



LUNDS
UNIVERSITET

Compassionfokuserad psykoterapi –
*en studie av en manualbaserad gruppterapis effekt på grad av
självmekänsla hos en klinisk population.*

Cecilia Kämpe & Alexandra Rosendahl Santillo
Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Gardar Viborg
Examinator: Mats Fridell

Abstract

The purpose of this study was to examine how the outcome of self-compassion changed in a trans-diagnostic population who underwent Compassion-Focused Therapy treatment (CFT) in a group-setting. The core skill training in CFT is Compassionate Mind Training (CMT). 43 patients, mean age 40 years old, and std 11,4 divided into 7 groups were included, with 12-14 sessions each, age range 18-70 years received treatment according to CFT. The design was non-controlled and non randomised. Primary outcome was change in the Self-Compassion Scale (SCS), while secondary outcomes were the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2), Work and Social Adjustment Scale (WSAS), Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9), from baseline. Patients showed a substantial and statistically significant increase (effect-size $d = 1,02$) on the SCS. In addition, strong effect was seen on the AAQ-2, while regarding PHQ-9 and functional level moderate effect sizes were seen. The results of anxiety were significant with small effect-size. The study confirms the hypothesis that treatment with CFT gives significant results with great effect-size on self-reported self-compassion.

Keywords: compassion focused therapy, self-compassion, mindfulness, shame, trans-diagnostic

Sammanfattning

Compassion-Fokuserad Terapi (CFT) är en psykoterapiform inom KBT-panoramats som innehåller särskilda övningar som förväntas öka patienters självmedkänsla samtidigt som symtom som ångest och depressivitet minskar. Syftet med studien var att undersöka hur utfallsmåttet självmedkänsla förändrades i en transdiagnostisk patientgrupp som genomgick Compassionfokuserad psykoterapi i gruppformat, Compassionate Mind Training, CMT.

43 patienter i åldersspannet 18-70, medelvärde 40 år samt std 11,4 fördelade på 7 grupper inkluderades, med 12-14 behandlingstillfällen vardera. Studien var icke-randomiserad och icke kontrollerad. Förändringarna analyserades från behandlingsstart till avslut med instrumenten Self-Compassion Scale (SCS), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2), Work and social Adjustment Scale (WSAS), Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) samt Patient Health Questionnaire (PHQ-9), där förändring i SCS var det primära utfallsmåttet.

Patienterna uppvisade ökad och statistiskt signifikant självmedkänsla mätt med SCS efter behandling, med en stor effektstorlek ($d = 1.02$) Resultat på AAQ-2 var signifikant med stor effektstorlek. Resultaten depression (PHQ-9) samt funktionsnivå (WSAS) var signifikanta och effektstorlek måttlig. Resultaten på ångest var signifikanta med liten effektstorlek.

Studien bekräftade hypotesen om att behandling med CMT ger signifikanta resultat med stor effekt på självrapporterad självmedkänsla. Behandlingen gav även signifikanta resultat på ångest och depression, funktionsnivå och psykologisk flexibilitet.

Nyckelord: självmedkänsla, compassion, mindfulness, skam, transdiagnostisk

Introduktion

Sedan millennieskiftet har begreppen ”compassion” och ”self-compassion” rönt ett allt större intresse inom psykoterapeutisk forskning och inom klinisk verksamhet (Tirch, Scoendorff & Silberstein, 2014). Kristin Neff (2003) har genom sitt arbete definierat begreppet ”self-compassion” för att sedan utforma ett instrument för mätning av grad av ovanstående kallat Self- Compassion Scale (SCS). Hennes instrument har använts i ett flertal studier där samband mellan selfcompassion och psykiskt välbefinnande undersökts. Paul Gilbert (2009a, b) har genom sitt kliniska arbete intresserat sig för personer med hög grad av självkritik och skam och genom det utvecklat en terapiform som kallas Compassion Focused Therapy där interventioner riktade mot att öka graden av självmedkänsla ingår med syfte att öka psykiskt välbefinnande. Systematisk träning i självmedkännandets egenskaper och färdigheter kallar Gilbert för Compassionate Mind Training (CMT).

I en klinisk studie har vi valt att undersöka om CMT i gruppformat ger effekt på självmedkänsla mätt med SCS i en transdiagnostisk population med hög grad av självkritik och skam.

Genom före- och eftermätning av SCS vill vi i första hand kunna svara på om patienter i denna kliniska population får ökad självmedkänsla efter att ha genomgått CMT och därigenom finna stöd för om metoden håller den lovar. Vidare undersöks om andra variabler såsom patienternas grad av ångest, depressivitet, acceptansnivå och grad av villighet till ändamålsenligt handlande samt funktionsnivå har påverkats av behandlingen. Syftet med att i andra hand även titta på dessa variabler är att tidigare forskning hävdar att dessa kommer att påverkas till följd av förändrad och ökad självmedkänsla (van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2011).

Uppsatsen kommer att beskriva den teoretiska agendan som ligger till grund för studiens utformning med beskrivningar kring CFT och CMT samt hur denna terapiform har använts på en transdiagnostisk grupp. Vidare presenteras metod och tillvägagångssätt av behandling samt resultat och författarnas diskussion kring resultatet.

Compassion och self-compassion

Gilbert skriver att ordet compassion kommer från det latinska ordet *compati* som betyder ”att lida med” (2010). Inom Buddhistisk tradition har i över 2500 år meditation kring begreppet beskrivits som en viktig del av andlig utveckling (Salzburg, 2002). Meditation kring medkänsla, kallat Metta eller Loving-Kindness, handlar om att man odlar kärleksfull vänlighet eller välvilja sprungen ur en djup och stark önskan om att det ska gå väl för mig själv och andra. Inom psykoterapi har begreppet aktualiserats genom det intresse som mindfulness eller medveten närvaro rönt inom psykoterapiområdet de senaste decennierna (Germer & Siegel, 2012; Kåver, 2006). Dalai Lamas definition: ”a sensitivity to the suffering of self and others, with a deep commitment to try to relieve it” (Gilbert, 2010a, s. 3) anses av vissa vara den mest användbara då den innefattar både vikten av en känslighet för att uppmärksamma lidande och smärta tillsammans med en handlingskomponent. Compassion kan sägas bestå av fyra komponenter; en empatisk medvetenhet om lidandet (kognitiv komponent), sympatisk reaktion (affektiv komponent), önskan om att lindra (intention) och till sist en beredskap till handling för att lindra (motivationskomponent) (Jazaieri et al., 2013). Compassion kan kopplas till evolutionsteori då den kan förklaras som sprungen ur samverkan mellan olika motivationssystem. Funktionen syftar till att underlätta för samarbete och omhändertagande av varandra (Gilbert, 2014). Den mänskliga hjärnan har formats och utvecklats för socialt processande och relationer som bygger på samarbete och omhändertagande har visat sig ha positiva effekter både fysiologiskt och psykologiskt och på genetiskt uttryck (Cozolino, 2014; Siegel, 2012; Slavich & Cole, 2013).

Det finns andra sätt att definiera begreppet (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010; Keltner & Lerner, 2010) som exempelvis menar att compassion är en distinkt affektiv upplevelse vars huvudsakliga funktion är att underlätta för samarbete med syfte att skydda och ta hand om dem som är svaga eller som lider.

Compassion kan ha tre olika riktningar. Compassion kan riktas från oss själva mot andra, den kan upplevas som kommandes från andra till oss själva och vi kan rikta compassion från oss själva till oss själva, det som vi kallar self-compassion (Gilbert, 2014).

Användandet av compassion och self-compassion som psykologiska begrepp i uppsatsen. Compassion eller self-compassion används inom psykoterapeutisk kontext som ett psykologiskt begrepp. Att översätta detta psykologiska begrepp låter sig inte göras enkelt. Det svenska ordet medkänsla eller självmedkänsla definieras inte på ovan beskrivna sätt, det finns idag inget svenskt ord som motsvarar denna innebörd. Men inte heller det engelska ordet definieras precis så, översättning av ”compassion” ger oss ord som medlidande, förbarmande, tycka synd om och deltagande, vilket inte heller riktigt speglar den ovan beskrivna innebörden, vilket gör att det innebär ett pedagogiskt arbete att definiera detta psykologiska begrepp oavsett vilket språk vi väljer att använda. Andra har valt att använda det engelska ordet compassion i svenskspråkig litteratur (Andersson & Viotti, 2013) men i denna uppsats kommer svenska orden ”medkänsla” och ”självmedkänsla” användas för detta psykologiska begrepp synonymt med de engelska begreppen compassion och self-compassion.

Self-Compassion Scale

Self- Compassion Scale (SCS) är ett instrument utformat för att mäta grad av färdigheter i självmedkänsla utvecklat av Kristin Neff. Hon beskriver begreppet som konceptualiserat från Buddhistisk psykologi (Neff, 2003). SCS har utvecklats med syfte att skapa ett validt och reliabelt instrument, som korrekt mäter grad av självmedkänsla, så att samband mellan självmedkänsla och psykologiskt välbefinnande eller psykologisk patologi skall kunna studeras. Instrumentet är så designat att det har tre subskalor som mäter sex komponenter av självmedkänsla, där närvaro av tre komponenter indikerar självmedkännande och avsaknad av tre komponenter indikerar detsamma. Detta för att sedan summera subskalorna i en total poäng som mäter en generell grad av självmedkänsla.

Den första subskalan kallas ”mindfulness versus overidentification”. Med mindfulness, medveten närvaro, menas förmågan att vara närvarande i nuet på ett ickedömande och ickevärderande sätt. Acceptans, som psykologiskt begrepp, är en viktig ingrediens. Med detta menas att kunna hålla känslor, fysiologiska sensationer och tankar, medvetna i stunden utan att identifiera sig med dem, med villighet och öppenhet utan att

försöka undvika, ta bort eller kontrollera dem (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Exempel på item som avser mäta grad av mindfulness är: ”När något smärtsamt händer mig försöker jag få en balanserad bild av situationen”. ”Overidentification” definieras närmast som motsatsen till ovan tillsammans med kognitiv fusion (Hayes et al., 2014). Kognitiv fusion uppstår när individen blir fångad av tänkandet eller av innehållet i tankar på ett sådant sätt att det försvårar en flexibel anpassning till adaptiva beteenden (Baer, 2014). Exempel på item som avser mäta grad av ”overidentification” är: ”När jag känner mig nere tenderar jag att bli besatt och fixerad av allt som är fel”.

Nästa subskala benämns ”Self-kindness versus self-judgment”. Den mäter förmågan att vara vänlig och förstående mot sig själv i stunder av lidande/smärta eller misslyckanden i motsats till att vara självkritisk och dömande. Detta kopplat till en önskan om och ett ansvar att ta om hand, som en yttre beteendekomponent. Exempel på item som mäter grad av ”self-kindness” är: ” När jag går igenom en mycket svår tid, ger jag mig den omsorg och ömhet jag behöver” och exempel på ”self-judgment” är: ”Jag ogillar och fördömer mina egna fel och brister”. Neff menar att vad vi vanligen kallar mindfulness är den första subskalan och det är i denna andra subskala som medkänsla adderas.

Den tredje och sista subskalan kallas ”Common humanity versus isolation”. Det handlar om att se stunder av motgångar, sjukdom, smärta och illabefinnande som upplevelser som tillhör villkoret att vara människa, kopplat till något större, snarare än som isolerade händelser kopplade till just enbart sig själv. Exempel på item som avser att mäta dessa två komponenter är ”Jag försöker att se mina brister som en del av människans villkor” respektive ”När jag misslyckas med något tenderar jag att känna mig ensam med mitt misslyckande”. Upplevelse av ”common humanity” tycks vara en viktig komponent i förmågan att vara självmedkännande (van Dam, et al., 2011). Skalan kommer att presenteras mer ingående i metoddelen.

Självmedkänslans koppling till välmående

Färdigheter i självmedkänsla tycks ha en koppling till grad av psykiskt välmående och till en mängd olika tillstånd som depression, ångest eller stress. Enbart att visa vänlighet och att ägna sig åt hjälpsamma handlingar kan öka grad av positiva

känsloupplevelser och reducera depressionssymtom (Sheldon & Lyubomirsky, 2007). I en metaanalys gjord av MacBeth och Gumley (2012) undersöktes 14 studier med totalt 20 sampel där alla använde instrumentet SCS för mätning av grader av självmedkänsla. De fann en stor effektstorlek ($r=-0.54$) för sambandet mellan självmedkänsla och grad av psykopatologi och deras slutsats är att självmedkänsla är viktig för att förklara och förstå psykisk hälsa och motståndskraft mot psykisk ohälsa. Vidare tycks det som om självmedkänsla förklarar en större del av variansen i psykopatologi, alternativt välmående, än vad enbart mindfulness gör (Kuyken et al., 2010). Mindfulness har rönt stort intresse för sitt samband med psykologiskt välbefinnande och har fått allt större betydelse som terapeutisk intervention i moderna KBT-behandlingar. I en studie av Van Dam och kollegor (2011) har man jämfört hur väl skattningar på SCS och Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) kunde förutspå grad av ångest, nedstämdhet, oro samt upplevd livskvalité hos en population på 504 individer som sökte hjälp för ångest. Resultatet visar att självmedkänsla är en robust prediktor för grad av symtom samt livskvalité och svarar för så mycket som 10 gånger mer av variansen i den beroende variabeln än mindfulness. Studien visar att faktorerna självkritik samt isolering är av särskilt stor vikt för prediktioner. Studier har gjorts som visar motsatsen, att hög grad av självkritik tycks ha en koppling till psykiskt illabefinnande, som hög grad av ilska, social oro, nedstämdhet, suicidala beteenden, alkoholism, posttraumatisk stress, att höra röster vid psykos, emotionell reglering samt personlighetsproblematik (Blatt & Zuroff, 1992; Braeler et al., 2013; Brewin, 2003; Cox et al., 2000; Gilbert & Miles 2000; Linehan, 1993; Potter-Effron, 2002; Tangney & Dearing 2002). Enligt ovanstående tycks självmedkänsla ha en koppling till psykiskt välmående och psykiatrisk symptomatologi. Gilbert har tagit fasta på denna koppling och skapat en compassionfokuserad terapi CFT, där interventioner, bland annat, har som syfte att öka grad av självmedskänsla som en väg till större grad av välmående och ökad grad av självomhändertagande handlingar.

Teori bakom Gilberts compassionfokuserade terapi.

Det var genom sitt intresse inför patienter med skambaserade svårigheter samt nedstämdhet som Gilbert utvecklade sin terapiform CFT. I teoribildningen har han lånat mycket från buddistiska traditioner, med bland annat Loving-kindness meditation, och

använt evolutions- och socialpsykologiska teorier kopplat till neurobiologi och på senare tid även inkorporerat idéer från funktionell contextualism (Gilbert, 1989; 2005; 2009a; 2014). Gilbert menar att mindful compassion både ger oss insikt i hur vårt sinne fungerar och ökar vår förmåga att hantera detsamma (Gilbert & Choden, 2013). Idag kan vi få kunskap och dra slutsatser från neurovetenskap. Det tycks som om vissa specifika system i hjärnan är involverade i beteenden kopplade till omsorg och vänlighet. Dessa system skiljer sig från andra som aktiveras vid exempelvis beteenden som leder till stolthet eller ökat självförtroende. Det är alltså olika system som aktiveras om syftet är att hjälpa individer att se med stolthet på sina handlingar än om syftet är att vara medkännande för känslomässig smärta eller skam (Simon-Thomas et al., 2011).

Evolutionspsykologi har fått sin plats inom teoribildningen då den hävdar att evolutionen bygger vidare på det som är vid handen, ändamålsenliga funktioner utgör de byggstenar som skapar vidare utveckling och att mänskligt beteende är resultatet av genetiska anpassningar som utvecklats då vi utsatts för återkommande svårigheter eller hinder (Buss 2009; Panksepp 2010).

Även den mänskliga hjärnan är en produkt av evolutionen och har utvecklats genom ett funktionellt urval. Gilbert talar om människan som "evolved social animals" (1998, s. 114) och menar att evolutionen försett oss med sociala förmågor som handlar om att både ge och kunna ta emot omsorg och omhändertagande tillsammans med förmåga att hjälpas åt, men att vi även har förmåga till konkurrens och sociala jämförelser. Vidare kan dessa funktionella mekanismer handla om vårt behov av att känna oss accepterade för dem vi är, med en känsla av tillhörighet. Dessa funktioner är en fundamental förutsättning för psykologisk mognad och för att kunna ha en känsla av välbefinnande (Gilbert, 1989; 2014). Möjligt är att dessa utvecklats genom naturligt urval för det har gynnat organismens överlevnad. Förmåga till compassion, att bry oss om och ta hand om varandra, har varit gynnsamt för artens överlevnad och evolutionära utveckling (Germer & Siegel, 2012).

Gilbert har skapat begreppet "social mentalities" (2010a, s. 22; 2014, s.10) för att kunna beskriva särskilda processsystem och de förändringar som sker i dem "moment-to-moment" när individer interagerar i social kontext. I stort handlar det om hur individer uppfattar sig själva och andra i förhållande till sociala behov och genom detta kommer

även individer i kontakt med brister eller hot kopplade till avsaknad av dessa. Gilbert (2014) menar att dessa hot eller rädslor kan närvara på både explicita och implicita sätt. Det varit mycket viktigt för vår överlevnad att snabbt kunna identifiera olika sorters hot. För att kunna ta snabba beslut kring anpassat beteenden har evolutionen försett oss med tre olika system, som kan beskrivas som känslsystem (eller motivationssystem) med tillhörande handlingsimpulser (Gilbert, 2006). Det systemet som är inriktad på hot och att försätta sig i säkerhet kallas ”threat and self-protection system” och har funktionen att identifiera hot av olika slag för att sedan motivera till anpassad respons som ”fight, flight or freeze”. Affekter kopplade till detta system är exempelvis ilska, rädsla, avsmak (Gilbert, 2006; Gilbert & Choden, 2012). Två typer av känslsystem är associerade med välmående. Det ena systemet är kopplat till endorfin och oxytocin och aktivering av systemet leder generellt till upplevelser av lugn, trygghet och nöjdhet. Gilbert kallar detta för ”the soothing, safeness and contentment system”. Det andra systemet associerat till välmående är kopplat till dopaminsystem och är mer aktiverande. Det kan handla om reaktioner kopplade till att ha lyckats uppnå mål, att prestera väl och ger mer arousal och kallas ”the incentive and resource-seeking, drive-excitement system”. Till alla dessa system är affekter/emotioner, kognitioner, fysiologiska reaktioner och beteendeimpulser kopplade. Växelverkan mellan dessa olika system på ett funktionellt sätt är en grund för psykologiskt välmående. Gilbert menar även att genom dessa grundläggande funktioner så har vi en förmåga att uppleva lidande (2006). Detta lidande behöver inte alltid vara av patologisk karaktär utan en del av de livsvillkor som det innebär att vara människa och samspela i interpersonella relationer (1989).

Hinder för självmedkänsla och medkänsla. Psykologiska svårigheter kan även de förstås ur ovan beskrivna evolutionärt funktionella perspektiv. Eftersom den mänskliga hjärnan i stort är formad och utvecklad för socialt processande och anpassad för relationell samvaro innebär det att social kontext är centralt för att förstå psykologiska problem. Detta tillsammans med relationen vi har till oss själva, särskilt i form av skam och självkritik.

Inom compassionfokuserad terapi används begreppet ”tricky brain” (Gilbert, 2014, s. 6) för att beskriva hur vår hjärna genom evolutionen utvecklat alltmer avancerade

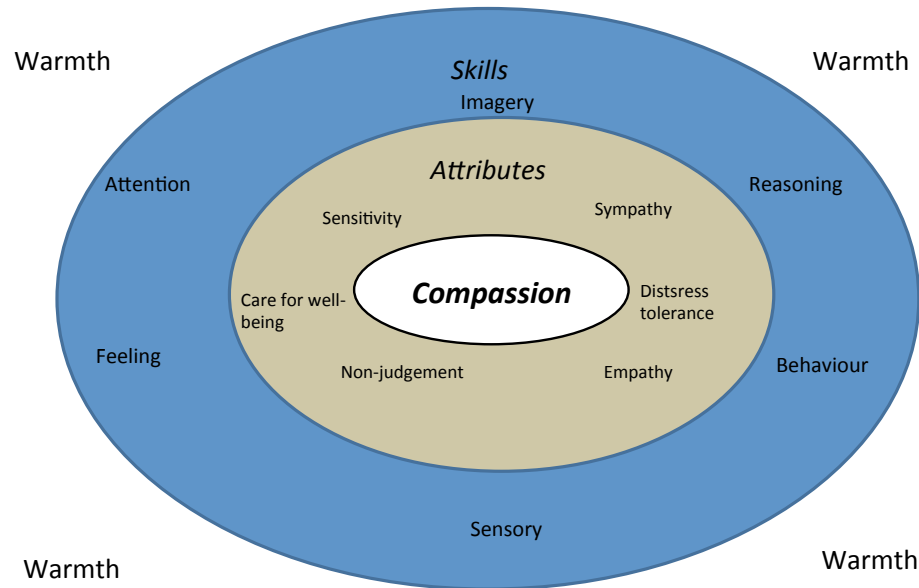
förmågor som att planera, reflektera och genom tankens kraft kunna förflytta oss i tid och rum samt skapa ett själv i en social kontext (Gilbert, 2014) men att förmåga till detta också inneburit en del ”trade-offs”, negativa konsekvenser (Gilbert, 1998). Vi kan när som helst komma i kontakt med lidande och smärta genom vårt tänkande och kan därmed stimulera hotsystem, även om vi inte befinner oss i en hotande situation per se. De tre känslö- och motivationssystemen kan alltså aktiveras av oss själva, både på ont och gott. Gilbert talar om hjärnan som bestående av två delar, och använder sig av begreppen den gamla och nya hjärnan. Människans senare utvecklade kognitiva förmågor, den nya hjärnan, kan alltså spela en fundamental roll som trigger eller bidra till vidmakthållande av mentala problem, då dessa senare utvecklade mentala kompetenser influerar och är influerade av sociala motiv och emotioner som utvecklats långt tillbaka under evolutionen. Gilbert skriver: “our new brain capacities can be hijacked and directed by old brain passions, desires, threats and fears. Our planning, reasoning, imagining, and ruminating can be directed by the emotions and motives of the old brain” (2010, s.6). Trots att det varit centralt för människans överlevnad att ha ett hotsystem som lätt aktiveras är behovet av vänlighet, delaktighet, omsorg och tillhörighet en avgörande roll för vårt välbefinnande. Gilbert menar att vi i alltför liten grad fokuserar på dessa behov idag (2009a). Mer nomotetiska förklaringar till hinder för att utveckla självmedkänsla är att västerländska postmoderna samhällen ofta fokuserar på beteenden ur våra sociala funktioner riktade mot konkurrens. Beteenden som handlar om status och att hävda oss, att uppnå mål och ägande av materiella ting uppmuntras och betraktas som viktiga. Mer idiografiska förklaringar handlar om varje barns behov av att lugnas, tröstas och affektregleras av medkännande vårdgivare. Vid omsorgsbrister försvåras för individen att hantera sitt hotsystem och detta leder till underutvecklat ”soothingssystem” (Gilbert, 2006; Gilbert & Choden, 2012). Gilbert menar att underutvecklat ”soothingssystem” försvårar för individen att visa självmedkänsla och medkänsla med andra på ett funktionellt sätt.

Compassionfokuserad terapi

Gilbert menar att han i sin kliniska verksamhet ofta mötte patienter som visade på en obalans mellan sina motivationssystem (2010a). Traditionellt sett hade psykoterapiområdet fokuserat på att försöka att reglera ned hotsystemet vilket fungerat

till viss del på vissa patienters problem. Gilbert såg att många patienter som inte svarade på traditionell KBT hade hög grad av självkritik och upplevde ofta en mer eller mindre stark skam. Utvecklandet av CFT bygger på antagandet att vissa patienter har ett underutvecklat ”soothingssystem” vilket gör det svårt att känna trygghet och lugn samt att dessa patienter har svårt att trösta och lugna sig själva. I svåra stunder ägnar sig dessa patienter åt hög grad av självkritik vilket snarare aktiverar hotsystemet. Interventioner riktade mot utvecklandet av färdigheter i självmedkänsla hjälper patienter att aktivera sitt ”soothingssystem” som ger känslor av välbefinnande och lugn (Gilbert, 2009a,b). Terapin fokuserar på att öka aktiviteten i system som underlättar välbefinnande, snarare än att fokusera på att sänka ett överaktivt hotsystem. Förutom dessa riktade interventioner innehåller CFT traditionella evidensbaserade kognitivt beteendeterapeutiska interventioner. Vidare menar Gilbert att compassionfokuserad terapi underlättar utvecklandet av ”affiliative emotions”, känslor av tillhörighet, och att dessa underlättar reglerandet av känslor som är skrämmande och ger det mod som krävs för att kunna praktisera acceptans (2014).

Compassionate mind training. Systematisk träning för utvecklandet av medkänsla och självmedkänsla kallar Gilbert för Compassionate Mind Training, CMT. Från den tidigare beskrivna definitionen; “känslighet för eget och andras lidande tillsammans med önskan om och/eller handlande för att minska det” beskrivs vår förmåga till medkänsla med oss själva och andra som en kombination av vissa personliga kvalitéer tillsammans med medkännande egenskaper (attributes) och färdigheter (skills). Se figur 1.



Figur 1 Compassionate Mind Training

Kvaliteter som ligger till grund för utvecklandet av själv/medkänsla beskrivs som förmåga att känna värme och vänlighet tillsammans med visdom som bygger på vår förståelse för förutsättningarna det innebär att vara människa, tillsammans med insikt om hur lite av våra omständigheter vi själva har haft någon kontroll över och att vi själva inte valt vår ”tricky brain” som vi har att hantera. Detta står väl i samklang vad Neff beskriver som ”common humanity” i instrumentet SCS. Andra kvaliteter benämns som styrka och ansvar. Gilbert menar att även om vår känsla av ett själv kommer ur komplex samverkan av gener, strategier som utvecklats genom att vara evolutionärt funktionella, och genom relationer till andra, behöver det inte betyda att vi är passiva aktörer i våra liv (2005). Vi kan ta ansvar för att öka vårt välbefinnande genom vår förmåga till medveten närvaro, reflektion och förståelse för oss själva.

Själv/medkänslans egenskaper härrör från första delen av definitionen, ”förmåga till känslighet för eget och andras lidande”. Dessa beskrivs snarlikt det som Neff beskriver

som mindfulnessdelen i självmedkänsla. Medveten närvaro ligger till grund. ”It allows us to start from where we are, not from where we might like to be, and this provides the ground from where genuine change can take place” (Gilbert & Choden, 2013, s. 221). Vidare beskrivs egenskaperna som bestående av en grundläggande motivation till att utveckla självmedkänsla tillsammans med egenskaperna empati, sympati, ickedömande acceptans och villighet.

Själv/medkänslans färdigheter härrör från definitionens andra del som handlar om ”önskan om och/eller handlande för att minska lidandet”. Dessa beskrivs som färdigheter i att använda uppmärksamhet, resonande/reflekterande och agerande på ett medkännande sätt, tillsammans med utvecklandet av färdigheter i att öka kroppsmedvetenhet och användandet av kroppen (sensory work) tillsammans med imaginära bilder för ökad självmedkänsla. Exempel på detta kan vara att på ett vänligt sätt lägga händerna på sig eller om sig, att ge tröstande beröring tillsammans med vänligt och varmt röstläge och tillhörande vänligt ansiktsuttryck (Gilbert, 2014). Vidare används en rad andnings- och kroppshållningstekniker tillsammans med minnen av sig själv som medkännande för att hjälpa individen att få en upplevelse av medkänsla. En form av känsloreglering kommer då att utvecklas. Den bygger på ökad balans i motivations-och känsloregleringssystemen.

Även psykoedukation ingår som en del av CMT. Den fokuserar på information och övningar riktade mot förståelse för hur vår hjärna fungerar men omfattar även teoriavsnitt med fokus på självkritik och skam, dessas uppkomst, funktion, uttryck, konsekvenser och vidmakthållande.

”Compassion grows where one has an insight into the nature of suffering, the competencies and value of compassion, with opportunities to practice them and gain confidence in using them” (Gilbert, 2014, s. 13)

Tidigare forskning

Genomgång av de studier som gjorts på CFT och på CMT, visar att det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för att kalla compassionfokuserad terapi för evidensbaserad (Leaviss & Uttley, 2014). Till idag finns tre randomiserade kontrollerade studier gjorda på CFT/CMT varav endast en på klinisk population, patienter med schizofreni (Brähler et

al., 2013). Leaviss och Uttleys (2014) genomgång av studier med annan metodologi än RCT, som publicerats, visar att terapiformen testats på en rad olika kliniska populationer såsom patienter med ångest och depression. Ursprungligen skulle behandlingen riktas mot patienter med hög grad av skam och självkritik men terapiformen har snabbt kommit att prövas i allt snabbare takt på fler grupper. Genomgången pekar på att gruppen med hög grad av självkritik tycks vara den som har mest nytta av behandlingen. Då CMT bygger på en hel del interventioner som vanligen ingår i KBT (se ovan) så förväntas även patienternas symtomatologi på psykiatriska symtom som ångest och depressivitet att minska. Frågan i denna studie är om interventionerna riktade mot ökad självmedkänsla i CMT också kommer att ge utslag på SCS på en transdiagnostisk klinisk population. I Leaviss och Uttleys sammanställning över psykoterapistudier gjorda på compassionfokuserad terapi ser man att i Brählers med kollegors studie (2013) användes inte SCS som instrument för att mäta grad av självmedkänsla. I de kvasiexperimentella studier och i observationsstudier som redovisas har självmedkänsla mätts med SCS i population som behandlats för trauma (Beaumont, Galpin & Jenkins, 2012) och Lucre och Corten (2013) undersökte en population av tio personer med personlighetsstörning. Vad gäller studier som undersökt liknande frågeställning som i denna har Gilbert (2006) undersökt en transdiagnostisk population med sex patienter med vad som kallas för långvariga komplexa svårigheter. Patienter fick i 12 dagar tvåtimmarssessioner med CMT i samband med KBT-behandling. I den studien användes inte SCS för att mäta förändringar i grad av självmedkännande. I en studie av Judge med flera (2012) undersöktes en population av 42 personer med blandade diagnoser med en mängd olika instrument i fråga om hur väl de svarat på mellan 12 och 14 veckors behandling med CMT men inte heller de använde SCS för att undersöka förändringar i självmedkänsla. De undersökte grad av självkritiska tankar med instrumentet Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) och resultatet visade på signifikant minskning av dessa efter behandlingen.

Transdiagnostisk behandling

Det har länge funnits en tradition inom KBT-fältet att från Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, American Psychiatric Association, 1994) utforma

diagnosspecifika behandlingar (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). Syftet är att det ska underlätta förståelse av problemens uppkomst och vidmakthållande samt bidra till att effektiva behandlingar utformas. Att en klinisk population uppfyller kriterier för fler än en diagnos verkar vara närmast en regel. Enligt Kessler m.fl. (1994) uppfyller psykiatriska patienter kriterier för i genomsnitt 2,1 ”disorder” per person. Det transdiagnostiska perspektivet ger oss utrymme för att finna mer övergripande ”across disorders” (Harvey et al., 2004) processer eller färdighetsbrister som möjligen kan hjälpa oss när problembilden blir mer divergent. Ett exempel är teorin om experiential avoidance som förklarar psykologiska problem på ett sätt som går att applicera transdiagnostiskt (Hayes et al., 1999). Teorin handlar om hur beteenden att på kort sikt undvika inre upplevelser med hänvisning till att de är obehagliga, trots att dessa undvikanden leder till ett mindre värdefullt liv i förlängningen, bidrar till psykologiska svårigheter. En annan övergripande teori som fungerar i ett transdiagnostiskt paradigm är teorin om ”current concerns” (Klinger, 1987). Den beskriver hur individer med psykologiska svårigheter delar gemensamma färdighetsbrister och att det finns vissa gemensamma aspekter av psykologisk problematik. Vad som blir fokus för dessa är det som individen fäster uppmärksamheten vid. Detta kan förklara hur KBT-behandlingar som riktar sig mot diagnosspecifika svårigheter ändå tycks ha effekt på en bredare symtomflora än vad behandlingen riktat sig mot. Vidare tycks vissa behandlingskomponenter ha evidens för de flesta psykologiska svårigheter till exempel psykoedukativa insatser, exponering, förhållningssätt till kognitioner, bryta undvikanden och öka beteenden som står under appetitiv kontroll (Harey et al., 2004). Compassionfokuserad terapi kan sägas vara en transdiagnostisk behandling utifrån resonemanget ovan. Den riktar sig snarare mot specifika färdighetsbrister än mot diagnosspecifika kriterier.

Psykoterapeutisk behandling i grupp

KBT i grupp ökar tillgången på psykologisk behandling vilket i sig talar för formatets fördel. Förutom detta finns ett flertal andra fördelar jämfört med en individuell sådan såsom att tillfredsställa behov av tillhörighet, inläring via modellering, möjligheter att pröva och etablera nya förhållningssätt och idéer tillsammans med andra samt finna stöd av andra i hantering av psykologiska svårigheter samt

problemlösningsträning. Gruppbehandling ger möjlighet att hjälpa andra vilket ytterligare förstärker nyinläring (Bieling, McCabe & Antony, 2006; Hassmén, Hassmén & Plate, 2003).

Gilbert skriver att ”a mind of one person can have such a powerful impact on the mind of another”(Gilbert & Leahy, 2007, s 107). CMT i grupp bidrar på ett funktionellt sätt till mindre grad av skam och självkritik hos deltagarna. Gilbert menar att compassion är ett mäktigt verktyg för att skapa goda relationer mellan människor. Aktivitet i vårt ”soothing-system” underlättar för upplevelse av tillhörighet och gemenskap med andra (2010a). Medkänsla för andra, ger förändrade inre föreställningar om andras föreställningar om oss. Vi föreställer vår egen påverkan på andra i ett mer positivt ljus, vilket leder till att vi känner oss tryggare, mer värdefulla och mindre ensamma, vilket i förlängningen minskar skam och självkritik. Vi är födda med behovet av att accepteras och få tillhöra andra och motsatsen kan leda till skam och känsla av alienation, vi kanske drar oss undan, kanske vi inte rör oss mot våra värden. Kelly med flera (2012) har visat att minskad grad av förmåga att känna social trygghet och känsla av tillhörighet med andra, predicerar sårbarhet för psykopatologi. I denna studie bedrevs CMT i grupp.

Syfte

Syftet med den aktuella studien är att med hjälp av instrumentet Self Compassion Scale (kortform) undersöka om en manualbaserad gruppterapi med fokus på interventioner anpassade för att öka graden av självmedkänsla, ger effekt på ovan nämnda skala. Studiens huvudsakliga frågeställning är således om behandling med CMT i grupp, på en transdiagnostisk klinisk population, kan förändra graden av självmedkänsla mätt med SCS-SF i positiv riktning. Utöver denna huvudsakliga frågeställning ställs ytterligare en fråga om gruppbehandling med CMT kan resultera i en positiv förändring i ångest- samt nedstämdhetssymtom, leda till ökad funktionsnivå samt ge förändringar i psykologisk flexibilitet som man kan förvänta sig.

Metod

Design

Studien genomfördes enligt en en-gruppsdesign med för- och eftermätning med självskattningsinstrument. De variabler vi har avsett att mäta är självmedkänsla med skattningsformulär SCS vid behandlingsstart samt avslutning. Ingen kontrollgrupp har använts då mottagningens kliniska uppdrag inte gjorde detta möjligt. Inte heller väntelistekontroll eller annan gruppbehandling har varit möjligt att tillgå.

Deltagare

Deltagarna i studien var patienter på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i en mellanstor stad i södra Sverige. De patienter som inkluderades rekryterades från redan pågående kontakter eller nybesök. De kom till mottagningen genom egenanmälan eller remiss från annan vårdenhet. De hade bedömts som i stort tillhörande specialistpsykiatrisk population även om några av deltagarna möjligen låg kring gränssnittet till att tillhöra primärvårdspopulation. Totalt var det 43 deltagare, varav 38 kvinnor och 5 män. Ålder mellan 18-70 år.

Deltagarna var fördelade på sju stycken behandlingsgrupper. Medelåldern var 40,6 år med en sd på 11,4.

Alla deltagare var diagnosticerade utifrån DSM- IV med totalt tjugofyra olika diagnoser. Femton av deltagarna hade två diagnoser och fem av dem tre. Arton av deltagarna uppfyllde kriterier för någon form av ångestdiagnos, fjorton av dem för någon depressionsdiagnos, två uppfyllde kriterier för bipolär störning, fem personer uppfyllde kriterier för personlighetstörningsdiagnos, tio för någon av diagnoserna avseende stress, tre för psykos, fyra för ätstörning, tre för smärta och två uppfyllde kriterier för diagnos ADHD och uppmärksamhetsstörning.

Inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var förmåga att delta i två timmars gruppbehandling i veckan, och att genomföra hemuppgifter med nära daglig träning. Deltagarna informerades om förutsättningarna och fick själva ta ställning till sin förmåga att delta på dessa premisser. Vidare inklusionskriterier var att deltagarna rapporterade uttalade färdighetsbrister i självmedkänsla, visade hög grad av närvaro av de

tre subskalorna som indikerar låg grad av självmedkänsla som primär problematik. Exempel på detta var svårigheter att förhålla sig närvarande i nuet med acceptans och villighet och/eller hög grad av isolation tillsammans med ett mönster av hög grad av självkritik i svåra stunder, i motsats till vänlighet och medkännande med sig själv, allt utifrån den presumtive deltagarens egen verbala utsaga om sig själv.

Ingen av dem som bedömdes exkluderades däremot var inklusionskriterierna tydliga för både patient och behandlare om vad som förväntades gällande lämplighet för deltagande. Exklusionskriterier kunde dock ha varit bedömningsvariabler såsom kognitiva och relationella svårigheter eller funktionsnedsättningar som försvårar gruppbehandling både för patienten själv och andra deltagare. Inga skattningsskalor användes vid den kliniska intervjun för att använda som cut-off gällande lämplighet.

Bortfall. 53 stycken deltagare var inkluderade i grupperna. 10 stycken deltagare hoppade av och därmed var det 43 stycken som fullföljde gruppen. Vanligaste orsaken till avhopp var förhinder med mer än tre gånger och att det då saknades avslutningsmätningar. De patienter som valde att avsluta gruppen återremitterades till tidigare behandlare och erbjöds att få delta i nästa CMT-grupp eller annan evidensbaserad vård. Patienter som räknas som bortfall är inte inkluderade i beräkningarna.

Kursledare. Den behandlingspersonal som genomförde behandlingen var en av översättarna till manualen (och en av författarna till denna uppsats), tillika legitimerad psykolog med god vana av gruppbehandling och arbete med kognitiv beteendeterapi. Huvudansvarig terapeut har varit samma person vid samtliga tillfällen, däremot har co-terapeuter varierat, vid alla tillfällen utom två har co-terapeut varit annat legitimerad psykolog, vid ett tillfälle var co-terapeut socionom och vid ett var det en psykologkandidat.

Procedur

De grupper som inkluderats i studien genomförde sina behandlingar under hösten 2010, hösten 2011, hösten 2012, våren 2013, våren 2014 samt två grupper från hösten 2014. Det var mellan fyra och åtta deltagare i grupperna. Patienterna rekryterades ca två

veckor till åtta veckor innan behandlingsstart. Därefter var gruppen uppdelad på 12 till 14 behandlingstillfällen beroende av schematekniska omständigheter. Mottagningen har flertalet transdiagnostiska grupper och rekryteringen gjordes utifrån att behandlingspersonal bedömde patienter med redan pågående kontakter lämpliga för denna gruppbehandling. Behandlingspersonalen på mottagningen var välinformerade kring mottagningens behandlingsutbud. Information om gruppstart gavs vid möten och broschyrer fanns tillgängliga både för övrig personal och för besökande på mottagningen där information kring behandlingen beskrevs. Bedömningar kring lämplighet gjordes av legitimerad personal, oftast av psykolog, och om osäkerhet fanns angående lämplighet så erbjöd gruppens ansvariga psykolog och författare till uppsatsen en kompletterande bedömning för att säkerställa att inklusionskriterierna var uppfyllda.

Alla gruppssessioner följde samma struktur med tydlig agenda och tema för dagen. Alla gruppssessioner började med en övning, följt av genomgång av hemuppgifter och den träning som deltagarna gjort själva under veckan. Därefter ett parti med psykoedukation eller diskussion kring ett tema styrt av modellen av självmedkänslans egenskaper och färdigheter (se ovan) samt nya övningar kopplade till temat. Sessionerna avslutades med genomgång av nya hemuppgifter.

Vid första behandlingstillfället informerades deltagarna både muntligen och skriftligen om förutsättningarna och konsekvenserna av deltagandet i studien och deltagarna fyllde i informerat samtycke och skattningar. De skattningar som fylldes i var Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD 7) för mätning av grad av ångestsymtom (Löwe, et al. 2008), Patient Health Questionnaire (PHQ 9) för mätning av depressiva symtom (Kroenke, Spizer & Williams, 2001), Work and Social Adjustment Scale (WSAS) som är ett funktionsskattningsinstrument (Mundt, Marks, Shear & Greist, 2002), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) för mätning av psykologisk flexibilitet (Bond et al., 2011) samt SCS-SF för mätning av grad av självmedkänsla. Alla instrument användes inte genomgående i studien utan data från ovan beskrivna instrument samlades in av sex olika grupper förutom AAQ-2 som samlades in av fem av totalt sju grupper som ingick i studien. Sessionen fortsatte med en översiktlig information kring gruppens innehåll samt en kort presentation av deltagare och gruppledare. Patienterna informerades kring sekretess och att uteblivande vid tre tillfällen innebar att

deltagaren inte kunde fullfölja gruppen utan istället erbjöds att delta i nästa CMT-grupp eller annan behandling.

Session 1-3. Innehållet i sessionerna dominerades av psykoedukation kring medkänsla för sig själv och andra och dess betydelse för psykiskt välbefinnande, samt träning i självmedkänslans egenskaper. Genom olika pedagogiska interventioner som metaforer och upplevelsebaserade övningar tränades acceptans, fokusering, medveten närvaro och ett ickedömande förhållningssätt. Diskussioner fördes om själv/medkännande egenskaper som empati och sympati och deltagarna fick hjälp att försöka operationalisera begreppen. Genomgående under hela behandlingen uppmanades patienterna att aktivt dela med sig av sina erfarenheter, reflektioner och uppmuntrades att ställa frågor. Se Tabell 1.

Session 4-13. I detta avsnitt så fördjupades behandlingen med psykoedukation, övningar och hemuppgifter kring hjärnan, dess känslsystem och dess betydelse för mänskligt agerande. Träning och kring medkänslans egenskaper fortgick samtidigt som fokus alltmer riktades mot självmedkänslans färdigheter. Patienterna arbetade med kartläggning av situationer som väckt självkritik samt registreringar av självmedkännande och självkritiska tankar samt självmedkännande handlingar. Affekten skam ingick som en viktig komponent både gällande psykoedukation och självmedkännande övningar.

Sista sessionen. Sista gången ägnades åt att sammanfatta vad som gjorts under behandlingen samt repetera vissa moment. Patienterna fick göra en vidmakthållandeplan och arbeta med egna erfarenheter och behov. Gruppen uppmuntrades att arbeta med planering kring sina egna behov och verk samma övningar som berörde självmedkänsla och självomhändertagande. Även tecken på bakslag och plan för åtgärder formulerades av varje enskild deltagare.

Tabell 1. Innehåll i CMT fördelat på sessioner

Session	Tema/fokus	Innehåll	Hemuppgifter
1	Medveten närvaro och uppmärksamhet	Introduktion, presentation och regler. Övningar för uppmärksamhet samt närvaro	Sessionens övningar
2	Acceptans	Psykoedukation, upplevelsebaserade övningar och metaforer om acceptans	Sessionens övningar kartlägga acceptans, agera med acceptans
3	Ickedömande och ickevärderande	Psykoedukation, övningar, självkritikens makt. Om rent och orent lidande	Träning av dagens och tidigare övningar
4	De tre känslosystemen	Om hjärnan och känslosystemen. Medkänslans egenskaper Rogivande andning	Nya och tidigare övn. Registrering av självmedkänsla
5-6	Skam och självkritik	Motstånd mot självmedkänsla Övningar och kartläggning av skam Imaginära övningar i medkänsla Konsekvenser av skam	Träning av övningar Kartläggning av tankar
7	Konceptualisering	Medkännande själv. Kartläggning av självkritikens uppkomst och vidmakthållande Imaginära övningar i själv/medkänsla	Träning av övningar Egen konceptualisering
8-9	Konceptualisering	Genomgång av individuell konceptualisering. Loving-kindness. Medkännande självet	Träning av övningar Registrering av självkritik
10-13	Självmedkänslans egenskaper och färdigheter	Övningar, imaginära, "letter-writing" och diskussioner om temat.	Träna övningar Brevskrivande Kartläggning av eget beteende
Sista gången	Sammanfattning vidmakthållande	Repetition av övningar och behandlingens innehåll	Att göra det som fungerar. Vidmakthållandeplan

Kortfattad översikt över centralt innehåll i behandlingssessionerna.

Material

Gruppbehandlingarnas innehåll följde en manual som i stort är en översättning av Gilberts "Training our minds in, with and for compassion" (2010b) som finns på www.compassionatemind.co.uk. Manualen översattes 2010 av en av författarna tillsammans med ett flertal kollegor. Manualen har genomgått vissa anpassningar genom de år som insamlandet av data pågått men ändå varit trogen teori och praktik enligt ovanstående. Gruppbehandlingen har bestått av mellan 12 till 14 sessioner beroende på schematekniska faktorer.

Beskrivning av mätinstrumenten

SCS-SF. Self-Compassion Scale (Neff, 2003) är ett självskattningsinstrument med ursprungligen 26 item med en Likertskala från 1 (nästan aldrig) till 5 (nästan alltid) som avser att mäta sex komponenter av självmedkänsla.

Neff (2003) har visat att skalorna har god diskriminativ validitet och att test- retest reliabilitet på hela testet var .93. Cronbach's alpha på subskalorna var .80 till .88. I denna studie har använts en kortform av SCS (SCS-SF) med 12 item i stället för 26 och kortformen har nära nog perfekt korrelation men fullskaliga instrumentet (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). I denna studie används en svensk översättning av SCS som översatts via Norrbottens läns landstings FoU-sektion. Den svenska versionen har översatts från engelska till svenska och tillbaka igen för att försöka få så exakt överensstämmelse med originalet som möjligt. Den svenska översättningen har inte validerats och reliabilitetstestats.

Andra skattningsinstrument som har använts vid denna studie men som inte har varit huvudfokus för denna uppsats har varit PHQ-9, GAD-7, WSAS, AAQ-2.

PHQ-9. Patient Health Questionnaire är ett självskattningsformulär bestående av nio item med en Likertskala från 0 (inte alls) till 3 (nästan varje dag) som avser att mäta upplevda besvär inom de nio olika kriterier som återfinns vid depression i både ICD-10 samt DSM-IV. Instrumentet har validerats på 6000 patienter och den interna konsistensen uppmättes till .86-.89 och test-retest uppmättes vid två tillfällen till $r = .84$ (Kroenke et al., 2001). Cut-off gränser är 0-4 p: inga depressiva symtom, 5-9 p: lindriga depressiva symtom, 10-14 p: måttliga depressiva symtom, 15- 19 p: medelsvåra depressiva symtom, 20- 27 p: svåra depressiva symtom. 10 p eller mer är cut-off för 88 % av patienterna som uppfyller kriterier för depression (Kroenke et al., 2001).

GAD-7. Generalized Anxiety Disorder Assessment är ett självskattningsformulär bestående av sju item med en Likertskala från 0 (inte alls) till 3 (nästan varje dag) som avser att mäta symtom som nervositet och oro. Instrumentet utvecklades primärt för att mäta generaliserat ångestsyndrom. Testet innehar en god reliabilitet och validitet, den

interna konsistensen ligger på .92 och test re-test reliabiliteten $r=.82$ (Splitzer et al., 2006). 10 poäng på instrumentet är cut off för 89 % av individer med GAD. Men GAD-7 kan även vara användbart för andra ångeststörningar vilket ökar användbarheten då instrumentet kan användas för en generell nivåmätning avseende ångest. Cut-off på 8 poäng anses visa en nivå där 75 % av patienterna uppfyller någon typ av ångeststörning (Löwe et al., 2008)

WSAS. Work and Social Adjustment Scale är ett självskattningsinstrument bestående av fem item med en Likertskala från 0 (inte alls försämrad) till 8 (mycket allvarligt försämrad) som avser att mäta funktionsnivå. Instrumentet har en maxpoäng på 40, ju högre poäng desto större funktionsnedsättning. Frågorna ställs inom olika funktionsområden såsom social funktionsnivå, arbetsförmåga och funktion vad gäller skötsel av hemmet. Skalan ger en god validitet och reliabilitet, Cronbach's alfa visar i studier mellan .70 till .94 och test-retest korrelation är .73, och samvarierar med psykiska symtom. 10-20 poäng på instrumentet indikerar påtaglig försämring i funktionsnivå och värde över 20 poäng på WSAS indikerar medelsvår till svår funktionspåverkan (Mundt et al., 2002).

AAQ-2. Acceptance and Action Questionnaire är ett skattningsformulär bestående av tio item med en Likertskala från 1 (aldrig sant) till 7 (alltid sant) som avser att mäta psykologisk flexibilitet, acceptans samt upplevelsebaserat undvikande. Tre av de sju frågorna är inverterade vilket innebär att poängen räknas om i slutresultatet. Testet har god validitet och reliabilitet, Cronbach's alfa .78 - .88 och tre respektive 12-månaders test-retest reliabilitet är .81 och .79 (Bond et al., 2011).

Etik

Vid genomförandet av studien har följande etiska krav beaktats; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2015). Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om sina uppgifter i studien och vilka villkor som gällde för deltagande. De informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst, utan att behöva motivera sig, kunde välja att avbryta sin medverkan.

Vidare informerades deltagarna om att de skulle ges största möjliga konfidentialitet och om hur insamlat material skulle förvaras och användas. Exempelvis informerades deltagarna om sekretessregler. Alla deltagare i grupperna fick förbinda sig till tystnadsplikten såtillvida att inget som rörde andra deltagare i grupperna fick föras vidare. Ytterligare information gällde användandet av det insamlade materialet, att detta endast kommer att användas som underlag för denna uppsats samt för utvärdering av behandlingsformen och möjligen i framtiden ligga till grund för skrivande av artikel. Deltagarna erbjöds möjlighet att få ta del av resultatet av det insamlade materialet.

Analys

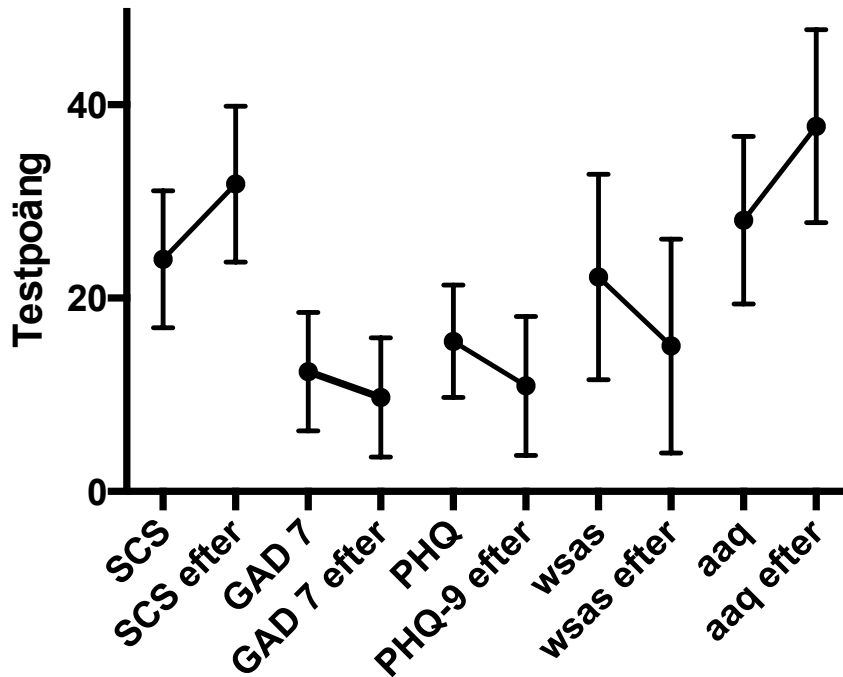
Alla statistiska beräkningar utfördes i Statistical Package for the Social sciences (IBM SPSS Statistics, version 22 för MacOSX, Chicago, USA). För att se vilka skillnader som fanns mellan testresultaten före behandling och efter behandling så valdes mätning med parade t-test. De krav som finns för att använda parametriska test var uppfyllda avseende normalfördelning och varians.

Effektstorlekar som har använts vid beräkningarna på beroendevariabeln var Cohens d. Detta utgår ifrån skalan att 0.2 räknas som liten effektstorlek, >0.5 innebär måttlig effektstorlek och >0.8 står för stor effektstorlek (Cohen, 1988). De signifikansvärden som redovisas är $p=.05$ och inga korrektion för multipla jämförelser gjordes.

Resultat

De patienter som uteblev fler än tre gånger saknar avslutningsdata. Resultaten räknas därför på 43 patienter. På de 10 deltagare som avslutade behandlingen i förtid gjordes inga beräkningar eller jämförande beräkningar. Inga beräkningar gjordes heller baserade på ålder, kön, sociodemografiska data eller farmakologisk behandling, detta på grund av begränsningar inom ramen för uppsatsen.

Figur 2 visar medelvärdena och förändring i medelvärden vid behandlingsstart samt behandlingsavslut



Figur 2 Medelvärde för skattningsskalor

I Figur 2 redovisas resultat avseende de formulär som samtliga deltagare fyllde i vid start och avslut av behandlingen samt skillnad i medelvärde. Däremot så finns förtydligande signifikansvärden och effektstorlekar redovisade i tabell 2.

Utfallsmått

Eftersom vår primära hypotes var att behandling med CMT skulle ge en positiv effekt på uppmätt självmedkänsla, innebär det att dessa resultat stödjer vår hypotes. Att det återfinns en viss skillnad i n=talet på de olika skattningsformulären beror på administrativa skäl som att samtliga formulär ej fylldes i. För PHQ-9, GAD-7 samt WSAS är det önskvärt med sjunkande resultat på skattningarna och för AAQ-2 och SCS är det önskvärt med stigande resultat på skattningarna. Effektstorlek (Cohens d) beräknad på för och eftermätningar. De 43 deltagarna visade, på gruppnivå, signifikanta skillnader

gällande ökad självmedkänsla mätt med SCS vid avslutsmätning i jämförelse med startmätningen. Detta bekräftades med $p < .000$ och effektstorleken var stor ($d = 1.02$) (Cohen, 1988).

SCS-SF. Resultaten på SCS-SF beräknades på 39 deltagare ($n = 39$). Medelvärde före behandling var 24,0 och efter behandling 31,8 (standardavvikelse, Sd, var före behandling 7,1 och efter behandling 8,1) vilket var signifikant högre värden vid avslutning än vid inledning av behandlingen ($p < .000$ och $t(38) = -5,9$). Effektstorlek var vid mättillfället stor ($d = 1.02$).

GAD-7. Resultaten på GAD-7 beräknades på 36 stycken deltagare ($n = 36$). Medelvärde före behandling var 11,94 och medelvärde efter behandling var 9,75 (Sd var före behandlingen 6,32 och efter behandlingen 6,57). Uppmätta skillnaden i deltagarnas självskattningar från inledningen till avslutet av behandlingen var signifikanta ($p < .000$, $t(35) = 2.72$). Effektstorlek var liten ($d = .34$).

PHQ-9. Resultaten på PHQ-9 beräknades på 36 stycken deltagare ($n = 36$). Medelvärde före behandling var 15,4 och efter behandling 10,9 (Sd var före behandling 5,9 och efter behandling 7,2). Uppmätta skillnaderna i deltagarnas självskattningar från inledning till avslutet av behandlingen var signifikanta ($p < .000$, $t(35) = 4.36$). Effektstorleken var måttlig ($d = .69$).

WSAS. Resultat på WSAS beräknades på 37 stycken deltagare ($n = 37$). Medelvärde före behandling var 22,2 och efter behandling 14,8 (Sd var före behandling 10,6 och efter behandling 10,9). Uppmätta skillnader i deltagarnas självskattningar från inledning till avslut av behandlingen var signifikanta ($p < .000$, $t(36) = 4.3$). Effektstorleken var måttlig ($d = .69$).

AAQ-2. Resultat på AAQ-2 beräknades på 33 stycken deltagare ($n = 33$). Medelvärdet före behandling var 28,2 och efter behandling 37,6 (Sd var före behandling 8,5 och efter behandling 10,0). Även på detta instrument var deltagarnas självskattning signifikant

lägre vid avslut av behandlingen än vid inledning av densamma ($p < .002$, $t(32) = 6.0$). Effektstorleken var stor ($d = 1.02$).

Resultaten avseende förändring visar tydliga och signifikanta resultat i samtliga mätbetingelser och avser en klinisk population mätt med normer för en klinisk population. Resultaten finns även redovisade i Tabell 2.

Tabell 2. Medelvärde, standardavvikelser, signifikans och effektstorlek

Mått	Före		Efter		t	p	d	(n)
	M	Sd	M	Sd				
SCS	24.3	7.1	31.8	8.1	-5.9	.008	1.02	39
AAQ2	28.2	8.5	37.6	10.0	-6.0	.002	1.02	33
GAD7	11.9	6.3	9.8	6.6	2.7	.000	0.34	36
PHQ9	15.4	5.9	10.9	7.2	4.4	.000	0.69	36
WSAS	22.2	10.6	14.8	10.9	4.3	.001	0.69	37

Diskussion

Något som författarna strävat efter är att undersöka möjligheten att öka livskvalitén och förbättra självomhändertagandet för de personer som söker hjälp inom specialistpsykiatrin och som har svårigheter att visa medkänsla med sig själva och som i stället ägnar sig åt en hög grad av självkritik och/eller har en stark upplevelse av skam. Den kliniska population som ingått i studien har diagnostiserats med 25 olika diagnoser. Syftet var att undersöka hypotesen om huruvida behandling med Gilberts CMT leder till ökad självmedkänsla mätt med instrumentet SCS. Som tillägg till huvudsyftet undersöktes också om behandlingen leder till lägre grad av ångest och nedstämdhet och om acceptans och psykologisk flexibilitet samt grad av funktionsnivå ökar. I denna icke kontrollerade studie visade gruppbehandling med CMT signifikanta resultat avseende ökad självmedkänsla och därtill även minskning av ångest, depression och ökad psykologisk flexibilitet samt funktionsnivå. Effektstorlekar varierade mellan små och stora. De positiva resultaten är ett klart incitament till att studera CMT vidare. Fokus för den aktuella studien var att undersöka förändring i självmedkänsla vilket är en hörnsten i CFT:s teoretiska ramverk. Tidigare studier som har undersökt effekt av CFT har oftast fokuserat på reducerad symtomatologi vilket är brukligt vid klinisk forskning. Om självmedkänsla skulle vara en kärnfärdighet oberoende av psykiatrisk diagnos så kan detta öppna upp för ett mer transdiagnostiskt arbete (Harvey et al., 2004). En tidigare studie (Judge et al., 2012) visar hur en transdiagnostisk population som behandlas med CFT i grupp får signifikanta resultat avseende symtomreduktion på ångest och depression samt totalt 12 andra mått avseende stress och självkritik. Resultaten är signifikanta.

Denna studie bekräftar resultat avseende minskad symtomatologi och kompletterar evidensläget med att visa på att den enligt teorin verksamma komponenten självmedkänsla mätt med SCS, påverkas positivt av behandlingen.

Studiens svagheter kan beröra frågor kring generaliserbarhet, vilket författarna är medvetna om. Att generalisera till andra populationer än den i studien försvåras av att studien saknar kontrollgrupp, och att det därför finns en mängd variabler som kan ha spelat in i patienternas förändring; medicinjusteringar, livsstilsförändringar och spontan

förbättring över tid är faktorer som vi inte har kontrollerat för. Anledningen till att detta var för att begränsa uppsatsens omfång. Denna studie är utförd på en öppenvårdspsykiatrisk mottagning i södra Sverige. Studiens utförande är ett resultat av de villkor som ingår i det dagliga kliniska arbete som utförs på mottagningen. De villkor som föreligger omöjliggjorde att ställa patienter på väntelista eller att använda annan typ av kontrollgruppsfunktion. Däremot kan det kanske på sikt vara möjligt att ha någon annan form av kontrollgruppsfunktion, exempelvis med en traditionell KBT-kontrollgrupp, förslagsvis Barlows Unified Protocol eller ACT-grupp som även de riktar sig mot en transdiagnostisk population.

Manualen är översatt av en av författarna tillsammans med kollegor men den har inte genomgått någon utomstående språkgranskning. Sessionerna följde en behandlingsstruktur, dock har det inte skett någon yttre kontroll i form av mätt adherenceskattningar eller videoinspelad handledning, vilket annars hade kunnat vara önskvärt för att kunna kvantifiera manualtrogenhet. En annan begränsning är avsaknad av uppföljning efter sista behandlingssessionen. Även variabler som att huvudansvarig gruppleddare varit densamma, även om co-terapeuter varierat, är naturligtvis något som kan ha påverkat utfallet men som studiens design gjort svårt att kontrollera för.

De styrkor som föreligger skulle kunna vara att studien gjordes i en transdiagnostisk population. Då patienterna varierade i ålder, kön, diagnos, tidigare erfarenheter av psykiatrisk kontakt samt farmakologisk behandling och det i stort sett inte fanns exklusionskriterier för deltagande, bedöms studien som verklighetsnära. Inga formella inklusions- eller exklusionskriterier fanns men däremot praktiska inklusions/exklusionskriterier som att patienterna skulle bedömas lämpliga för att klara av behandlingen i grupp. Oavsett detta är den ekologiska validiteten hög.

Att tekniker som leder till nya färdigheter tycks generaliserbara är något som författarna menar syns i studien. Gruppen var en transdiagnostisk population som delade hög grad av självkritik och skam. Det som visats sig i patienternas självskattningar är att även symtom minskat samt att beteenderepertoaren ökat genom ökad funktionsförmåga. Detta tolkar författarna som att viss generaliserbarhet syns i studien trots metodologiska brister.

En annan styrka med vår studie, som vi ser det, är att behandlingen har bedrivits i grupp. Användning av gruppformat vid psykoterapi är inte ovanligt men trots detta saknar många mottagningar gruppbehandlingar. Gruppformat är en del av att kunna öka möjlighet till KBT-behandling i gängse psykiatrisk vård. Gruppformatet har fördelar på olika nivåer. För den enskilda patienten så innebär deltagande i gruppformat en möjlighet till reflektion, psykopedagogiskt dryftande och omfattande stöd och validering i en smärtsam livssituation (Yalom, 2005). Dessutom ger gruppformatet en möjlighet till modellering och inläring genom att dela erfarenheter och färdighetsträning med andra människor. Gruppbehandling med CMT innebär att affekten skam lyfts upp som en viktig del vid mer terapiresistenta tillstånd (Gilbert, 2009). Då affekten skam har en inhiberande effekt vid olika typer av beteendeförändringar (Gilbert, 2009) så ger gruppformatet en möjlighet att normalisera och patienterna får hjälp att reflektera kring egna färdigheter och brister och få det stöd från gruppen som inte kan finnas i en individualterapi. Andra delar av att erbjuda CMT och KBT i grupp handlar om ett populationsansvar för den psykiatriska vården. För att möjliggöra tillgänglighet så är gruppbehandling en intressant aspekt eftersom proceduren innebär att det är ca 14 tillfällen a 90 minuter vid varje tillfälle och det är möjliggör flertalet patientkontakter. Det finns en klar hälsoekonomisk fördel då det möjliggör att färre behandlare tar emot fler patienter och vilket kan anses som en stor fördel då KBT är en rekommenderad metod vid flertalet psykiatriska tillstånd men där tillgången till gediget utbildad KBT-behandlare är begränsad. Snabb tillgång till behandling ökar även möjlighet till ett bättre behandlingsutfall (Loumides & Shropshire, 1997) vilket får ses som en stor vinst för både patient och behandlare. Författarna menar att denna studie visar att CMT i grupp är effektivt.

Även om denna studies resultat visar att CMT ökar grad av självmedkänsla, så är det möjligt att göra andra alternativa tolkningar av resultatet. Är det handlingen ”att delta i gruppterapi” per se som kan förklara resultatet av ökad självmedkänsla. Skulle vilken annan gruppterapi som helst ge ökad grad av självmedkänsla mätt med SCS enligt diskussionen ovan?

CMT innehåller interventioner som kan sägas vara generella för KBT. Kan verksam psykoterapi öka grad av självmedkänsla oavsett terapiform? Gilberts tes är att ett

välutvecklat soothingsystem hjälper oss att balansera de reaktioner som svåra och stressfyllda livssituationer innebär. Är det möjligt att även annan verksam psykoterapi ger samma effekt även om det är Gilbert som mest tydligt operationaliserat begreppen?

I CFT betonas många av de egenskaper som ingår i begreppet medveten närvaro och patienters förmåga till psykologisk flexibilitet och acceptans. Detta är centralt även i andra terapiformer som visat sig effektiva. Att kunna vara accepterande inför livets villkor och att hitta rätt mellan ändamålsenligt och icke-ändamålsenligt handlande tenderar till att öka det vi kallar psykologisk flexibilitet (Kelly, Carter, Zuroff & Borairi, 2013). Med dessa färdigheter ökar vår handlingsberedskap inför det liv som vi lever, vilket i sig skulle kunna öka grad av självmedkänsla. Upptagenhet kring upplevelsebaserat undvikande leder till psykologisk rigiditet vilken tenderar att vara högre hos människor med olika former av psykopatologi. Möjligt är att psykopatologi i sig leder till högre grad av självkritik, självförakt och isolering.

Frågan om självmedkänsla ökade (enligt SCS) efter CMT är något som författarna anser att studien besvarat. En fråga som går utöver studien huvudsakliga syfte är kopplingen till den symtomreduktion som framkommit. Kan grad av självmedkänsla mätt med SCS snarare vara ett mått på förmåga att tillgodogöra sig terapi än ett resultat av den? Skattningar avseende funktion och symtom är gängse rutin för att utvärdera behandlingsutfall men kan det även vara så att mätning av självmedkänsla kan vara ett viktigt mått för att kunna bedöma patientens förmåga att på ett effektivt sätt tillgodogöra sig psykoterapeutisk behandling oavsett teknik och fokus för interventioner? Detta har exempelvis undersökts på patienter med ätstörning som fick traditionell KBT-behandling (Kelly et al., 2013) där inte interventioner för ökad självmedkänsla ingick, men att grad av självmedkänsla och motstånd mot självmedkänsla mättes med självskattningsinstrument. Resultaten visar att effekt av behandlingen korrelerade positivt med grad av självmedkänsla och negativt med grad av rädsla/motstånd mot självmedkänsla.

Ytterligare en fråga angående den symtomreduktion som visades i studien är om ökad grad av medveten närvaro, som ingår i begreppet självmedkänsla, ensamt förklarar utfallet? Övningar i medveten närvaro är en viktig komponent i behandlingsmanualen.

Kan dessa övningar i sig leda till ökad självmedkänsla. Vissa argumenterar att så är fallet (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Vad som talar emot detta är resultatet från van Dam och kollegors studie (2011) som tidigare redovisats där de hävdar att självmedkänsla svarar för så mycket som 10 gånger mer av variansen än mindfulness vad gäller ovanstående.

Sammanfattningsvis vad gäller den inre validiteten tycker författarna sig kunna säga att studien stödjer antagandet att det finns ett kausalt samband mellan CMT-behandlingen och deltagarnas skattade ökning av självmedkänsla och förändringarna som visades i de övriga instrumenten. Med behandlingen menas då allt från innehåll, gruppprocesser, struktur, övningar och hemuppgifter. Detta trots att författarna inte kunnat kontrollera för felkällor. Att det tycks finnas en koppling mellan förmåga att hantera svåra situationer, att bli mer accepterande gentemot sig själva, sina tankar och känslor och bli mer aktiv i ett ändamålsenligt handlande och grad av självmedkänsla tycker författarna syns i studiens resultat. Vad gäller begreppsvaliditeten tycks det som om självmedkänsla kan definieras enligt det instrumentet som använts. Något som dock komplicerar begreppet är dess relation till det vi kallar medveten närvaro. Dessa begrepp kanske inte behöver särskiljas? Eftersom medveten närvaro ingår i det som kallas självmedkänsla och instrumentet SCS har en god reliabel och valid grund så bedöms utfallet självmedkänsla vara det som mätts.

Användningsområdet är brett men evidensläget relativt tunt för CFT. Författarna anser att det är viktigt att fortfarande utgå från evidensbaserade metoder i den kliniska vardagen. Samtidigt som det är viktigt att utvidga vårt kunskapsområde och genom studier och utvärdering av behandling bidra till fortsatt utveckling. Gärna med forskning förankrat i en klinisk kontext. Viktigt är att forskningen utgår från kliniska populationer och bidrar med jämförande studier mellan olika metoder för att kunna särskilja verksamma komponenter och resultat. Metoder som undersöks med randomiserade kontrollerade studier är naturligtvis att föredra för att höja kvalitén på klinisk forskning.

Något att studera vidare, enligt ovanstående diskussion, kan exempelvis vara att titta på korrelationen mellan acceptans och självmedkänsla då dessa begrepp tycks vara viktiga komponenter i flertalet olika effektiva terapiformer (Hayes, 1999). Just ACT och CFT tycks närma sig varandra och fungera väl då de kan förenas i funktionell

kontextualism och gemensam syn på människan (Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014). Är det rent av möjligt att ACT, där inte självmedkänsla belyses överhuvudtaget, utan där fokus ligger på övningar för minskad grad av upplevelsebaserat undvikande och ökad psykologisk flexibilitet, möjliggör samma förändringspotential i självmedkänsla som CFT?

Om beteendeanalysen identifierat brister i självmedkänsla, skulle det vara möjligt att inkorporera CMT- övningar riktade mot ökad självmedkänsla i kombination med annan terapimetod och ge samma effekt? Eller är det hela CMT-konceptet som ger effekt? Vilka komponenter är mer verksamma än andra? Detta är något som vidare kan studeras.

Kan självmedkänsla vara något som är lättare att modifiera och utveckla bland yngre patienter men svårare att modifiera och omsätta bland äldre patienter, exempelvis på grund av att äldre patienter är mer rigida i sina uppfattningar och därmed mindre mottagliga för att öva de färdigheter som ingår i CFT?

Att uppnå full kunskap om vad resultatet säger, vilka förändringar som skett och vad de inneburit är förstås ett omöjligt uppdrag. Konklusionen av denna uppsats är dock att det finns ett tydligt men litet evidensstöd för CFT, och att vår studie adderar till evidensstödet genom att visa tydliga resultat gällande behandling i grupp med CMT, vilket ökar självmedkänsla i en transdiagnostisk klinisk population samtidigt som symtombördan minskar. Vår studie stärker hypotesen att CMT i grupp är en effektiv psykoterapeutisk metod och bör därmed undersökas vidare.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassion-fokuserad terapi*. Falkenberg: Natur och Kultur
- Baer, R. (2014). *The Practicing Happiness Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Beaumont, E. A., Galpin, A. J., & Jenkins, P. E. (2012). 'Being kinder to my self: a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behavior therapy or cognitive behavior therapy and compassionate mind training. *Counseling Psychology Review* 27, 31-43
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: The Guilford Press.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-62.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., ... Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Brewin, C. R. (2003) . *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven & London: Yale University Press
- Buss, D. M. (2009). The great struggles of life. Darwin and the emergence of evolutionary psychology. *American Psychologist* 64(2), 140-148.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cox, B.J., Rector, N.A., Bagby, R.M., Swinson, R.P., Levitt, A.J., & Joffe, R.T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, *57*, 223-228.
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. (2nd rev ed). New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- van Dam, N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. C., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 123–130.
- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*. New York: The Guildford Press
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gilbert, P. (2005). “Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach”, in P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2006). Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy. *Clinical Neuropsychiatry* *3*,(2), 139-153.
- Gilbert, P. (2009a). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*, 199–208.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion-focused therapy*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2010b) Training material. Training our minds in with and for compassion. An introduction to concepts and compassion – focused exercises. Retrieved in 2010 from www.compassionatemind.co.uk.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*, 6-41
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.), (1998). *Shame, interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion: Using the power of mindfulness and compassion to transform our lives*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (Eds.), (2007). *The therapeutic relationship in cognitive*

- behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to put-down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- 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, 353-379.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychology Bull. May* 136(3), 351-374.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hassmén, P., Hassmén, N. & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *ACT Acceptance and commitment therapy i teori och tillämpning: Vägen till psykologisk flexibilitet* (2. Uppl). Stockholm: Natur och Kultur.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2013). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion* 38, 23-35.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420-429
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C., & Borariri, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23, (3), 252-264
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Lysbman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect

- regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815-826.
- Keltner, D., & Lerner, J. S. (2010). Emotion. In S.Fiske, & D. Gilbert (Eds.), *The Handbook of social psychology* (5th ed). WileyHoboken, NJ.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Huges, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klinger, E. (1987). Current concerns and disengagement from incentives. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds), *Motivation, intention and volition*, (pp 168-189). New York: Guilford.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams J. B.W. (2001). The PHQ-9: The validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling, en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine* 45, 927-945.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive- behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Loumidis, K.S., & Shropshire, J. M. (1997) Effects of waiting time on appointment attendance with clinical psychologists and length of treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine* 14, 49-54
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy* 86, 387-400.
- Löve, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Shelberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P.Y. (2008). Validation and standardization of the general anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46, 266-274.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the

- association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32, 545-552.
- Mundt, J.C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Gresist, J. M. (2002). The work and social adjustment scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.
- Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional Brainmind: Evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 383-399
- Potter-Efron, R. (2002). *Shame, guilt and alcoholism: Treatment issues in clinical practice*. New York: The Haworth Press, Inc.
- 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 & Psychotherapy*. 18, 250-255.
- Salzburg, S. (2002). *Loving-Kindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambhala Publications Inc.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive Therapy for depression*. (2nd ed). New York: The Guildford Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York: Mind Your Brain Inc.
- Simon-Thomas, E. R., Godzik, J., Castle, E., Antonenko, O., Ponz, A., Kogan, A. & Kletner, D. J. (2011). An fMRI study of caring vs self-focus during induced compassion and pride. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 7, 635-648
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2007). Is it possible to become happier? (And if so, how). *Social and Personality Psychology Compass* 1/1. 129-145.
- Slavich, G. M., & Cole, S. W. (2013). The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*, 1 (3), 331-348.
- Spitzer R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure of

assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

Tangney, J. P., & Dearing, L. R. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press

Tirch, D., Scoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.

Vetenskapsrådet (u.å.) Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad den 10 januari 2015 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Yalom, I (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books