller.

I pre-post studien til Bluth og Eisenlohr-Moul (2017) bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 90 minutter over en periode på 8 uker. I studien deltok 45 barn og ungdommer mellom 11 og 17 år. Intervensjonen i denne studien lignet på intervensjonen i den forrige studien, både med tanke på innhold og utførelse. Det beskrives ingen informasjon om instruktøren eller hvor intervensjonen ble gjennomført.

I denne studien fant de også en moderat signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post hos deltakerne. Denne økningen vedvarte etter seks uker. Videre fant de en signifikant forskjell mellom de yngre og eldre deltakerne i studien. Deltakere i alderen 14 til 17 år viste en større økning i selvmedfølelse fra pre til post enn deltakere i alderen 11 til 13 år. De fant ingen signifikant forskjell mellom økning i selvmedfølelse hos jenter og gutter fra pre til post. Resultatet viste i tillegg at det var en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og opplevd stress, depressive symptomer, resiliens og nysgjerrighet/utforskning. Selvmedfølelse viste ingen signifikant korrelasjon med angst og takknemlighet.

«**MindUP**». I studien til de Carvalho og kolleger (2017) benyttet de et evidensbasert program ved navn MindUP, som baserer seg på oppmerksomt nærvær. Programmet er utviklet for å gjennomføres i klasserom for elever. Målet med programmet er å øke elevens oppmerksomhet, bevissthet på seg selv (self-awareness) og selvregulering, samt å redusere stress.

I denne kvasi-eksperimentelle studien bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 45 til 60 minutter. Intervensjonen ble ledet av lærere som hadde fått opplæring i programmet. Totalt omfattet intervensjonen 15 sesjoner. Utvalget bestod av 454 barn med en gjennomsnittlig alder på 8 år. Intervensjonen inkluderte en kombinasjon av undervisning og praktiske øvelser. Forfatterne beskriver at deltakerne fikk lære om hvordan trening i fokusert oppmerksomhet kan påvirke hjernen og hvordan følelser og tanker kan påvirke atferd. De fikk også lære om hvordan man kan bli en omsorgsfull og altruistisk person. I forbindelse med disse temaene fikk de for eksempel øve på perspektivtaking, å være oppmerksomt nærværende gjennom sine sanser, å gjennomføre vennlige handlinger og å planlegge et prosjekt i grupper som ville være til fordel for skolesamfunnet. Intervensjonen omfattet i tillegg en tre minutter lang øvelse i oppmerksomt nærvær som elevene utførte i klasserommet tre ganger daglig – i starten av skoledagen, etter lunsj og ved slutten av dagen. Under øvelsen

skulle elevene først være oppmerksomme på en lyd, deretter på sin egen pust og kroppslige fornemmelser, og deretter flytte oppmerksomheten tilbake til lyden igjen. Samtidig skulle de inn ta en ikke-dømmende holdning og være åpen for både indre og ytre opplevelser. Dessuten ble lærerne i programmet instruert i å integrere de ulike temaene og øvelsene inn i undervisningen, for eksempel i matematikk eller engelsk, slik at deltakerne i større grad skulle generalisere det de lærte til sin hverdag.

I studien fant de ikke en effekt på selvmefølelse. Sammenlignet med ventelisten ble det ikke funnet en signifikant økning i selvmefølelse fra pre til post hos deltakerne i intervensjonsgruppen. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller eller om det var en sammenheng mellom selvmefølelse og andre utfallsmål.

«**Vær - oppmerksomt nærvær i skoler**». I studien til Johnson og kolleger (2016) benyttet de et program som heter «Vær - oppmerksomt nærvær i skoler» (fritt oversatt; .b («Dot be») Mindfulness in Schools). Programmet bygger på mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) og MBSR for voksne, og er tilpasset ungdommer. Programmet er utviklet for elever og utføres på skolen. Forfatterne refererer til programmets hjemmeside for informasjon om innholdet i programmet. På hjemmesiden beskrives det at programmet består av følgende ni temaer: 1) være oppmerksom, 2) utforske ulike sinnstilstander, 3) oppdage bekymringstanker, 4) være her og nå, 5) oppmerksomt nærvær i fysisk aktivitet, 6) å ta et skritt tilbake, 7) å bli venn med det som er vanskelig, 8) fokusere på det som er bra og 9) samle alle trådene fra sesjonene (Mindfulness in Schools Projects, u.d.).

I denne RCT-studien bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 35 til 60 minutter over en periode på 8 uker. Lengden på sesjonene varierte mellom de ulike skolene som var med i studien. Utvalget bestod av 308 ungdommer med en gjennomsnittlig alder på 13 år. Intervensjonen ble ledet av en instruktør med utdanning i programmet. Forfatterne beskriver at intervensjonen inkluderte praktiske øvelser der deltakerne fikk lære seg flere ulike

ferdigheter i oppmerksomt nærvær. Deltakerne fikk lære seg korte øvelser uten veiledning, for eksempel å telle pusten, og lengre øvelser med videobasert veiledning, for eksempel kroppsskanning. Deltakerne ble oppmuntret til å også praktisere ferdighetene hjemme. Forfatterne beskriver ikke ytterligere hvordan de ni temaene ble introdusert og gjennomført i intervensjonen. Kontrollgruppen i studien mottok undervisning på skolen, der tema blant annet var sjelesorg eller samfunnsarbeid.

Resultatet viste at intervensjonen ikke hadde en effekt på deltakernes selvmedfølelse. Sammenlignet med kontrollgruppen viste deltakerne i intervensjonsgruppen ingen signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller eller om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

Kurs i oppmerksomt nærvær. I studien til Viafora og kolleger (2015) benyttet de et kurs i oppmerksomt nærvær (mindfulness course) som intervensjon. Kurset ble gjennomført på skolen for elever i samme klasse. Det ble ledet av en erfaren instruktør i oppmerksomt nærvær som i tillegg hadde mye erfaring med å jobbe med barn.

I denne kvasi-eksperimentelle studien bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 45 minutter over en periode på 8 uker. Utvalget bestod av 63 barn og ungdommer i alderen 11 til 13 år. Studien inkluderte to intervensjonsgrupper som ble sammenlignet med ventelisten. Den ene intervensjonsgruppen bestod av elever fra en vanlig skole. Den andre intervensjonsgruppen bestod av elever fra en skole for barn og ungdommer som enten levde eller hadde levd i et midlertidig bosted for hjemløse familier. Hver sesjon fulgte det samme formatet. Sesjonen startet med en øvelse i oppmerksom lytting, for eksempel å lytte med full oppmerksomhet på en tone fra et musikkinstrument. Deretter gjennomførte de en øvelse i oppmerksom spising, for eksempel å rette sin fulle oppmerksomhet mot sanser, tanker og følelser i forbindelse med spising. Etter øvelsene fikk deltakerne dele sine erfaringer med hjemmeoppgaven fra sist uke i gruppen. Hjemmeoppgavene bestod av å praktisere øvelsene

de hadde fått opplæring i. Hver sesjon bestod i tillegg av en flere minutter lang veiledet øvelse i oppmerksom pusting, for eksempel å rette sin fulle oppmerksomhet mot pusten eller en kroppsdel. Hver uke ble deltakerne også introdusert for nye øvelser i oppmerksomt nærvær som ble knyttet opp mot ulike temaer, for eksempel hvordan øvelser i oppmerksomt nærvær kan brukes for å håndtere vanskelige følelser.

Sammenlignet med kontrollgruppen viste deltakerne i intervensjonsgruppen ingen signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post i denne studien. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller eller om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

Mindfulness-basert stress reduksjon for ungdom (MBSR-T). I studien til Edwards og kolleger (2014) benyttet de MBSR-T (Mindfulness-Based Stress Reduction for Teens), som er et manualbasert program som bygger på MBSR for voksne. Intervensjonen ble gjennomført i gruppeformat av fem instruktører med god kjennskap til meditasjon og oppmerksomt nærvær. Det beskrives ikke hvor intervensjonen ble utført.

I denne pre-post studien bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 50 minutter over en periode på 8 uker. I studien deltok 20 barn og ungdommer mellom 12 og 17 år. Intervensjonen inkluderte undervisning, gruppediskusjoner og flere ulike øvelser i oppmerksomt nærvær. De åtte sesjonene bestod av følgende temaer: 1) utforske stress og introduksjon av oppmerksomt nærvær, 2) definisjon og forklaring på hva oppmerksomt nærvær er, 3) jobbe med å la ting være slik de er, 4) dyrke selvivaretagelse og bli oppmerksom på positive opplevelser, 5) jobbe med tanker og ubehagelige hendelser, 6) mestringsstrategier, å gi slipp og tilgivelse, 7) styrke resiliens gjennom oppmerksomt nærvær og 8) oppsummering og retninger for fremtiden. Eksempler på øvelser som ble benyttet i intervensjonen var at deltakerne skulle være oppmerksom gjennom ulike sanser, at deltakerne skulle beskrive en situasjon de nylig hadde vært i og identifisere sine tanker, følelser og

fysiske reaksjoner i situasjonen, og at de skulle lære seg å stoppe opp, bli oppmerksom på sin kropp og å puste dypt. Deltakerne ble oppmuntret til å daglig utføre 25-30 minutter lange øvelser i oppmerksomt nærvær hjemme.

I studien fant de en positiv effekt på selvmedfølelse. Resultatet viste en signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne fra pre til post. Effektstørrelse ble ikke oppgitt. I studien undersøkte de ikke kjønnsforskjeller eller om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) tilpasset ungdom. I studien til Racey og kolleger (2018) benyttet de MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) tilpasset ungdom, som tok utgangspunkt i MBCT for voksne. Intervensjonen inkluderte både et gruppetilbud for ungdommene og et parallelt gruppetilbud for deres foreldre. Det beskrives ingen informasjon om gruppeterapeuten som ledet intervensjonen eller hvor intervensjonen ble gjennomført.

I denne pre-post studien bestod intervensjonen av 8 sesjoner. Utvalget i studien var ungdommer som delvis hadde tilfrisknet fra en depresjon, enten med eller uten en komorbid angstlidelse. Totalt deltok 18 ungdommer mellom 14 og 18 år. Målet med intervensjonen var at deltakerne skulle bli mer oppmerksomme på kroppslige fornemmelser, tanker og følelser assosiert med depresjon, i tillegg til at de skulle lære å håndtere disse på en mer konstruktiv måte. Intervensjonen inkluderte undervisning, praktiske øvelser, meditasjon og diskusjoner i gruppen. Deltakerne ble også oppmuntret til å øve på ferdighetene hjemme. Det beskrives ikke mer spesifikt hva de ulike øvelsene eller undervisningen i intervensjonen bestod av. Foreldrenes gruppetilbud lignet på ungdommenes, samtidig som det også inkluderte et fokus på å øke foreldrenes evne til å støtte sitt barn.

Resultatet viste en signifikant økning i selvmedfølelse hos både deltakerne og foreldrene fra pre til post. Effektstørrelse ble ikke oppgitt. I studien har de ikke undersøkt

kjønnsforskjeller eller om det var en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

Oppmerksomt nærvær og meditasjon. I RCT-studien til Kang og kolleger (2018) benyttet de en intervensjon som inkluderte en kombinasjon av oppmerksomt nærvær og meditasjon (mindfulness meditation intervention). Intervensjonen ble utført for flere klasser med elever som en del av undervisningen i et amerikansk fag kalt asiatiske historie (Asian history class). Intervensjonen ble gjennomført av historielærere med opplæring i meditasjon og oppmerksomt nærvær.

I denne RCT-studien ble intervensjonen gitt over en periode på 6 uker. I studien blir det ikke beskrevet antall eller varighet av sesjonene. Utvalget bestod av 100 barn med en gjennomsnittlig alder på 11 år. Hovedteknikkene som ble brukt i intervensjonen inkluderte kroppsskanning, å telle pusten og å bli bevisst tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Det beskrives ikke mer spesifikt hvordan deltakerne gjennomførte eller lærte disse ferdighetene. I tillegg bestod intervensjonen av en stille meditasjon som varte i gjennomsnittlig fem minutter. Denne øvelsen ble gjennomført fire til fem ganger i uken i starten av timen. Kontrollgruppen i studien fikk undervisning i afrikansk historie og ble ledet av samme historielærer som i intervensjonsgruppen. Kontrollgruppens undervisning inkluderte også nye, praktiske aktiviteter, for eksempel konstruksjon av en egyptisk sarkofag.

Resultatet viste ingen signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne i intervensjonsgruppen fra pre til post sammenlignet med kontrollgruppen. Forfatterne fant imidlertid at det var en signifikant korrelasjon mellom økt selvmedfølelse og positiv affekt hos jenter, men ikke hos gutter. De undersøkte ikke ytterligere om intervensjonen påvirket selvmedfølelse hos jenter og gutter ulikt.

Meditasjonsretreat. To studier (Galla, 2016; Galla, 2017) benyttet meditasjon som intervensjon (meditation retreat). Deltakerne i begge disse studiene gjennomførte samme type

intervensjon, men på ulike tidspunkt. I begge studiene ble intervensjonen gjennomført av erfarne instruktører innenfor meditasjon. Intervensjonen bestod av et fem dager langt opphold på et senter, der deltakerne utøvde stille meditasjon flere ganger daglig. Øvelsene bestod hovedsakelig av sittende meditasjon, gående meditasjon eller yoga. Hver øvelse varte mellom 20 og 30 minutter. Totalt gjennomførte deltakerne stille meditasjon mellom fire og fem timer om dagen. I tillegg var deltakerne med på to gruppediskusjoner hver dag som varte i én time hver. Det beskrives at målet med intervensjonen var å øke deltakernes evne til konsentrasjon, aksept, selvmedfølelse, kjærlig vennlighet og håndtering av vanskelige følelser.

I pre-post studien til Galla (2016) bestod utvalget av 105 ungdommer og unge voksne mellom 13 og 20 år, som opplevde å være stresset. I studien fant de en positiv effekt på deltakernes selvmedfølelse. Resultatet viste en moderat signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne fra pre til post. Økningen vedvarte ved oppfølging tre måneder etter avsluttet intervensjon. Videre viste resultatet at økning i selvmedfølelse predikerte økning i positiv affekt og livstilfredshet, i tillegg til reduksjon i opplevd stress, ruminering, negativ affekt og depressive symptomer. De fant imidlertid kun en signifikant assosiasjon mellom økt selvmedfølelse og reduksjon i opplevd stress hos jenter, ikke hos gutter. De undersøkte ikke ytterligere om intervensjonen hadde ulik effekt på selvmedfølelse mellom kjønnene.

I den kvasi-eksperimentelle studien til Galla (2017) bestod utvalget av 79 ungdommer mellom 14 og 19 år. Intervensjonsgruppen ble sammenlignet med ventelisten. Også i denne studien fant de en positiv effekt på deltakernes selvmedfølelse. Mer spesifikt viste resultatet en moderat signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne i intervensjonsgruppen fra pre til post sammenlignet med kontrollgruppen. De fant ingen forskjell i økning av selvmedfølelse mellom jenter og gutter. Resultatet viste videre at det var en signifikant korrelasjon mellom oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse. I tillegg fant de at en økning i selvmedfølelse predikerte en økning i positiv affekt og takknemlighet, samt en reduksjon i

opplevd stress, depressive symptomer og negativ affekt. De fant ingen signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og selvregulering.

Emosjonell frihetsteknikk. I studien til Stapleton og kolleger (2016) benyttet de en intervensjon som kalles emosjonell frihetsteknikk (Emotional Freedom Technique). Intervensjonen baserte seg på en standardisert behandlingsprotokoll i emosjonell frihetsteknikk. Intervensjonen ble gjennomført i gruppe av instruktører med utdanning i metoden. Det gis ingen informasjon om hvor intervensjonen ble utført.

I denne studien, som benyttet et randomisert venteliste-kontroll design, bestod intervensjonen av ukentlige sesjoner på 70 minutter over en periode på 6 uker. Utvalget i studien inkluderte 18 ungdommer mellom 14 og 15 år. Forfatterne beskriver at målet med studien var å undersøke om intervensjonen påvirket deltakernes spiseatferd i tillegg til selvfølelse, selvmedfølelse og psykologiske symptomer. Intervensjonen inkluderte ulike temaer: informasjon om intervensjonen, kroppsbilde, kosthold, selvmedfølelse, resiliens, fysisk aktivitet og søvn. Hvert tema ble introdusert gjennom å bruke en teknikk kalt «tapping», som benyttes innenfor emosjonell frihetsteknikk. Det beskrives ikke mer spesifikt hva «tapping» innebar eller hvordan opplegget til de ulike sesjonene var lagt opp.

Sammenlignet med kontrollgruppen viste ikke intervensjonsgruppen en signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post. De fant imidlertid en signifikant økning i selvmedfølelse fra pre til post blant deltakerne i intervensjonsgruppen. Effektstørrelsen ble ikke oppgitt. Økningen i selvmedfølelse blant deltakerne i intervensjonsgruppen var vedlikeholdt ved oppfølging ti uker etter avsluttet intervensjon. Studien undersøkte ikke ytterligere om det var kjønnsforskjeller eller om det var en korrelasjon mellom selvmedfølelse og andre utfallsmål.

Diskusjon

Resultatet fra litteraturgjennomgangen vil i det følgende bli diskutert i lys av oppgavens underproblemstillinger. Det vil underveis bli pekt på mangler i forskningsfeltet. Det vil også presenteres forslag til fremtidige studier. Videre vil diskusjonsdelen belyse metodiske styrker og begrensninger ved de inkluderte studiene og litteraturgjennomgangen. Avslutningsvis vil diskusjonsdelen oppsummere de største behovene for fremtidig forskning.

Synes terapeutiske intervensjoner å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer?

Flere studier i litteraturgjennomgangen støtter at det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner. I majoriteten av studiene, totalt ni av fjorten, fant de at deltakerne hadde økt selvmedfølelse etter avsluttet intervensjon. I en av disse fant de imidlertid kun en økning hos jentene, ikke hos guttene (Bluth, Roberson & Girdler, 2017). I en annen studie fant de kun en signifikant økning blant deltakerne i intervensjonsgruppen, ikke sammenlignet med kontrollgruppen (Stapleton et al., 2016).

Ettersom oppgaven ikke undersøkte studienes effekter ved hjelp av statistiske metoder, er det ikke mulig å uttale seg om hva en samlet effekt av studiene ville vært, noe som hadde vært mulig i en metaanalyse (Shaughnessy & Zechmeister, 1994). Ved hjelp av statistiske metoder kan en metaanalyse i tillegg kontrollere for at studier med høyere metodisk kvalitet tillegges mer vekt enn studier med lav metodisk kvalitet («Metaanalyse», 2017), noe som heller ikke lot seg gjøre i denne litteraturgjennomgangen. Det er også viktig å påpeke at studiene i litteraturgjennomgangen gjennomgående var av lav metodisk kvalitet, ifølge Öst (2008) sitt vurderingsskjema, noe som begrenser studienes reliabilitet. Det innebærer at litteraturgjennomgangens resultater må tolkes med varsomhet, da det er mulig at studiene har funnet positive resultater som skyldes andre faktorer enn intervensjonen som ble gitt. En grundigere drøfting av metodiske styrker og begrensninger ved studiene og litteraturgjennomgangen vil bli gjennomgått senere i diskusjonsdelen.

Studiene i litteraturgjennomgangen benyttet til sammen ti ulike intervensjoner, der tre av disse ble benyttet i flere studier. Da majoriteten av intervensjonene kun har blitt studert i én studie, bør man være forsiktig med å uttale seg om effekten av hver enkelt intervensjon på selvmedfølelse hos barn og ungdommer. For å kunne trekke sikrere konklusjoner er det behov for at samme intervensjon blir undersøkt i flere studier. Studiene i denne litteraturgjennomgangen kan imidlertid peke på tendenser eller mulige hypoteser, som kan være verdt å undersøke videre i fremtidige studier. Til tross for at litteraturgjennomgangen bestod av flere ulike intervensjoner, hadde intervensjonene flere likhetstrekk. For eksempel var alle intervensjoner gruppebaserte, og tretten av fjorten studier inkluderte opplæring og øvelser i oppmerksomt nærvær. Samtidig tyder resultatet fra litteraturgjennomgangen på at ikke alle terapeutiske intervensjoner synes å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Hva er det da som kan tenkes å forklare at noen intervensjoner synes å øke selvmedfølelse, mens andre ikke?

En mulig forklaring kan være at intervensjoner som har et eksplisitt fokus på selvmedfølelse eller lignende begreper kan øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. I åtte av ni studier som fant en effekt hadde de et eksplisitt fokus på selvmedfølelse, selvivaretagelse eller kjærlig vennlighet, der deltakerne lærte seg hvordan man kan møte seg selv på en vennlig måte. I fire av fem studier som ikke fant en effekt bestod intervensjonen kun av opplæring og øvelser i oppmerksomt nærvær. Det er mulig at barn og ungdommer trenger konkret opplæring i hvordan de aktivt kan gi seg selv støtte og omsorg. Denne hypotesen samsvarer med en studie på voksne (Neff & Germer, 2013). Forfatterne fant økt selvmedfølelse hos deltakerne etter å ha fullført MSC, som er et program som til stor del består av å eksplisitt lære deltakerne å bli mer selvmedfølelse. I en annen artikkel av samme forfattere (Germer & Neff, 2013) viser de til forskningsresultater som indikerer at intervensjoner som eksplisitt lærer selvmedfølelseteknikker til voksne i større grad kan øke

selvmedfølelse enn programmer som hovedsakelig baserer seg på oppmerksomt nærvær, som MBSR og MBCT. Dersom dette også er tilfellet for barn og ungdommer, er det verdifull informasjon med tanke på tilrettelegging av behandling. Det er imidlertid ikke mulig å trekke en sikker konklusjon basert på studiene i denne litteraturgjennomgangen da studiene har flere metodiske begrensninger. Hypotesen om at et eksplisitt fokus på selvmedfølelse kan øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer kan derimot være nyttig å undersøke videre. Fremtidige studier kan for eksempel sammenligne selvmedfølelsesintervensjoner med andre terapeutiske intervensjoner i randomiserte kontrollerte studier.

På den annen side finner to studier i litteraturgjennomgangen indikasjoner på at et intensivt og langvarig fokus på oppmerksomt nærvær kan øke selvmedfølelse hos ungdommer (Galla, 2016, 2017). Resultatet i begge studiene viste en moderat økning i selvmedfølelse hos deltakerne ved avsluttet intervensjon, som bestod av et fem dager langt opphold på en meditasjonsretreat der deltakerne mediterer opptil fem timer om dagen. I lys av disse resultatene kan det tenkes at barn og ungdommer kan ha behov for en tettere og mer intensiv oppfølging i oppmerksomt nærvær for at det skal gi økt selvmedfølelse. En tettere og mer intensiv oppfølging vil kunne bidra til at de får nok tid og repetisjoner til å lære seg de ulike ferdighetene grundig nok. Resultatet fra studiene samsvarer med funn fra en studie på voksne, som også fant økt selvmedfølelse hos deltakerne etter et opphold på en meditasjonsretreat (Kozasa et al., 2015).

Studiene til Galla (2016, 2017) inkluderte imidlertid også et fokus på selvmedfølelse. Det er dermed vanskelig å vite akkurat hvilke mekanismer som bidro til deltakernes økning i selvmedfølelse. I tillegg er det viktig å påpeke at deltakerne i begge studiene var selv-rekrutterte med en spesifikk interesse for oppmerksomt nærvær og meditasjon. Det er derfor mulig at deltakerne var spesielt motiverte til å gjennomføre intervensjonen grundig og til å oppnå en effekt av intervensjonen. Dette kan videre ha bidratt til at de faktisk også økte i

selvmedfølelse. Videre inkluderte studiene små utvalg, noe som begrenser hvor pålitelig resultatene er (Hackshaw, 2008). Det er behov for flere studier som undersøker effekten av et langvarig og intensivt fokus på oppmerksomt nærvær for å trekke sikrere konklusjoner.

Alle fem studier som ikke fant en effekt gjennomførte intervensjonen på skolen. En annen mulig forklaring på den manglende effekten på selvmedfølelse kan være at deltakerne i studiene ikke var spesielt motiverte til å gjennomføre intervensjonene ordentlig. Da studiene inkluderte utvalg med hele klasser, der deltakerne ikke selv oppsøkte intervensjonen, så elevene ikke nødvendigvis hensikten med å lære seg disse ferdighetene. I fremtidige intervensjoner på skolen vil det i så fall være viktig å jobbe med motivasjonen til elevene, slik at elevene forstår hensikten med å bli mer selvmedfølelse. Samtidig er det viktig å respektere barnets og ungdommens autonomi, og la dem selv velge om de ønsker å ta del i intervensjonen.

I syv av ni studier som fant en effekt ble det imidlertid ikke oppgitt informasjon om hvor intervensjonen ble gjennomført. Det er mulig at noen av disse intervensjonene også fant sted på skolen. Basert på resultatet fra litteraturgjennomgangen er det derfor usikkert om intervensjoner som gjennomføres på skoler synes å være hensiktsmessige eller ikke med tanke på å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Det er behov for flere studier som undersøker om intervensjoner på skoler kan ha en effekt på selvmedfølelse hos elever. Intervensjoner som gjennomføres på skoler kan være kostnadseffektive og forebyggende, i og med at de når ut til flere barn og ungdommer. I tillegg er det tenkelig at barn og ungdommer lettere kan generalisere de lærte ferdighetene til sin hverdag da de lærer disse ferdighetene i et miljø som de tilbringer store deler av sin tid i. Dessuten er det mulig at intervensjoner i skoler kan bidra til en smitteeffekt blant elevene i den forstand at det å kjenne flere andre barn og ungdommer som er mer selvmedfølelse, kan føre til økt selvmedfølelse hos en selv.

Litteraturgjennomgangen inkluderte én studie som hadde et parallelt gruppetilbud til foreldrene ved siden av ungdommenes tilbud (Racey et al., 2018). Resultatet i studien viste at også foreldrene fikk økt selvmedfølelse. Med tanke på at forskning viser at utvikling av selvmedfølelse synes å ha en sammenheng med foreldres ferdigheter til å møte barnet på en oppmerksomt nærværende måte (Gouveia et al., 2016), samt teorien om at det kan være en sammenheng mellom selvmedfølelse hos foreldre og barnet (Moreira et al., 2018), kan det tenkes at det å øke foreldreferdigheter og selvmedfølelse hos omsorgsgivere indirekte kan ha påvirket ungdommenes selvmedfølelse. Det hadde vært interessant om forfatterne i studien hadde undersøkt om det var en signifikant sammenheng mellom selvmedfølelse hos ungdommen og forelderens. Forfatterne rapporterte dog ikke effektstørrelsen av deltakernes økning i selvmedfølelse. Det er derfor usikkert hvor stor effekt studien egentlig fant. Det er behov for flere studier som undersøker effekten av et foreldretilbud på barns og ungdommers selvmedfølelse. Foreldre er viktige rollemodeller som forhåpentligvis er til stede store deler av barnets hverdag gjennom hele oppveksten. Det er mulig at det å øke selvmedfølelse hos foreldrene vil kunne ha en mer langvarig effekt på barnets selvmedfølelse enn hva en avgrenset intervensjon direkte med barnet vil kunne ha. I et forebyggende perspektiv vil det også være hensiktsmessig om fremtidige studier undersøker mer spesifikt i hvilken aldersgruppe som foreldrene synes å ha mest påvirkning for å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer.

Noe som også hadde vært interessant å undersøke i fremtidige studier, er om lærere gjennom sin væremåte kan øke selvmedfølelse hos elevene. I tråd med teorien om at foreldre gjennom rollemodellering kan øke selvmedfølelse hos barnet (Moreira et al., 2018), er det mulig at også lærere kan ha betydning for å øke selvmedfølelse. Foreldrestilen som ble beskrevet innledningsvis, oppmerksomt nærværende foreldrestil, er ikke nødvendigvis bare noe foreldrene kan lære seg å møte barnet med, men også lærere.

Hypotesen om at både foreldre og lærere indirekte kan øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer samsvarer med grunnlaget i programmet MBCT. Neff og Dahm (2015) beskriver at den andre utgaven av manualen i programmet MBCT oppfordrer instruktørene til å lære deltakerne å bli mer selvmedfølende gjennom å møte dem med en medfølende holdning. De foreslår at instruktørene implisitt kan øke selvmedfølelse hos deltakerne, i stedet for å eksplisitt lære dem det. Dersom fremtidig forskning finner støtte for teorien om at man implisitt kan øke selvmedfølelse hos et individ, er det lovende med tanke på muligheten for å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Det er mulig at noen barn og ungdommer kan synes det er vanskelig å eksplisitt lære seg å bli mer selvmedfølende. Selvmedfølelse stiller krav til kognitive ferdigheter, for eksempel mener Neff og Dahm (2015) at oppmerksomt nærvær er en metakognitiv ferdighet som krever selvregulering. For noen barn og ungdommer kan det derfor være mer hensiktsmessig å indirekte øke selvmedfølelse.

Oppsummert har litteraturgjennomgangens funn knyttet til denne problemstillingen blitt sett i lys av behandlingsmetode, kontekst, utvalg, motivasjon og tilfældigheter. Det er mulig at det finnes alternative forklaringer for hvorfor noen studier fant en økning i selvmedfølelse hos deltakerne, mens andre studier ikke fant en effekt, som denne oppgaven ikke har blitt oppmerksom på. Selv om litteraturgjennomgangen gav noen indikasjoner på at det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner, må det tas hensyn til at de fleste studiene bestod av små, ikke-randomiserte utvalg, noe som begrenser reliabiliteten av studienes resultater (Hackshaw, 2008). Det er behov for mer forskning på akkurat hvilke mekanismer i intervensjonene som fører til en endring. Studier kan for eksempel undersøke dette gjennom å inkludere flere måletidspunkt for å fange opp når endringene skjer. Fremtidige studier kan også sammenligne ulike intervensjoner opp mot hverandre i randomiserte kontrollerte studier. I tillegg er det behov for flere replikasjonsstudier på de samme intervensjonene. For at andre studier skal kunne

gjennomføre en replikasjonsstudie er det viktig at studiene benytter offentlig publiserte manualer eller gir en detaljert beskrivelse av prosedyrene, slik at det er mulig å se nøyaktig hvilke teknikker som har blitt brukt.

Synes noen terapeutiske intervensjoner å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer?

På grunn av at ingen av de inkluderte studiene var en randomisert kontrollert studie som sammenlignet to terapeutiske intervensjoner opp mot hverandre, er det vanskelig å konkludere med at noen intervensjoner synes å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Det er imidlertid tre intervensjoner som har blitt studert i flere studier, noe som gjør det mulig å se om det samme resultatet blir replisert i flere studier. To av disse intervensjonene ble benyttet i henholdsvis to studier og viste samme positive resultat. Programmet «Bli venn med deg selv: Et program i oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse» bidro til en moderat signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne etter gjennomført intervensjon (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Gaylord, et al., 2016). Også en meditasjonsretreat bidro til en moderat signifikant økning i selvmedfølelse hos deltakerne (Galla, 2016, 2017). Selv om ikke replikasjon av effekten er nok grunnlag til å si at disse to intervensjonene er mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer, så er det likevel positivt at intervensjonene har fått støtte i flere studier. Det er imidlertid behov for mer forskning der man sammenligner disse intervensjonene opp mot andre intervensjoner for å kunne uttale seg om de kan sies å være mer effektive enn andre.

Synes terapeutiske intervensjoner å påvirke selvmedfølelse hos jenter og gutter i ulik grad?

Det var kun tre studier som undersøkte kjønnsforskjeller. Det er derfor vanskelig å konkludere med om terapeutiske intervensjoner synes å påvirke selvmedfølelse hos jenter og gutter ulikt. Denne litteraturgjennomgangen finner likevel ikke noen tydelige tendenser til at

det er en kjønnsforskjell. I to av studiene fant de ikke en forskjell mellom jenter og gutter. Resultatet i studiene viste at begge kjønn økte like mye i nivå av selvmedfølelse (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Galla, 2017). I én studie fant de at jenter viste en liten økning, mens gutter viste en liten reduksjon i selvmedfølelse (Bluth, Roberson & Girdler, 2017). Dette er et overraskende funn, men på grunn av at utvalget kun bestod av ti jenter og seks gutter må resultatet tolkes med varsomhet, da små utvalg ikke gir like reliable resultat (Hackshaw, 2008). Dessuten fremkommer det ikke om resultatet var signifikant da forfatterne i studien valgte å tolke resultatet med bakgrunn i effektstørrelse og ikke signifikansnivå.

Med tanke på at jenter ser ut til å ha lavere selvmedfølelse enn gutter i de sene ungdomsårene (Bluth & Blanton, 2015) vil man kunne anta at jenter har større potensial for å øke i nivå av selvmedfølelse. Det er derfor overraskende at denne litteraturgjennomgangen ikke fant noe særlig støtte for at jenter viste en større økning enn gutter. Samtidig er det mulig at jentene i studiene faktisk hadde lavere selvmedfølelse enn gutter, men at begge kjønn økte like mye fra sitt eget utgangspunkt. Det hadde vært interessant å se om forfatterne hadde funnet en kjønnsforskjell dersom de hadde analysert resultatet med de yngre og eldre deltakerne i separate aldersgrupper. Forskning viser at det kan være en kjønnsforskjell innad ulike aldersgrupper, men ikke nødvendigvis dersom man inkluderer ungdommer fra tidlig til sen ungdomstid (Muris, Meesters, et al., 2016).

Slik det ble nevnt innledningsvis finnes det foreløpig lite forskning på kjønnsforskjeller i nivå selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Dette er et felt som er i behov for mer forskning for å kunne trekke noen sikrere konklusjoner. I og med at studier viser at jenter i de sene ungdomsårene har lavere selvmedfølelse enn både gutter på samme alder og yngre individer (Bluth & Blanton, 2015), vil det være spesielt viktig å undersøke hvilke intervensjoner som passer best for jenter i denne aldersgruppen. Det kan tenkes at intervensjoner ikke nødvendigvis gir en økning i selvmedfølelse hos jenter i de sene

ungdomsårene, men at de kan virke forebyggende gjennom å stoppe en ytterligere nedgang i selvmedfølelse. I tråd med dette kan det være aktuelt å gjennomføre en randomisert kontrollert studie, der man sammenligner jenter som gjennomfører en intervensjon i de sene ungdomsårene med en kontrollgruppe. I en slik studie vil man kunne fange opp om det er en signifikant forskjell i selvmedfølelse mellom gruppene. Dersom man kun hadde undersøkt om jentene i intervensjonsgruppen viste en økning, er det mulig at man ikke ville funnet en signifikant økning.

Finner intervensjonsstudiene støtte for at det er en sammenheng mellom økt selvmedfølelse og bedre psykisk helse blant barn og ungdommer?

Litteraturgjennomgangen fant støtte for at høyere nivå av selvmedfølelse synes å være assosiert med bedre psykisk helse hos barn og ungdommer, noe som samsvarer med funn fra andre studier på området (for eksempel Marsh et al., 2018). Totalt var det seks av de inkluderte studiene som undersøkte sammenhengen mellom selvmedfølelse og ulike variabler knyttet til psykisk helse. Samlet sett fant studiene at økt selvmedfølelse var assosiert med økt oppmerksomt nærvær (Bluth et al., 2015; Galla, 2017); livstilfredshet (Bluth, Gaylord, et al., 2016; Bluth et al., 2015; Galla, 2016); resiliens (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017); positiv affekt (Galla, 2016; Galla, 2017; Kang et al., 2018); nysgjerrighet/utforskning (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017); og takknemlighet (Galla, 2017). I tillegg ble det funnet at økt selvmedfølelse var assosiert med reduksjon av angst (Bluth, Gaylord, et al., 2016); depressive symptomer (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Galla, 2016; Galla, 2017); opplevd stress (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Bluth, Gaylord, et al., 2016; Bluth et al., 2015; Galla, 2016; Galla, 2017); ruminering (Galla, 2016); og negativ affekt (Galla, 2016; Galla, 2017). Dette er positivt, da det tyder på at en økning i selvmedfølelse kan forbedre barnets og ungdommens generelle psykiske helse og virke som en beskyttende faktor. Studiene er imidlertid korrelasjonelle, noe som begrenser muligheten for å si noe om årsakssammenhengen mellom

selvmedfølelse og psykisk helse. I tillegg må det tas hensyn til at studiene inkluderte små utvalg, noe som begrenser reliabiliteten av resultatene (Hackshaw, 2008).

I mangel på studier som ville forklart sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse, foreslår Bluth og Blanton (2014) en teoretisk modell på denne sammenhengen. De peker på at en gjensidig relasjon mellom selvmedfølelse og oppmerksomt nærvær kan føre til bedre psykisk helse hos ungdommer. De beskriver at ungdommer som får en forståelse for at det å ha svake sider er en del av å være et menneske, vil i større grad også kunne akseptere at andre heller ikke er perfekte. Dette vil både føre til mer selvmedfølelse overfor egne feil, men også medfølelse for andres feil – som videre kan føre til færre konflikter med andre. Færre konflikter kan bidra til redusert stress og negativ affekt, samt økt følelse av sosial tilhørighet, som samlet sett vil kunne bidra til generelt bedre livskvalitet (Bluth & Blanton, 2014). En annen mulig forklaring kan være at selvmedfølelse bidrar til at individet lærer å håndtere vonde opplevelser, i og med at selvmedfølelse kan sees på som en strategi for emosjonsregulering (Neff, 2003b). I stedet for å unngå negative følelser bidrar selvmedfølelse til at man møter det vonde med en vennlig og forståelsesfull tone, og anerkjenner at negative følelser er en del av det å være et menneske. Basert på denne forståelsen vil selvmedfølelende individer i større grad kunne tåle negative følelser, samt være mindre selvkritisk, som videre vil kunne føre til bedre livskvalitet.

Til tross for at litteraturgjennomgangen fant støtte for sammenhengen mellom høyere nivå av selvmedfølelse og bedre psykisk helse, var det overraskende nok også noen variabler som ikke ble funnet å være signifikant assosiert med selvmedfølelse. Bluth, Gaylord og kolleger (2016) fant ingen signifikant sammenheng mellom selvmedfølelse og sosial tilhørighet, depressive symptomer, positiv affekt og negativ affekt. Dette resultatet står i kontrast til funn fra andre korrelasjonelle studier med ungdommer, som har funnet en sammenheng mellom selvmedfølelse og disse variablene (Marsh et al., 2018; Neff &

McGehee, 2010; Galla, 2017). I studien til Bluth og Eisenlohr-Moul (2017) fant de ingen signifikant sammenheng mellom selvmedfølelse og angst og takknemlighet, som heller ikke samsvarer med funn fra andre korrelasjonelle studier med ungdommer (Marsh et al., 2018; Galla, 2017). Resultatet fra studien til både Bluth, Gaylord og kolleger (2016) og Bluth og Eisenlohr-Moul (2017) må imidlertid tolkes med varsomhet da begge studiene inkluderte et lite utvalg, noe som påvirker resultatenes reliabilitet (Hackshaw, 2008).

En annen variabel som heller ikke ble funnet å være signifikant assosiert med selvmedfølelse var selvregulering (Galla, 2017), som ble målt med blant annet Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). I en annen studie (Shin, Black, Shonkoff, Riggs & Pentz, 2016) undersøkte de også om det var en sammenheng mellom selvmedfølelse og selvregulering gjennom å bruke målingsverktøyene SCS (kun subskalaene selv-vennlighet og selv-fordømmelse) og BRIEF. Studien inkluderte et utvalg med 210 barn med en gjennomsnittlig alder på 12 år. Resultatet fra studien viste ingen signifikant assosiasjon mellom selv-vennlighet og selvregulering, mens de fant en signifikant assosiasjon mellom selv-fordømmelse og selvregulering. Forfatterne fant imidlertid ikke den samme effekten da de kontrollerte for oppmerksomt nærvær. Forfatterne i studien konkluderte med at det synes å være en større sammenheng mellom selvregulering og oppmerksomt nærvær enn med selvmedfølelse. Resultatet fra denne studien samsvarer med forståelsen til Neff og Dahm (2015), som beskriver oppmerksomt nærvær som en metakognitiv ferdighet som krever selvregulering. Oppmerksomt nærvær innebærer at individet klarer å styre sin oppmerksomhet. Med tanke på at oppmerksomt nærvær også er en del av selvmedfølelse, er det derfor mulig at denne komponenten av selvmedfølelse kan ha en sammenheng med selvregulering. Det er imidlertid vanskelig å uttale seg om sammenhengen mellom selvmedfølelse og selvregulering basert på kun to studier. Det er behov for flere studier som undersøker denne sammenhengen for å få en bedre forståelse.

Med bakgrunn i at litteraturgjennomgangen ikke bare fant entydige og konsistente sammenhenger mellom høyere nivå av selvmedfølelse og bedre psykisk helse, samt at dette feltet fortsatt er lite utforsket blant barn og ungdommer, er det behov for mer forskning på området. Fremtidige studier bør undersøke nærmere på hvilke områder økt selvmedfølelse kan virke beskyttende, samt hvordan selvmedfølelse kan synes å bidra til bedre psykisk helse hos barn og ungdommer. En bedre forståelse for sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse vil være spesielt viktig for å kunne utforme intervensjoner som er tilpasset en gruppe barn eller ungdommer med en spesifikk problematikk.

Metodiske styrker og begrensninger ved studiene

Frem til nå har litteraturgjennomgangens resultater blitt drøftet i lys av oppgavens problemstillinger. Det er flere grunner til at man bør tolke resultatet av litteraturgjennomgangen med varsomhet. Ifølge Öst (2008) sitt vurderingsskjema har alle de inkluderte studiene flere begrensninger når det kommer til metodisk kvalitet. I det følgende vil metodiske styrker og begrensninger ved de inkluderte studiene bli diskutert, samt hvordan disse påvirker reliabiliteten og generaliserbarheten av litteraturgjennomgangens resultater.

Kan vi stole på resultatene? De fleste studiene bestod av utvalg med få deltakere. Små utvalg øker risikoen for at resultatet skyldes tilfeldigheter og ikke intervensjonen som blir gitt, noe som gjør at resultatet ikke er like reliabelt (Hackshaw, 2008). I majoriteten av studiene bestod utvalget av barn og ungdommer fra normalbefolkningen. I tillegg hadde de fleste studiene få eller ingen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til sammen gjør dette at utvalget i litteraturgjennomgangen bestod av en svært heterogen gruppe. Videre var det kun én studie med et klinisk utvalg. Basert på litteraturgjennomgangen er det derfor vanskelig å si noe om for hvem intervensjonene passer best. Deltakerne i studiene var hovedsakelig i ungdomsårene, bortsett fra i én studie som inkluderte en gruppe barn med en gjennomsnittlig

alder på åtte år. Litteraturgjennomgangen kan derfor heller ikke uttale seg om man kan øke selvmedfølelse gjennom terapeutiske intervensjoner hos barn i førskolealder.

De fleste studiene rapporterte andel frafall av deltakere, men ingen studier gjennomførte analyser for å undersøke hva som kjennetegnet deltakerne som falt fra. Det er risiko for at de som ikke fullførte studien hadde en annen opplevelse av intervensjonen, som videre kunne hatt en innvirkning på resultatet. Det var også flere studier som ikke rapporterte effektstørrelsen av økningen i selvmedfølelse (Edwards et al., 2014; Racey et al., 2018; Stapleton et al., 2016), samt én studie som ikke rapporterte om resultatet var statistisk signifikant (Bluth, Roberson & Girdler, 2017). Mangelfull rapportering bidrar til usikkerhet knyttet til hvor reliabelt resultatet i disse studiene er. En annen svakhet i litteraturgjennomgangen er at få studier hadde et oppfølgingsmål, hvorav ingen hadde et oppfølgingsmål senere enn tre måneder. Det gjør det vanskelig å si om effektene synes å vedvare over lengre tid etter avsluttet intervensjon.

Samtlige studier benyttet behandlingsmanualer som ikke var publisert offentlig. Det varierte i stor grad mellom studiene hvor detaljerte beskrivelsene av intervensjonene var. Vage beskrivelser og mangelfull tilgang på behandlingsmanualen bidrar til at det er vanskelig å vite hvilke teknikker som ble benyttet, og som kan tenkes å ha bidratt til effekten på selvmedfølelse. I tillegg bidrar det til at det er vanskelig for forskere i fremtiden å gjennomføre replikasjonsstudier, da de ikke vet nøyaktig hva intervensjonen inneholdt.

Litteraturgjennomgangen bestod videre av studier med ulike design, hvorav kun tre var RCT-studier. RCT-studier anses å være gullstandarden innenfor forskning, da dette designet i størst grad sikrer at effekten skyldes intervensjonen som blir gitt og ikke tilfeldigheter (Barton, 2000). Majoriteten av studiene i litteraturgjennomgangen var pre-post studier, som hverken inkluderte en randomisering av deltakerne eller en kontrollgruppe. Basert på pre-post studiene kan man dermed ikke si noe om årsakssammenheng, men kun

uttale seg om det synes å være en korrelasjon. Derfor er det vanskelig å vite om effektene som ble funnet i litteraturgjennomgangen faktisk skyldes intervensjonene eller tilfeldigheter. I tillegg var det kun én studie som kontrollerte for at deltakerne ikke mottok annen samtidig psykologisk eller medisinsk behandling. Dersom dette ikke blir kontrollert for, er det vanskelig å vite om deltakernes økte selvmedfølelse skyldes intervensjonen i studien eller en annen behandling som de fikk ved siden av. I tillegg kan denne litteraturgjennomgangen ikke uttale seg om terapeutiske intervensjoner gitt individuelt vil kunne øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer da alle studier benyttet en intervensjon i gruppeformat.

Alle studier benyttet selvrapportering for å måle selvmedfølelse hos deltakerne. Majoriteten har brukt den lange eller korte versjonen av selvmedfølelsesskalaen utviklet for voksne (Neff, 2003b), som også har vist god validitet og reliabilitet blant ungdommer (Neff & McGehee, 2010). Det er imidlertid flere forskere (Muris, Otgaar & Petrocchi, 2016; López et al., 2015) som har stilt spørsmålsteget ved bruk av en totalskåre basert på Neff (2003b) sin selvmedfølelsesskala. Noen studier har heller funnet støtte for at selvmedfølelsesskalaen består av to separate faktorer: en faktor bestående av de negative komponentene og en faktor bestående av de positive komponentene (López et al., 2015; Sutton et al., 2018). Dessuten var det tre studier som benyttet en selvmedfølelsesskala for barn som ikke var offentlig publisert eller validert, noe som bidrar til usikkerhet knyttet til om måleinstrumentet faktisk representerte et valid mål på selvmedfølelse. Videre kan man stille spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er å kun bruke selvrapportering for å måle selvmedfølelse hos barn og ungdommer, da dette er en metode som krever mye selvinnsikt. Barn og ungdommer har ikke nødvendigvis så god selvinnsikt som selvrapportering krever, noe som kan bidra til at de enten bare svarer tilfeldig eller at svarene baserer seg på det de tror er forventet av en.

Til tross for flere begrensninger som svekker studienes reliabilitet er det også noen styrker ved studiene. En styrke er at majoriteten av studiene benyttet en intervensjon som ble

gjennomført av erfarne og utdannede instruktører. Det var imidlertid ingen av studiene som gjennomførte kontroller for å sikre at instruktørene utførte intervensjonen riktig, og kun to studier (Bluth, Campo, et al., 2016; Stapleton et al., 2016) som gjennomførte noen få kontroller på at instruktørene fulgte manualen. En annen styrke er at det var tre intervensjoner som ble studert i flere studier, noe som gjør det mulig å se om resultatet i én studie blir replisert i en annen. I tillegg var det en relativt jevn kjønnsfordeling mellom jenter og gutter i studiene, med unntak av i én studie som kun bestod av jenter (Racey et al., 2018).

Kan resultatene generaliseres? For å kunne overføre funn fra en studie til å gjelde for en større populasjon, er studien avhengig av at utvalget er representativt for populasjonen (Morling, 2015). I tillegg bør utvalget være randomisert og inkludere et stort antall deltakere. I de fleste studiene bestod utvalget av jenter og gutter fra normalbefolkningen i ungdomsårene, som ble rekruttert klassevis via skoler, eller via kommunen. Store deler av litteraturgjennomgangens utvalg kan dermed sies å representere den generelle ungdommen mellom 12 og 18 år. Utvalgene bestod imidlertid av få deltakere, som stort sett ikke var randomiserte, noe som begrenser generaliserbarheten betraktelig. I tillegg bestod tre studier av selv-rekrutterte ungdommer, som ytterligere begrenser generaliserbarheten til den generelle ungdommen. Etersom det kun var én studie som hadde et klinisk utvalg, er det vanskelig å vite om resultatet fra litteraturgjennomgangen også gjelder for barn og ungdommer som har psykiske lidelser. Videre er litteraturgjennomgangens resultater ikke nødvendigvis direkte overførbart på yngre barn, da det ikke var noen studier som inkluderte barn i førskolealder. For å kunne generalisere funnene på dette feltet i fremtiden er det behov for flere studier med representative, randomiserte og store utvalg.

Det foreligger også en begrensning når det kommer til å generalisere funnene til ulike kulturer. Studiene i litteraturgjennomgangen ble gjennomført i USA, Australia, England og Portugal. Resultatet kan ikke nødvendigvis generaliseres til kulturer som skiller seg vesentlig

fra disse. Med tanke på at det er vesentlige kulturelle og samfunnsmessige forskjeller mellom de nevnte landene og Norge, kan funnene ikke nødvendigvis generaliseres til en norsk populasjon.

Styrker og svakheter i litteraturgjennomgangen

Å øke selvmefølelse hos barn og ungdommer gjennom terapeutiske intervensjoner synes å være et lite utforsket område per i dag. Denne litteraturgjennomgang er foreløpig den eneste litteraturgjennomgangen på området. Litteraturgjennomgangen bidrar derfor med å for første gang sammenstille forskningen som finnes på området, og gi en pekepinn på hva som er behovene videre innenfor fremtidig forskning.

En annen styrke med litteraturgjennomgangen er at den bestod av oppdatert forskning på området, da den inkluderte studier fra de siste fem årene. Videre ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i tre store databaser, som dekker store deler av forskningslitteraturen internasjonalt. Samtidig kan det tenkes at litteraturgjennomgangen ville vært enda mer utfyllende dersom det hadde blitt gjennomført søk i flere databaser.

En annen styrke er at metodisk kvalitet av samtlige studier ble vurdert. På den annen side ville det vært mer gunstig dersom to eller flere forfattere hadde vurdert metodisk kvalitet, da det er risiko for vurderingsskjevhet når studiene kun blir vurdert av én forfatter. Videre ville det ha vært nyttig med en samlet effekt av studienes resultater, noe som lar seg gjøre i en metaanalyse. På grunn av at det var så stor variasjon mellom studiene, spesielt med tanke på design, ville det imidlertid ikke ha vært hensiktsmessig å gjennomføre en metaanalyse på dette tidspunktet.

Fremtidig forskning

Slik det har blitt beskrevet er studiene som finnes på dette feltet i dag av lav metodisk kvalitet, noe som gjenspeiler at selvmefølelse blant barn og ungdommer fortsatt er et nytt og lite utforsket område. Underveis i diskusjonsdelen har det blitt pekt på mangler i feltet hittil.

Det har også blitt foreslått hva som vil være hensiktsmessig å undersøke videre. Oppgaven vil avslutningsvis oppsummere de største behovene innenfor fremtidig forskning på feltet.

Det er behov for flere studier med høyere metodisk kvalitet for å sikre mer reliable resultater. Det er spesielt ønskelig med flere randomiserte kontrollerte studier. Fremtidig forskning bør også inkludere studier med større utvalg, med kliniske utvalg og med yngre barn. Det er også behov for mer forskning på kjønns- og aldersforskjeller for å bedre kunne tilpasse intervensjonene til den spesifikke målgruppen. Videre vil det være hensiktsmessig å undersøke hvorvidt intervensjoner gitt individuelt eller i gruppe er mer virkningsfullt for å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. I tråd med dette vil det være spesielt nyttig med flere studier som undersøker effekten av intervensjoner som gjennomføres på skoler.

Mer spesifikt er det behov for mer forskning på akkurat hvilke mekanismer som kan føre til en økning i selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Fremtidige studier kan for eksempel sammenligne ulike terapeutiske intervensjoner med hverandre, eller inkludere flere måletidspunkt for å i større grad fange opp når endringen skjer. I tillegg vil det være av stor betydning om flere studier også inkluderer et foreldretilbud, for å undersøke om det å øke foreldrenes selvmedfølelse og foreldreferdigheter kan bidra til økt selvmedfølelse hos deres barn. Det er også behov for mer forskning på sammenhengen mellom selvmedfølelse og psykisk helse. Fremtidig forskning kan forhåpentligvis gi oss en bedre forståelse av hvilke områder økt selvmedfølelse kan virke beskyttende på, samt hvordan selvmedfølelse kan synes å bidra til bedre psykisk helse hos barn og ungdommer.

Fremtidig forskning bør også fokusere på videreutvikling og validitetssikring av selvmedfølelsesskalaen, spesielt for barn, men også for ungdommer. Et forslag er også at fremtidige studier komplementeres med rapportering fra for eksempel foreldre og lærere. På denne måten vil man i større grad kunne sikre et mer objektivt mål på selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Det er også behov for studier fra flere andre land, både for å undersøke

kulturforskjeller og for å bedre kunne generalisere funnene til ulike kulturer. I tillegg er det behov for flere replikasjonsstudier for å styrke reliabiliteten av funnene.

Konklusjon

Til tross for at noen studier ikke fant en økning i selvmedfølelse hos deltakerne etter gjennomført intervensjon, indikerer flere studier at det er mulig å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer ved hjelp av terapeutiske intervensjoner. Dette er lovende resultater, da det tyder på at det er mulig å lære barn og ungdommer å bli mer selvmedfølelse. Videre fant litteraturgjennomgangen støtte for at det synes å være en sammenheng mellom selvmedfølelse og bedre psykisk helse blant barn og ungdommer. Etersom ingen av de inkluderte studiene var en randomisert kontrollert studie som sammenlignet to terapeutiske intervensjoner med hverandre, er det vanskelig å konkludere med at noen intervensjoner synes å være mer effektive enn andre i å øke selvmedfølelse hos barn og ungdommer. Litteraturgjennomgangen fant ingen tydelige tendenser til at terapeutiske intervensjoner påvirker selvmedfølelse hos jenter og gutter ulikt. Det var imidlertid få studier som undersøkte kjønnsforskjeller. Forskningsfeltet er nytt, noe som gjenspeiles i at litteraturgjennomgangen inkluderte studier med gjennomgående lav metodisk kvalitet. Resultatet fra litteraturgjennomgangen må derfor tolkes med varsomhet. Det er behov for mer forskning med høyere metodisk kvalitet for å kunne trekke sikrere konklusjoner.

Referanser

- Baer, R. A., Lykins, E. L., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology, 7*(3), 230-238.
doi:10.1080/17439760.2012.674548
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/18). Hentet fra <http://www.ungdata.no/Forskning/Publikasjoner/Nasjonale-rapporter>
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences, 77*, 118-123. doi:10.1016/j.paid.2014.12.036
- Barton, S. (2000). Which clinical studies provide the best evidence? The best RCT still trumps the best observational study. *British Medical Journal, 321*(7256), 255-256.
doi:10.1136/bmj.321.7256.255
- Bengtsson, H., Söderström, M., & Terjestam, Y. (2016). The structure and development of dispositional compassion in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence, 36*(6), 840-873. doi:10.1177/0272431615594461
- Berryhill, M. B., Harless, C., & Kean, P. (2018). College student cohesive-flexible family functioning and mental health: Examining gender differences and the mediation effects of positive family communication and self-compassion. *The Family Journal, 26*(4), 422-432. doi:10.1177/1066480718807411
- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies, 23*(7), 1298-1309. doi:10.1007/s10826-013-9830-2

- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology, 10*(3), 219-230. doi:10.1080/17439760.2014.936967
- Bluth, K., Campo, R. A., Futch, W. S., & Gaylord, S. A. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence, 46*(4), 840-853. doi:10.1007/s10964-016-0567-2
- Bluth, K., Campo, R. A., Pruteanu-Malinici, S., Reams, A., Mullarkey, M., & Broderick, P. C. (2016). A school-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness, 7*(1), 90-104. doi:10.1007/s12671-014-0376-1
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence, 57*, 108-118. doi:10.1016/j.adolescence.2017.04.001
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness, 7*(2), 479-492. doi:10.1007/s12671-015-0476-6
- Bluth, K., Mullarkey, M., & Lathren, C. (2018). Self-compassion: A potential path to adolescent resilience and positive exploration. *Journal of Child and Family Studies, 27*, 3037-3047. doi:10.1007/s10826-018-1125-1
- Bluth, K., Roberson, P. N., & Girdler, S. S. (2017). Adolescent sex differences in response to a mindfulness intervention: A call for research. *Journal of Child and Family Studies, 26*(7), 1900-1914. doi:10.1007/s10826-017-0696-6
- Bluth, K., Roberson, P. N. E., & Gaylord, S. A. (2015). A pilot study of a mindfulness intervention for adolescents and the potential role of self-compassion in reducing

- stress. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(4), 292-295.
doi:10.1016/j.explore.2015.04.005
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Carvalho, J. S., Pinto, A. M., & Maroco, J. (2017). Results of a mindfulness-based social-emotional learning program on portuguese elementary students and teachers: A quasi-experimental study. *Mindfulness*, 8(2), 337-350. doi:10.1007/s12671-016-0603-z
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349. doi:10.1017/S0140525X05350060
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255-270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3
- Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, 68(1), 58-72. doi:10.1080/19012276.2015.1071203
- Edwards, M., Adams, E. M., Waldo, M., Hadfield, O., & Biegel, G. M. (2014). Effects of a mindfulness group on Latino adolescent students: Examining levels of perceived stress, mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms. *Journal for Specialists in Group Work*, 39(2), 145-163. doi:10.1080/01933922.2014.891683

- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of rcts. *Mindfulness*, 1-19. doi:10.1007/s12671-019-01134-6
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217. doi:10.1016/j.adolescence.2016.03.016
- Galla, B. M. (2017). "Safe in my own mind:" Supporting healthy adolescent development through meditation retreats. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 53, 96-107. doi:10.1016/j.appdev.2017.09.006
- 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
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). The nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 6(3), 273-291. Hentet fra <https://pseve.org/publications/journal/hellenic-journal-of-psychology-volume-06/>
- 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 and Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700-712. doi:10.1007/s12671-016-0507-y
- Hackshaw, A. (2008). Small studies: strengths and limitations. *The European respiratory journal*, 32(5), 1141-1143. doi:10.1183/09031936.00136408

- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., & Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 81*, 1-11. doi:10.1016/j.brat.2016.03.002
- Kang, Y., Rahrig, H., Eichel, K., Niles, H. F., Rocha, T., Lepp, N. E., . . . Britton, W. B. (2018). Gender differences in response to a school-based mindfulness training intervention for early adolescents. *Journal of School Psychology, 68*, 163-176. doi:10.1016/j.jsp.2018.03.004
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kozasa, E. H., Lacerda, S. S., Menezes, C., Wallace, B., Radvany, J., Mello, L. E., & Sato, J. R. (2015). Effects of a 9-day Shamatha Buddhist meditation retreat on attention, mindfulness and self-compassion in participants with a broad range of meditation experience. *Mindfulness, 6*(6), 1235-1241. doi:10.1007/s12671-015-0385-8
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology, 4*(863). doi:10.3389/fpsyg.2013.00863
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the self-compassion scale's total score: Self-compassion versus self-criticism. *Plos One, 10*(7), e0132940. doi:10.1371/journal.pone.0132940
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003

- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents — a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027. doi:10.1007/s12671-017-0850-7
- Metaanalyse. (2017). I Store norske leksikon. Hentet den 29.04.2019 fra <https://snl.no/metaanalyse>
- Mindfulness in Schools Project (u.d.). *b Curriculum (ages 11 – 18)*. Hentet den 14.02.2019 fra <https://mindfulnessinschools.org/what-is-b/nine-lessons/>
- Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Nunes, J., & Canavarro, M. C. (2016). Exploring the link between maternal attachment-related anxiety and avoidance and mindful parenting: The mediating role of self-compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 89(4), 369-384. doi:10.1111/papt.12082
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2018). Is mindful parenting associated with adolescents' well-being in early and middle/late adolescence? The mediating role of adolescents' attachment representations, self-compassion and mindfulness. *Journal of Youth & Adolescence*, 47(8), 1771-1788. doi:10.1016/j.paid.2015.09.023
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2015). Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344. doi:10.1007/s10826-014-0036-z
- Morling, B. (2015). *Research methods in psychology: Evaluating a world of information* (2. utg.). New York: W. W. Norton & Company.
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 607-617. doi:10.1007/s10826-015-0235-2

- Muris, P., Otgaar, H., & Petrocchi, N. (2016). Protection as the mirror image of psychopathology: Further critical notes on the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 7(3), 787-790. doi:10.1007/s12671-016-0509-9
- 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. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/204577866?accountid=8579>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. doi:10.1007/s12671-015-0479-3
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. I M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Red.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (s. 121-137). New York: Springer.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi:10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., Toth-Kiraly, I., Yarnell, L. M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., . . . Mantzios, M. (2019). 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*, 31(1), 27-45. doi:10.1037/pas0000629

- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104-117. doi:10.1080/15298868.2014.955050
- Racey, D. N., Fox, J., Berry, V. L., Blockley, K. V., Longridge, R. A., Simmons, J. L., . . . Ford, T. J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for young people and their carers: A mixed-method feasibility study. *Mindfulness*, 9(4), 1063-1075. doi:10.1007/s12671-017-0842-7
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250-255. doi:10.1002/cpp.702
- Shaughnessy, J. J., & Zechmeister, E. B. (1994). A practical introduction to research methods in psychology. USA: McGraw-Hill.
- Shin, H.-S., Black, D. S., Shonkoff, E. T., Riggs, N. R., & Pentz, M. A. (2016). Associations among dispositional mindfulness, self-compassion, and executive function proficiency in early adolescents. *Mindfulness*, 7(6), 1377-1384. doi:10.1007/s12671-016-0579-8
- Stapleton, P., Chatwin, H., William, M., Hutton, A., Pain, A., Porter, B., & Sheldon, T. (2016). Emotional freedom techniques in the treatment of unhealthy eating behaviors and related psychological constructs in adolescents: A randomized controlled pilot trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 113-122. doi:10.1016/j.explore.2015.12.001
- Stolow, D., Zuroff, D. C., Young, J. F., Karlin, R. A., & Abela, J. R. (2016). A prospective examination of self-compassion as a predictor of depressive symptoms in children and

- adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(1), 1-20.
doi:10.1521/jscp.2016.35.1.1
- Sutton, E., Schonert-Reichl, K. A., Wu, A. D., & Lawlor, M. S. (2018). Evaluating the reliability and validity of the self-compassion scale short form adapted for children ages 8–12. *Child Indicators Research*, 11(4), 1217-1236. doi:10.1007/s12187-017-9470-y
- 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
- Temel, M., & Atalay, A. A. (2018). The relationship between perceived maternal parenting and psychological distress: Mediator role of self-compassion. *Current Psychology*, 1-8. doi:10.1007/s12144-018-9904-9
- Viafora, D. P., Mathiesen, S. G., & Unsworth, S. J. (2015). Teaching mindfulness to middle school students and homeless youth in school classrooms. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1179-1191. doi:10.1007/s10826-014-9926-3
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 8(4), 476-485. doi:10.1007/s12310-016-9197-9
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. doi:10.1111/aphw.12051

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

Vurderingsskjema av metodologi for psykoterapeutiske utfallsstudier

Merk: Dersom det ikke er gitt tilstrekkelig informasjon vedrørende et spesifikt ledd gis skåren 0.

1. Klarhet i utvalgsbeskrivelsen

0 *Dårlig*. Vag beskrivelse av utvalget (for eksempel nevner bare om pasienten var diagnostisert med lidelsen).

1 *Rimelig*. Rimelig beskrivelse av utvalget (for eksempel nevner inklusjon-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon osv.).

2. *God*. Bra beskrivelse av utvalget (for eksempel nevner inklusjon-/eksklusjonskriterier, demografisk informasjon og prevalens av komorbide lidelser).

2. Utfallsmålenes reliabilitet og validitet

0 *Dårlig*. Målene har ukjente psykometriske egenskaper eller egenskaper som ikke møter 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.

3. Tildeling til behandling

0 *Dårlig*. Skjevheter i tildelingen, for eksempel pasientene velger selv deres egen behandling, tildelingen skjer på en annen ikke-randomisert måte eller det er bare en gruppe.

1 *Rimelig*. Randomisert eller stratifisert tildeling. Det kan forekomme noen systematiske skjevheter, men ikke nok til å utgjøre en alvorlig trussel for den indre validiteten. Det kan forekomme forvirring mellom terapeut og behandling, slik at det

som ser ut til å være behandlingseffekter egentlig er terapeuteffekter. Utvalgsstørrelsen kan være for liten til å beskytte mot skjevheter.

2 *God*. Randomisert eller stratifisert tildeling, og det er en randomisert fordeling av pasientene til terapeutene innad betingelsen. Når teoretisk forskjellige behandlinger blir brukt, er det et stort nok antall ulike terapeuter for hver behandling.

Utvalgsstørrelsen er stor nok til å beskytte mot skjevheter.

4. Design

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

1 *Rimelig*. Aktiv behandling vs rutinebehandling som er godt beskrevet eller placebo-betingelse.

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

5. Måletidspunkt

0 *Dårlig*. Kun 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.

6. 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 utformet for lidelsen eller beskrivelsen av behandlingen er generelt klar og basert på en offentlig tilgjengelig, detaljert behandlingsmanual, men det forekommer noen uklarheter knyttet til prosedyren.

Pasientene kan i tillegg ha mottatt andre former for behandling, men dette er balansert for mellom gruppene eller på andre måter kontrollert for.

2 *God*. Behandlingen er utformet for lidelsen. En detaljert behandlingsmanual er tilgjengelig og/eller behandlingen er tilstrekkelig forklart i detalj for replikasjon.

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

7. Antall terapeuter

0 *Dårlig*. Kun én terapeut, noe som gjør det vanskelig å vite om effekten kan tilskrives behandlingen 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.

8. Terapeutens utdanning/erfaring

0 *Dårlig*. Veldig dårlig klinisk erfaring av behandlingen og/eller lidelsen (for eksempel studenter).

1 *Rimelig*. Noe klinisk erfaring av behandlingen og/eller lidelsen.

2 *God*. Lang klinisk erfaring av behandlingen og lidelsen (for eksempel praktiserende terapeuter).

9. Kontroll av overholdelse av behandling

0 *Dårlig*. Det ble ikke utført kontroller for å forsikre seg om at intervensjonen var konsistent med protokollen.

1 *Rimelig*. Det ble utført noen kontroller (for eksempel vurderte deler av terapiopptak)

2 *God*. Det ble utført jevnlig kontroller (for eksempel ukentlig tilsyn av hver sesjon ved bruk av et detaljert skåringskjema).

10. Kontroll av terapeutkompetanse

0 *Dårlig*. Det ble ikke utført kontroller for å forsikre seg om at intervensjonen ble levert på en kompetent måte.

1 *Rimelig*. Det ble utført noen kontroller (for eksempel vurderte deler av terapiopptak)

2 *God*. Det ble utført jevnlige kontroller (for eksempel ukentlig tilsyn av hver sesjon ved bruk av et detaljert skåringskjema).

11. Kontroll av samtidig behandling (for eksempel medisinerings)

0 *Dårlig*. Ingen forsøk på å kontrollere for samtidig behandling eller det blir ikke oppgitt informasjon om samtidig behandling. Pasientene kan ha mottatt andre former for behandling i tillegg til behandlingen i studien.

1 *Rimelig*. Pasientene er spurt om å holde medisineringsen stabil og/eller å avbryte andre psykologiske terapier under behandlingen.

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

12. Håndtering av frafall

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

1 *Rimelig*. Andel av frafall er beskrevet og det er utført frafallsanalyser eller «intensjon om å behandle»-analyser. (Det vil si at utvalget i analysene inkluderer alle deltakere som startet opp behandling, også de som falt fra).

2 *God*. Ingen frafall, eller andel av frafall er beskrevet, frafallsanalyser er utført og resultatene er presentert som «intensjon om å behandle»-analyser.

13. Statistisk analyse og presentasjon av resultater

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

1 *Rimelig*. Det er benyttet adekvate statistiske metoder, men data er ikke fullstendig presentert.

2 *God*. Det er benyttet adekvate statistiske metoder og data er presentert med gjennomsnitt og standard avvik.

Notat. Egen oversettelse av utvalgte ledd fra Öst (2008).

Appendiks B

Tabell B1

Oversikt over opprinnelig betegnelse av de ulike intervensjonene samt deres betegnelse i denne oppgaven

Opprinnelig betegnelse	Norsk oversettelse i denne oppgaven
Learning to BREATHE	Lære å puste*
Making friends with yourself: A Mindful Self-compassion Program for Teens	Bli venn med deg selv: Et program i oppmerksomt nærvær og selvmefølelse for ungdommer*
MindUP	MindUP
.b («Dot be») Mindfulness in Schools	.Vær - oppmerksomt nærvær i skoler*
Mindfulness course	Kurs i oppmerksomt nærvær
Mindfulness-based stress reduction for teens (MBSR-T)	Mindfulness-basert stress reduksjon for ungdommer (MBSR-T)
Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) adapted for young people	Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) tilpasset ungdommer
Mindfulness meditation intervention	Oppmerksomt nærvær og meditasjon
Meditation retreat	Meditasjonsretreat
Emotional freedom technique	Emosjonell frihetsteknikk

Notat. *Intervensjonene er fritt oversatt i de tilfeller der det ikke finnes et tilsvarende program på norsk.